



Bernardete Sousa  
Sidrónio

**A Porta Giratória dos Maus Tratos  
às Crianças e Jovens numa CPCJ**

Relatório do Trabalho de Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Mental e Psiquiatria

Março de 2014



Bernardete Sousa  
Sidrónio

## **A Porta Giratória dos Maus Tratos às Crianças e Jovens numa CPCJ**

Relatório do Trabalho de Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório do Trabalho apresentado para  
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção  
do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiatria, realizado sob a orientação  
científica do Professor Doutor Joaquim Lopes

Março de 2014

*“Nos primeiros doze anos da minha vida, fui continuamente sujeito a quase todo o tipo de torturas físicas e psicológicas que se possam imaginar. Devia ter morrido. Depois de ter sido salvo da minha mãe alcoólica e de ter tido a felicidade de ser entregue aos cuidados de outros, houve quem afirmasse com presunção que, dada a minha situação extrema, acabaria morto ou na prisão – as desvantagens com quem lutava eram inultrapassáveis. Nunca vi as coisas assim. Se alguma coisa aprendi com a minha infância desgraçada, foi que não há nada que possa dominar ou vencer o espírito humano.”*

Pelzer (2003, p. 13)

## RESUMO

O problema das crianças e jovens maltratados, as características socioeconómicas das suas famílias e o impacto dos maus-tratos no funcionamento destes indivíduos constituem um dilema mundial. Os maus-tratos fazem parte da história da humanidade, mas se inicialmente a hostilidade contra os mais novos era socialmente aceite, atualmente os esforços das entidades preocupadas com a Infância e Juventude vão no sentido de proteger e promover percursos de vida saudáveis.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes: o projeto de intervenção em serviço realizado numa Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Margem Sul do Tejo e a aquisição das competências como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

No presente projeto de intervenção em serviço, que teve por base a metodologia de projeto, procurou-se conhecer as causas que conduziram à reabertura dos processos das crianças/jovens, seguidos numa CPCJ da Margem Sul do Tejo. O diagnóstico de situação suportou-se: na análise documental, nas entrevistas aos técnicos, aos jovens e suas famílias, nos questionários realizados aos mesmos, nas visitas domiciliares para verificação das condições socioeconómicas, da articulação com outras estruturas da comunidade e na aplicação do um instrumento de recolha de dados FMEA. Os focos de intervenção foram dirigidos para os jovens/famílias com processo reaberto por negligência a nível da educação – abandono e absentismo escolar, com especial relevância no âmbito da saúde mental, e para os profissionais que trabalham junto destes (professores).

Quanto ao planeamento das intervenções tivemos em consideração cada jovem/família e as suas características psicológicas, socioeconómicas e culturais. Em relação ao foco abandono escolar e absentismo foram realizadas sessões de psicoeducação aos jovens/família individualmente, de modo a sensibilizar para a importância da escola e perceber quais as razões que levaram ao seu abandono. As intervenções desenvolvidas durante estes atendimentos tiveram por base o suporte psicológico, de modo a ajudar na diminuição da ansiedade, do medo e do *stress*.

Relativamente a entidade sinalizadora (escolas) que mais, sinalizações realizou à CPCJ, foram desenvolvidas sessões de psicoeducação para os professores (PIEF), com o objetivo de reconhecerem precocemente sintomas e sinais de alteração comportamental e

por sua vez realizar encaminhamentos para as autoridades competentes, de modo a prevenirem a ocorrência de psicopatologias.

Para avaliar a implementação do projeto foram solicitados no final do ano letivo aos estabelecimentos de ensino os relatórios de assiduidade dos jovens em absentismo escolar e um comprovativo das inscrições dos que se encontravam em abandono escolar, foi também pedido aos professores (PIEF) uma reflexão sobre a importância da sessão realizada.

O conhecimento adquirido durante o percurso formativo foi fundamental no reforço de competências e desenvolvimento pessoal e profissional, possibilitando uma intervenção mais precisa em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na comunidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Intervenção especializada, prevenção das reaberturas dos processos, Metodologia de Projeto, CPCJ.

## **ABSTRACT**

The problem of maltreated Children and younger people, the socioeconomics facts of their families and the impact of abuse on the behavior of these individuals, are a global problem. Maltreatment has been a part of the human history, but if this hostility was initially accepted, currently, the efforts of organizations concerned with children and youth, are building pathways to protect and promote healthy lives.

This report is divided in two parts: an investigation project occurred at CPCJ and the acquisition of skills as a mental health nurse.

The current study was based on a methodology project and the objective, is to know the causes that led to the reopening of cases of children/ youth, previously followed by the Commission on Protection of children and Youth of the south bank of Tejo. This study was based on informal interviews to technicians, the young and their families, data analysis, application of data collection of FMEA, home visits to verify their socioeconomics conditions and based on the coordination with others community facilities.

The focus of intervention was directed at young people / families with reopened cases for negligence in education - school absenteeism and dropout, with particular relevance in the context of mental health and for professionals who work with them (teachers).

Regarding the planning, we took into account each young people / family and their psychological, socioeconomic and cultural characteristics.

In relation to the dropout and absenteeism focus, we performed individual psychoeducation appointments with young people / families in order to raise awareness of the importance of school and realize the reasons that led to the dropout. The interventions developed during these appointments were based in psychological support in order to help decrease anxiety, fear and stress.

In the institution (school) with more cases flagged, we developed psycho-education sessions for teachers (of PIEF) with the aim to recognize early signs as behavior changes and symptoms of child abuse and forwarding these cases to competent authorities, to prevent the occurrence of psychopathology.

To evaluate the project we asked the attendance reporting of school absenteeism and a certificate of registration of the dropouts at the end of the school year. It was also asked a reflection from the teachers (PIEF) about the psycho-education meeting.

The knowledge acquired during the training path was fundamental to enhance skills and personal and professional development, enabling a more precise intervention in Mental Health and psychiatric nursing at the community.

**Keywords:** Mental Health and Psychiatric Nursing, Specialist Intervention, Preventing reopening cases, Methodology project, CPCJ.

## **ABREVIATURAS**

**APA-** American Psychological Association

**APAV-** Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

**CAFAP-** Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

**CDC-** Convenção dos Direitos da Criança

**CIT.-** Citado

**CPCJ -** Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**CRP-** Constituição da República Portuguesa

**D.L.-** Decreto-Lei

**EESM-** Enfermeiro Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria

**ESMP-** Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria

**ESS -** Escola Superior de Saúde

**GNR-** Guarda Nacional Republicana

**IPS -** Instituto Politécnico de Setúbal

**IPSS-** Instituições Particulares de Solidariedade Social

**MP-** Ministério Público

**O.T.M. -** Organização Tutelar de Menores

**OE –** Ordem dos Enfermeiros

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**ONG-** Organização não Governamental

**PAC-** Projeto de aprendizagem clínica

**PIEF-** Programa Integrado de Educação e Formação

**PIS -** Projeto de Intervenção em Serviço

**RPN -** Número de prioridade de risco

**RSI-** Rendimento Social de Inserção

**TFM –** Tribunal de Família e Menores

**TJ-** Tribunal Judicial

**UC -** Unidade Curricular

**UNICEF-** United Nations International Children's Emergency Fund

**UT -** Unidade Temática

# ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)</b>	<b>16</b>
<b>1. PROBLEMÁTICA</b>	<b>17</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Abordagem aos conceitos de maus tratos à criança e jovem</b>	<b>19</b>
2.1.1. Tipos de maus tratos	21
<b>2.2. A criança</b>	<b>23</b>
<b>2.3. A adolescência</b>	<b>24</b>
<b>2.4. Criança e jovem em risco</b>	<b>25</b>
<b>2.5. As repercussões dos maus tratos ao nível do desenvolvimento da criança/jovem</b>	<b>27</b>
<b>2.6. Teoria psicossocial do desenvolvimento humano segundo Erikson</b>	<b>34</b>
<b>2.7. Teoria das transições segundo Meleis</b>	<b>36</b>
<b>2.8. O conceito de família e o seu papel na vida das crianças/jovens</b>	<b>42</b>
<b>2.9. A Importância da Relação do Enfermeiro de Saúde Mental com os Adolescentes</b>	<b>45</b>
<b>3. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO</b>	<b>49</b>
<b>3.1. Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Margem Sul do Tejo</b>	<b>49</b>
<b>4. QUESTÃO DE PARTIDA</b>	<b>52</b>
<b>5. OBJETIVOS</b>	<b>53</b>
<b>6. METODOLOGIA DE PROJETO</b>	<b>54</b>
<b>6.1. Etapa de Diagnóstico</b>	<b>55</b>
6.1.1. Fontes e colheita de dados	56

6.1.2.	População Alvo	60
6.1.3.	Tratamento dos dados	60
6.1.4.	Resultados obtidos	62
6.1.5.	Síntese do diagnóstico de necessidades	66
<b>6.2.</b>	<b>Etapa de planejamento</b>	<b>69</b>
<b>6.3.</b>	<b>Etapa de intervenção</b>	<b>73</b>
<b>6.4.</b>	<b>Etapa de avaliação</b>	<b>78</b>
<b>6.5.</b>	<b>Divulgação dos resultados</b>	<b>83</b>
 <b>PARTE II – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO CURSO</b>		<b>86</b>
 <b>1.ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>		<b>87</b>
<b>1.1.</b>	<b>Competências comuns do Enfermeiro Especialista</b>	<b>87</b>
<b>1.2.</b>	<b>Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental</b>	<b>91</b>
<b>1.3.</b>	<b>Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria</b>	<b>104</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>111</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>114</b>
 <b>APÊNDICES</b>		<b>130</b>
 APÊNDICE I - ARTIGO		131
APÊNDICE II - TABELA DE REABERTURAS DE PROCESSOS DE 2006 A 2011		132
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO AOS JOVENS		133
APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO AOS PAIS DOS JOVENS DO ESTUDO		134
APÊNDICE V – RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS		135

## INDICE DE TABELAS

Tabela I- Número de processos existentes de 2006-2011 a nível da CPCJ da Margem Sul do Tejo e a nível Nacional.....	60
Tabela II – Resultados obtidos na colheita de dados nos processos quanto a problemática de 2006-2011 .....	61
Tabela III – Resultados obtidos na pesquisa de processos, quanto a entidade sinalizadora de 2006-2011 .....	61
Tabela IV – Reaberturas dos processos de 2011 segundo a problemática .....	62

## 0. INTRODUÇÃO

No âmbito do trabalho de projeto de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, do ano letivo de 2011/2012, da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), foi-nos proposto a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), desenvolvido em concordância com a Metodologia de Trabalho de Projeto, em torno da identificação de uma problemática clínica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, existente no contexto de estágio proposto. Este trabalho teve ainda em conta o planeamento, a execução da intervenção a realizar, a análise dos resultados obtidos e a aquisição e consolidação das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Este projeto de intervenção representa os conhecimentos adquiridos durante o estágio e a consolidação das competências desenvolvidas a nível pessoal e profissional, como futuros Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A Psiquiatria Infantojuvenil foi a área eleita para intervirnos, uma vez que no local onde exercemos funções, trabalhamos com doentes em fase terminal que deixam muitas vezes crianças e jovens órfãos, que não tem apoio emocional após a sua perda, e que poderá conduzir a alterações de comportamento, comprometendo o desenvolvimento físico e mental, se não houver intervenção preventiva atempada. Posto isto, pretendeu-se adquirir conhecimentos que permitissem a intervenção referida anteriormente junto de crianças e jovens, na área da Saúde Mental e Psiquiátrica.

A opção por este tema teve por base um sentimento de “vazio” existente, tanto no domínio do conhecimento teórico, como de competências práticas. Pretendeu-se que esta área a explorar fosse responsável não só, pelo desenvolvimento de competências neste contexto mas, também, pela globalização do conhecimento em basicamente todo o ciclo vital.

Sendo assim, o estágio foi desenvolvido numa unidade onde são expressivas as problemáticas do foro da Saúde Mental e/ou Psiquiátrica - numa Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), da Margem Sul do Tejo.

A problemática identificada durante o diagnóstico emergiu a partir de uma necessidade ocorrida no presente, mas que leva a repercussões para o futuro. Centrou-se na

ocorrência cada vez mais da reabertura dos processos na CPCJ, na fase da adolescência, devido aos maus tratos sofridos, muitas vezes na infância.

Desde a antiguidade, que os maus tratos estão presentes em todas as classes sociais e nas mais diversas culturas.

Cada vez mais, nos apercebemos que, tanto em Portugal como em todo o mundo, as crianças não estão a ser tratadas com a consideração e o respeito fundamental que merecem, levando a que sejam futuros adultos violentos ou com problemas do foro mental. Diariamente, os meios de comunicação social falam da existência de crianças abusadas e/ou maltratadas pelos seus próprios pais ou outros familiares próximos. Estas crianças maltratadas têm a infância abalada, e essas experiências violentas e traumatizantes podem ter como consequências danos no seu desenvolvimento, isto é, dificuldades de socialização e aprendizagem, e em alguns casos danos físicos e psicológicos, podendo durar para toda a vida (Day *et al*, 2003).

Também através dos relatórios anuais de atividades<sup>1</sup> das CPCJ's (tendo em conta o período 2006-2011), comprovaram estatisticamente que crianças maltratadas em pequenas apresentam alterações do comportamento ou são vítimas novamente de maus tratos quando jovens, tanto no íntimo das famílias (violência intrafamiliar), como noutros ambientes, como instituições de internamento, na comunidade e no ambiente social em geral (Brasil, 2002).

Deste modo, apercebemo-nos que a intervenção em saúde mental com os jovens/família que se encontram em situação de risco/perigo quer a nível do desenvolvimento, quer a nível psicológico, é escassa, ou seja, entre o arquivamento do processo e a nova sinalização da situação à CPCJ, subsistem vários problemas como a negligência, o absentismo ou abandono escolar, os comportamentos desviantes, entre outros. Existiu assim, a necessidade de perceber o que se passou com o jovem, a razão pela qual apresenta determinado tipo de comportamento ou atitude, acompanhando e se necessário encaminhando-o, para outros profissionais de saúde.

Outro elemento relevante para a escolha do tema foi o facto de a maior parte dos processos reabertos ser de jovens em absentismo e abandono escolar. Assim, houve a necessidade de trabalhar em conjunto com os profissionais de educação, que passam a maior parte do tempo com estes jovens. Por outro lado, a necessidade de acompanhar os jovens e suas famílias em atendimento na CPCJ, de modo a fortalece-los na aquisição de

---

<sup>1</sup>[www.cncejr.pt/preview\\_documentos.asp?r=2590&m=PDF](http://www.cncejr.pt/preview_documentos.asp?r=2590&m=PDF)

competências a nível parental. Com isto, pretendemos ter uma intervenção de enfermagem a nível de toda a família e comunidade de forma a existir uma tomada de consciência para a importância da alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

É para nós de extrema importância, enquanto profissionais de saúde, aprofundar o conhecimento acerca destas problemáticas, afim de, que no meio profissional onde exercemos funções saibamos prevenir, reconhecer e intervir perante estas situações. Para que isso ocorra, nós profissionais de saúde que prestamos cuidados na área da saúde mental e psiquiátrica devemos deter os conhecimentos necessários para conseguirmos estabelecer relações terapêuticas. Assim, desejamos possuir a capacidade de autoconhecimento e da consciência de si, e ter presente a aprendizagem de conceitos teóricos e da aquisição de competências nomeadamente de comunicação, de adoção dos princípios da relação de ajuda, de consciência ética, bem como, das fronteiras e limites do papel profissional, nesta área de intervenção. Para tal, é fundamental, que a prática clínica seja uma prática reflexiva, onde nós, enfermeiros possamos aplicar os conhecimentos que possuímos.

No âmbito do trabalho de projeto estão estipulados determinados objetivos que englobam o estágio de ESMP, de forma que possamos desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados, nesta área clínica.

Para que se consiga adquirir competências durante o período de estágio foi necessário delinear os objetivos do trabalho, permitindo uma previsão e pré-orientação das ações a desenvolver, neste campo.

Assim, os objetivos deste trabalho são:

- Relatar o projeto de intervenção em serviço numa CPCJ da Margem Sul do Tejo;
- Descrever o desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, afim de exercermos cuidados de qualidade;

A estrutura do trabalho desenvolvido compreende assim, para além da introdução a parte um – o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), que caracteriza a problemática mais incidente no local de estágio (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Margem Sul do Tejo). Faz parte desta primeira parte o enquadramento teórico, onde se expõe os

modelos explicativos, para a ocorrência da nossa problemática. Deste ponto do trabalho faz parte ainda, a metodologia de projeto, onde se encontra o rumo do estudo, segundo o diagnóstico da situação, o planejamento efetuado e as implementações das estratégias para resolução do problema. Por fim, consta a avaliação e divulgação dos principais resultados e interpretações decorrentes do presente estudo.

A segunda parte do trabalho comporta o Desenvolvimento de Competências durante o Curso, onde refletimos e descrevemos as aprendizagens realizadas durante todo o projeto desenvolvido, segundo as Competências gerais e específicas de um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e as Competências de um Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Por último vem a conclusão do trabalho, as referências bibliográficas, segundo a norma da APA (American Psychological Association) e os apêndices.

**PARTE I - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO  
(PIS)**

## 1. PROBLEMÁTICA

Segundo vários estudos históricos, até ao século XVII, as crianças eram consideradas como objetos que podiam ser moldadas de acordo com os desejos dos adultos, elas eram “educadas” por meio de castigos, punição física e espancamento. Mas, a partir da metade do século XIX, a criança começou a ter um espaço significativo dentro da família, onde passou a ser proporcionado uma relação de afetividade entre os pais e filhos (Day *et al*, 2003). Pois, é no seio da família que se deve fortalecer a relação criança/adulto, para ocorrer um desenvolvimento pleno e saudável.

No entanto, a família nem sempre promove um relacionamento estável, afetuoso e protetor, são cada vez mais as crianças/jovens vítimas de famílias violentas ou negligentes, capazes dos mais variados tipos de maus-tratos físicos, inaptos de prover os cuidados necessários ao desenvolvimento harmonioso dos seus filhos (Day *et al*, 2003).

Tendo em conta que, existe um conjunto de necessidades básicas que a criança na realidade deveria receber para apresentar um desenvolvimento saudável e feliz, de modo a se tornar num adulto forte e equilibrado, apercebemo-nos que olhando para a maioria das nossas famílias, verificamos o quanto estão carentes, despreparadas e desmotivadas para cumprir esta árdua missão tanto dentro, como fora da família.

Considerando que estas crianças/jovens deveriam adquirir um desenvolvimento normal, valores, regras e expectativas, bem como os meios concretos para a viabilização do seu futuro, no contexto social e familiar, deparamo-nos com crianças/jovens que vivem com dificuldades relacionadas com as condições socioeconómicas, disfunções familiares e sociais, violência, consumo de substâncias ilícitas, abuso sexual, risco de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce não planeada, problemas escolares, depressão, suicídio, acidentes, e exploração do trabalho infantil, entre outras problemáticas.

Verificamos que as crianças/jovens ao passarem pela experiência de maus tratos na infância podem vir a apresentar determinado tipo de comportamento, que não ocorre nas crianças que não passam, por este tipo de práticas durante o seu crescimento.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde de 2001, estima que 10 a 20% das crianças/jovens que vivenciam tais abusos apresentam problemas de saúde mental, o que nos leva a pensar que algo tem que ser feito, para que este número diminua. Pois, é de extrema importância tudo o que envolve a criança/jovem, desde o nascimento à idade

adulta e sobretudo, as pessoas significativas durante o seu desenvolvimento, ajudando assim a compreender o comportamento que a criança/jovem adota.

Deste modo, levou-nos a refletir sobre a importância de atuar a nível da saúde mental com os jovens/família, de forma a promover uma saúde mental positiva, considerando ser um recurso e uma necessidade humana básica e fulcral para o seu desempenho pessoal, social e económico. Para isso, é necessário promover cuidados de saúde mental que se realizem com e para as pessoas (OMS, Prevenção dos Transtornos Mentais, 2004).

Assim sendo, o presente trabalho justificou-se por se tratar de um assunto atual que está presente no quotidiano da nossa sociedade. Deste modo, foi desenvolvido com o intuito de abordar um assunto moderno e preocupante, que necessita de maior atenção e compreensão, para que os maus tratos possam ser diagnosticados na fase inicial, aumentando assim, a eficiência da intervenção, a nível primária (escolas, saúde, segurança social e CAFAP), diminuindo o número de jovens/famílias acompanhados, tanto a nível secundária (CPCJ), como terciária (tribunais).

Perante isto, pretendeu-se compreender quais as causas de levaram estes jovens/famílias a serem acompanhados a nível secundário (CPCJ), não pela primeira vez mas sim, devido a ocorrência de tantas reaberturas do processo. Deste modo, levou-nos a pensar que cuidados se estão a prestar a estes jovens/famílias a nível primário, quais os motivos que levaram às reaberturas dos processos na CPCJ e quais as consequências dos maus tratos sofridos ao longo das várias etapas do desenvolvimento da criança/jovem, a nível físico e mental.

Portanto, aspirou-se alcançar e assegurar que estes jovens/famílias tenham um acesso equilibrado aos cuidados, de modo a contribuir para a promoção da saúde mental, promovendo e protegendo os direitos humanos, garantindo que a nível primário haja uma maior participação no acompanhamento dos jovens/famílias de maneira a não ser necessário o encaminhamento, para as CPCJ's e tribunais.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para Fortin (1999, p.39) conceptualizar diz respeito a, *“um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo”*, podemos assim dizer que, o enquadramento teórico é caracterizado pela definição de um tema ou um domínio de investigação, tendo início quando o investigador trabalha uma ideia no sentido de orientar a sua pesquisa. Essa ideia pode resultar de uma observação, da literatura, de uma inquietação pessoal, ou mesmo de um conceito.

Assim, este capítulo foi organizado da seguinte forma: primeiro - uma abordagem sobre os maus tratos a crianças e jovens, tendo por base os seus padrões; as fases de desenvolvimento - criança/adolescência; consequências dos maus tratos; a importância da família; de seguida coadunamos os fatores importantes como as transições ao longo do ciclo de vida; as necessidades destes pais; e a importância dos cuidados e acompanhamento do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica ao adolescente.

### 2.1. Abordagem aos conceitos de maus tratos à criança e jovem

*“Quem pretende abordar a problemática dos maus-tratos infantis na bibliografia especializada confronta-se com uma dispersão e fragmentação do sentido do fenómeno materializada numa multiplicidade de definições mais ou menos vagas, generalistas ou abstratas, que se sobrepõem, com designações diversas, em distintos níveis de análise, num sincretismo dificilmente conciliável com o pensamento científico. Os maus tratos apresentam-se como um fenómeno multifacetado, suscetível de análise e classificação em função de critérios vários e em diferentes dimensões”*.

(Martins, 2002, p. 13)

Os conceitos de maus tratos são difíceis de definir, clarificar e de consenso, devido às diferenças socioculturais, organizacionais e aos referenciais pessoais. O que,

para uns indivíduos ou grupos socioculturais pode constituir formas de educação e disciplina, para outros pode ser interpretado, como formas de maus tratos e vice-versa.

As formas de maus-tratos infantis compreendem todos os atos impostos às crianças, sob a forma de exploração ou abuso sexual, de trabalho infantil, abandono, negligência, violência verbal ou física e exposição a comportamentos de risco.

Segundo Magalhães (2002, p. 34) maus tratos infantis são *“qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais e (ou) sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afetos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e (ou) dignidade”*.

Ainda de acordo com Alarcão (2002), são todos os atos realizados ou infligidos pelos pais ou responsáveis pela criança, que consiste em proibir ou impedir a mesma de concretizar as suas necessidades básicas, sejam físicas ou psicológicas.

Deste modo, Azevedo e Maia (2006) referem que os maus tratos na infância são uma realidade que coloca em risco a saúde física e psíquica das crianças, deixando danos graves e, por vezes, irreversíveis. No entanto, uma criança vítima de maus-tratos sejam físicos, emocionais, abandono ou negligência, pode normalmente vir a sofrer desordens com diferentes níveis de gravidade (psíquico, comportamental, e somático), consoante a assiduidade, intensidade, durabilidade, e a época de vida da criança. Para Alberto (2004, p. 25) *“o mau trato na infância é determinado por formas específicas de atitudes agressivas por vezes difíceis de classificar, devido a uma diversificação «das diferenças socioculturais e dos próprios referenciais pessoais» da sociedade onde a família da criança se encontra inserida”*.

Podemos assim destacar, que os maus tratos na infância estão diretamente relacionados com dois termos relevantes: o abuso/agressão-vítima, isto é, acentua um cariz distinto, o abuso de poder. O abuso de poder é realizado através da relação entre agressor (indivíduo mais velho e com poder sobre o menor) e a vítima (criança/jovem).

Aos conceitos de maus tratos encontram-se unidos os conceitos de risco e de perigo. Várias são as perspetivas que estão ligadas a estes dois conceitos: o abandono, ou seja, através da desistência, ou a falta de proteção da criança, em que esta ausente a

promoção das competências parentais; a negligência, que pode ser considerada como o desleixo parental mediante as necessidades da criança/jovem, tanto a nível afetivo, como do desenvolvimento; o abuso sexual, em que as crianças/jovens estão implicadas na prática de atos do foro sexual; o abuso da autoridade parental a nível físico ou psicológico; o abandono escolar, quando as crianças/jovens desistem ou são levadas a deixar de ir à escola; o absentismo escolar em que apesar destas se manterem vinculados à instituição escolar, não frequentam as aulas; e por fim o trabalho infantil.

Não se pode pensar que são só as crianças vítimas de pobreza que incorrem em situações de maus tratos, estes obedecem à regra da transversalidade social. Verificamos na realidade, que são as famílias mais carenciadas que apresentam uma maior visibilidade social face aos maus tratos, enquanto, que nas famílias de classe média e alta estas situações estão mais preservadas, logo existe mais sinalizações em famílias carenciadas, do que das classes altas, o que não significa que, também não ocorram maus tratos nestas crianças/jovens. Nas classes elevadas, os maus tratos são mais encoberto e podem revestir-se de outros contornos, logo dificilmente são detetados pelas entidades judiciais. Nestas famílias existem outro tipo de problemas, tais como, a pressão no emprego, o abandono parcial dos filhos, a falta de tempo para a família, e o pluriemprego.

Podemos concluir, segundo Bolander (1998) que os maus tratos, por vezes, tornam-se intermitentes e estendem-se ao longo de gerações, ou seja um pai/mãe que sofreu maus tratos na sua infância, provavelmente vai igualmente maltratar o seu filho, pois enquanto criança, apenas aprendeu padrões familiares pouco saudáveis e violentos, levando ao desconhecimento das competências relativamente à sua função como pai/mãe no desenvolvimento da criança/jovem.

### **2.1.1 Tipos de maus tratos**

Falar nas tipologias dos maus tratos é falar nas várias formas ou modalidades que estes podem assumir contra as crianças/jovens. Estes podem ser de carácter passivo (quando traduzem situações de negligência ou abandono) ou de carácter ativo (abuso físico ou sexual) sendo que, nas duas situações, independentemente da intencionalidade do agressor podem provocar consequências negativas para qualquer área do desenvolvimento da criança/jovem.

As sequelas causadas pelas agressões podem deixar lesões a nível físico, ou emocional/psicológico. Machado e Gonçalves (2002) admitem que estas lesões enquadram-se ao nível de atrasos de crescimento e do desenvolvimento global, linguagem, problemas cognitivos, baixa autoestima e comportamentos antissociais, onde incrementa a delinquência e a criminalidade. Neste sentido, constata-se que as sequelas físicas, emocionais e psíquicas podem ter implicações graves no desenvolvimento da criança/jovem, relativamente à sua saúde e aptidão na aprendizagem.

Mas, o reconhecimento dos maus-tratos ou negligência implica o conhecimento dos sinais físicos, psíquicos e comportamentais, que podem afirmar-se como, indicadores de que algo de anormal está a acontecer no desenvolvimento da criança/jovem.

Existe uma multiplicidade de situações que consubstanciam a prática de maus tratos, formas que ultrapassam o que é visível, mas que também muitas vezes passam despercebidas ou aceites, como naturais. O fenómeno pode ser classificado em diferentes tipos, nomeadamente:

- **Negligência:** A negligência na infância é a forma mais vulgar de maus tratos. Magalhães (2004, p. 34) define-a como “*um comportamento regular de omissão*” em relação às necessidades da criança/jovem, não sendo proporcionada a satisfação das suas carências relativamente aos “*cuidados básicos de higiene*” no contexto dentro/fora da família. Assim, a negligência é um conjunto de lacunas de origem material ou afetiva, que magoam, do mesmo modo, os direitos e as necessidades globais da criança/jovem.

- **Maus tratos físicos:** Segundo Ajuriaguerra (1980) estes traduzem-se em toda a violência física exercida sobre a criança de forma intencional e não acidental, pelos pais, pessoa com responsabilidade parental ou de confiança da criança, que lhe provoquem danos físicos, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas.

- **Abuso sexual:** O abuso sexual é o protótipo de maus tratos mais difícil de se caracterizar. Este é definido pelo excesso de poder, no qual a criança ou o jovem é usado para gratificação de um adulto ou de outra criança maior, por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obrigado ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização. (Brasil, 2002; Pires *et al.*, 2005; Vieira *et al.*, 2008, Sales-Peres, 2008).

- **Maus tratos psicológicos:** Magalhães (2004, p. 35) menciona que este tipo de mau trato é “*caraterizado essencialmente pela ausência ou inadequação, persistente ou significativa, ativa ou passiva das necessidades emocionais e físicas da criança*”.

- **Abandono:** De acordo com Machado e Gonçalves (2002), este está relacionado com todas as situações de crianças abandonadas em maternidades ou instituições, deixadas em qualquer local, como contentores de lixo, na rua, hospitais, portas de habitações, vendidas a organizações clandestinas ou em, situações extremas entregues a outras famílias ou abandonadas em casa sem qualquer tipo de vigilância e cuidados mínimos.

- **Síndrome de Munchausen:** É a atribuição de sinais e sintomas à criança/jovem, por parte de um elemento da família (que apresenta um discurso credível e sedutor, mas ao qual subjaz, por vezes, com patologia do foro psiquiátrico, nem sempre fácil de identificar), com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas.

## 2.2. A criança

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança (CDC) (1989), “*criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo*”, esta definição coincide com o conceito de menor que consta no Código Civil Português: “*é menor quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade*”<sup>2</sup>.

A CDC representou de facto, um progresso notável na forma como a criança passou a ser encarada, deixando de ser apenas um objeto de proteção, para passar a ser considerada sujeito de direito, com direitos – civis, políticos, económicos, sociais e culturais.

Ao longo da história, a infância e a adolescência não tiveram o estatuto que têm nos nossos dias. Contudo, a percepção da criança enquanto, grupo social tem variado ao longo dos tempos.

No século XVI a noção de criança não existia, não era entendida socialmente como uma categoria distinta do mundo dos adultos, podemos constatar tal afirmação a partir dos quadros pintados na altura, onde as crianças apareciam em pinturas “*retratos de*

---

<sup>2</sup> Amado (2003, p. 22) apud [http://www.ussetubal.pt/Legislacao/crianca\\_01.htm](http://www.ussetubal.pt/Legislacao/crianca_01.htm)

*família*” vestindo roupas iguais há dos adultos, e desempenhando as mesmas tarefas que estes (Áries, 1981, citado por Rocha, 2003).

Nos séculos XVI e XVII “*a criança começa a ser percebida por aquilo que não pode, por aquilo que não tem, por aquilo que não sabe, por aquilo que não é capaz. Aparece uma definição negativa da criança*” (Garcia, 1994, p.16, citado por Rocha, 2003).

Nos finais do século XIX e XX, a criança entra então num universo já estruturado por valores e normas que a foram modelando. Aprendeu a pensar, sentir e falar num contexto que está sujeito a todo o tipo de influência no seu desenvolvimento. Trata-se de uma adaptação ao grupo social, com o qual a criança deve viver (Da Rosa & Lapointe, 2001).

Desde o nascimento até ao início da adolescência, os pais são os principais modelos da criança, com quem elas aprendem, principalmente, por imitação. Desta forma, “*o indivíduo passa por um processo de maturação dentro da sua própria cultura, através do qual aprende um conjunto de papéis e comportamentos sociais, normas e códigos de valores, que lhe permitem tornar-se um ser social. Este processo chama-se socialização e executa duas funções muito importantes, por um lado prepara o indivíduo para os papéis que irá desempenhar, fornecendo-lhe o repertório necessário de hábitos, crenças e valores, padrões de reação emocional e modos de percepção, bem como habilidades e conhecimentos requeridos. Por outro lado, é veículo de transmissão de cultura entre gerações, no sentido da sua persistência e continuidade*” (Musgrave, 1979, p. 46).

### **2.3. A adolescência**

A adolescência é uma etapa intermédia do desenvolvimento humano, entre a infância e a fase adulta. Este período é marcado por diversas transformações corporais, hormonais e até mesmo, comportamentais. Não se pode definir com exatidão o início e fim da adolescência (ela varia de pessoa para pessoa), porém, na maioria dos indivíduos, ela ocorre entre os 10 e 20 anos de idade (período definido pela OMS-Organização Mundial da Saúde). Isto é, inicia-se na puberdade e termina com a aquisição da identidade, autonomia, bem como, da elaboração do projeto de vida e integração na sociedade.

Segundo o Ministério da Saúde (1993), a puberdade, em condições normais, tem um início e um fim estabelecidos, cuja margem de variação, estabelece-se em função de fatores internos e externos, inerentes a cada indivíduo.

O termo adolescência está mais intimamente ligado a determinadas transformações psicossociais que ocorrem no indivíduo e, por isso, pode anteceder ou suceder à puberdade. As suas características e o seu início e fim estão intimamente ligados ao ambiente sociocultural. Segundo o Ministério da Saúde (1993, p.18), o término da adolescência é caracterizado pela resolução das seguintes condições: *“estabelecimento de uma identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis; capacidade de assumir compromissos profissionais e de manter-se; aquisição de um sistema de valores pessoais; relações de reciprocidade com a geração precedente, principalmente com os pais e demais membros da família e com a sociedade”*.

Esta fase do desenvolvimento pode ser considerada a partir de diferentes perspectivas: biológicas, psicológicas, comportamentais, jurídicas e socioculturais, entre outras, envolvendo não só o jovem, mas todos ao seu redor: pais, amigos e escola. Entretanto, é fundamental ter-se em mente que nenhuma destas perspectivas é capaz de definir esta etapa do desenvolvimento humano, isoladamente.

De acordo com Feinstein (1975, citado por Nodin, 1999), a adolescência é a fase da vida mais importante, porque é nela que ocorre a maturação psíquica. No entanto, esta passagem, mais ou menos atribulada, vai depender dos recursos internos que cada um possui para lidar com as situações, com que se depara.

A adolescência é a fase que vem fechar o período de latência, tendo como centro uma crise narcísica e de identidade, com angústias intensas quanto à autenticidade e integridade do *self*, do corpo e do sexo. Esta etapa é um período de grandes mudanças tanto físicas, como psicológicas, em que o surgimento de um sinal pode ser visto tanto como a expressão de uma transição normal, como o indício do surgimento de uma psicopatologia. Este sinal é considerado problemático na fase adulta, mas é aceitável na fase de desenvolvimento do adolescente. Por exemplo, a instabilidade e as alterações rápidas de humor, típicas da adolescência, podem ser conotações diversas, em outros momentos da vida.

#### **2.4. Criança e jovem em risco**

A criança/jovem pode ser posta em perigo quando tem uma família problemática, através da realização de ações que a põem em risco ou através da falta de cuidados essenciais ao seu desenvolvimento harmonioso. Segundo a legislação, quando as crianças

estão muito tempo em situações de perigo, passam a ser designadas crianças/jovens em risco. Segundo Canha (2003, p.35) são consideradas crianças de risco, *“as que nascem de mães muito jovens, solteiras ou sós, de gravidez não desejada ou gemelar; as que tenham sofrido separação da mãe no período neonatal; as que não correspondem às expectativas dos pais; as de idade inferior a três anos; as crianças deficientes ou portadoras de doença crónica; as hiperativas, teimosas ou com outras perturbações de comportamento”* e também *“as crianças pertencentes a famílias caóticas e demasiado abertas não recebem a proteção e segurança necessárias, correndo o risco de serem vítimas de abusos (...) as crianças pertencentes às famílias fechadas e rígidas estão privadas de se enriquecer com as influências do exterior e de conhecer outras formas de socialização”* (Azevedo & Maia, 2006, p.66).

Assim podemos dizer que, é considerado criança/jovem em risco não só aquela que sofre de maus-tratos diretos (físicos, psicológicos, negligência, entre outros), mas também aquela que sofre com o *“testemunho de conflitos ou violência entre os pais, originando profundos efeitos, dada a proximidade da experiência e a importância que aquele contexto tem para o seu desenvolvimento”* (Sani, 2002, p.40).

A falta de experiência e de poder destas crianças pode levá-las a frustrações, a ilusões durante o crescimento, e a dificuldades em se ajustar às expectativas e exigências do mundo dos adultos. A violência familiar constitui um problema grave, a nível da repercussão social, psicológica e física, sobre os elementos e põem em causa a manutenção da unidade familiar.

Verificamos, que os filhos de pais violentos, abusadores ou negligentes tendem a sofrer os mais diversos tipos de consequências, que futuramente podem não conseguir ultrapassar, sendo estes também, pais com o mesmo comportamento de que foram vítimas.

Nesta etapa da vida por onde todos passam para chegar a adultos, a criança é merecedora de ter uma vida plena, saudável com direitos e cuidados por parte da sociedade. Segundo o art. 69º da Constituição da República Portuguesa (C.R.P.), as crianças têm direito à sua proteção (...) com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de maus-tratos.

## **2.5. As repercussões dos maus tratos ao nível do desenvolvimento da criança/jovem**

Quando ouvimos o termo “criança maltratada” imaginamos um pequeno ser, indefeso, que sofre de agressões físicas e psicológicas constantes por parte de um adulto, normalmente um dos progenitores. A imagem mental que criámos é a de um pequeno corpo repleto de equimoses, uma ou mais fraturas ósseas e um olhar demasiado triste e apelativo.

A maioria de nós, quando ouvimos estas notícias expressamos sentimentos de indignação, revolta e choque, tendo dificuldade em compreender tal episódio, desejando proteger a criança e punir a família. Estas interpretações podem não corresponder à realidade de facto, pois nem sempre os maus tratos são visíveis e diretamente observados, o que leva a muitas das vezes não existirem provas para se poder atuar.

O ato de maus tratos que mais prevalece, não se refere à violência física, mas à negligência e aos maus tratos psicológicos. Segundo vários autores que comentam sobre, os efeitos dos maus tratos e agressões contra crianças/jovens dizem que não se confirma a existência de uma relação linear entre a agressão sofrida e o nível de desenvolvimento tanto físico, como emocional. Contrariamente ao que seria de esperar existem situações em que a criança consegue manter padrões de desenvolvimento considerados normais. Infelizmente, o número destas crianças ditas resilientes não é representativo, sendo antes percepcionadas, como a exceção à regra.

Segundo Bentovin & Skuse (1994) os maus-tratos sofridos na infância/adolescência poderão originar consequências a nível psicológico e físico, para além de comprometerem as relações interpessoais e a interação da vítima com os seus progenitores, quando esta se torna ela própria progenitora. Apesar de serem menos visíveis as consequências dos maus-tratos, ao nível psicológico podem afetar por mais tempo o desenvolvimento das crianças, a todos os níveis - sócio emocional, comportamental, cognitivo e social. Enquanto, que os maus tratos físicos deixam sequelas visíveis que podem resultar em cicatrizes, deformações a nível ósseo e danos neurológicos, ao nível da coordenação sensorial, psicomotriz e neuromotora.

As situações de negligência podem causar danos físicos, essencialmente quando estão relacionadas com a falta de alimentação e de higiene, desencadeando mudanças a

nível gastrointestinais ou metabólicas, diminuindo as defesas e permitindo o alastramento ou pode mesmo levar a cronicidade de determinadas doenças.

Os maus tratos podem desencadear uma relação de afetos e de vínculos, fraca e insegura, das crianças com a família e com os pares. Pois é durante a infância que a criança desenvolve a confiança sobre a responsabilidade e a disponibilidade dos adultos (pais), sendo essa confiança aperfeiçoada através da interação com as figuras de vinculação e influenciada pelos processos de exploração, edificação de novas relações e pela resposta a novas exigências da sociedade. Estas crianças demonstram dificuldades em perceber situações sociais complexas e apresentam pouca facilidade em reagir, com empatia e sensibilidade. Demonstrando uma ação interpessoal imprópria, acompanhada de agressividade e isolamento, o que pode levar do ponto de vista emocional, ao desenvolvimento de depressões e baixa autoestima.

Podemos dizer, que as crianças maltratadas, ao longo do seu crescimento apresentam comportamentos idênticos aos dos pais, manifestando isolamento social, agressividade, falta de competências sociais e de empatia para com os pares e futuramente com os seus filhos. A nível comportamental, manifestam hiperatividade, problemas de atenção e ansiedade.

As crianças maltratadas possuem geralmente um ambiente familiar negativo, ao nível do desempenho, o qual pode não promover o seu desenvolvimento social e emocional, e inibir a criança na aquisição de aprendizagens. Contudo, ocorrem sequelas no desenvolvimento infantil, nas suas múltiplas dimensões (cognitiva, afetiva, comportamental, social e do *self*), levando a um impacto negativo nas capacidades da criança, para ultrapassar com sucesso as variadas tarefas desenvolvimentais (Manly, Kim, Rogosch & Cicchetti, 2001).

A nível do desenvolvimento cognitivo, da linguagem e do rendimento escolar, estas crianças maltratadas apresentam uma menor maturação cognitiva, como da expressão e compreensão (Elmer, 1977). A resolução bem sucedida dos problemas contribui para um desenvolvimento saudável. Pelo contrário, a não resolução ou o seu insucesso repetido diminui a probabilidade de êxito nas tarefas desenvolvimentais posteriores, podendo mesmo contribuir para um crescimento não normativo ou patológico.

Em termos neuropsicológicos, alguns estudos demonstram que as crianças podem sofrer de alguns défices no seu processamento cognitivo. Estas possuem um discurso

supérfluo e pobre, ao nível dos conteúdos, essencialmente nos de natureza abstrata (Cortés & Cantón, 1999).

Barahal *et al* (1981), citados por Formosinho (2004, p 250-251) referiram que em termos sociocognitivos, *“as crianças maltratadas têm dificuldades na tomada de perspectiva, na identificação e designação de estados emocionais dos outros, na descrição de causas sociais e interpessoais para emoções específicas e na compreensão de papéis sociais”*.

As estruturas relacionais entre pais e filhos, quando existem maus tratos sofrem modificações, face às competências a atribuir aos filhos, apresentando os pais expectativas irrealistas, sendo por vezes exigida a criança a tomada de responsabilidades para seu próprio bem-estar, cuidando dos seus irmãos e até por vezes dos próprios pais. Segundo Basanta (2000) estas crianças podem, quando maiores transformar-se em pessoas egocêntricas, pouco recíprocas, com distorções acentuadas de conceitos morais, como os da justiça, solidariedade ou transgressão.

Podemos constatar que, quando não existem maus tratos o papel da família é crucial, em especial dos pais ou cuidadores, pois exercem um poder fundamental no desenvolvimento e crescimento da criança, não apenas físico, mas também psicológico. Pois os pais têm uma função de extrema relevância ao nível da estruturação e organização do mundo da criança. A qualidade do desempenho desta função traz inevitavelmente consequências predominantemente positivas e facilitadoras ou negativas e constrangedoras, para a criança e o seu desenvolvimento. Como afirma Wolfe (1985), o mau trato infantil é algo de preocupante não apenas pelo dano físico que provoca, mas também porque pode ter um impacto negativo nas competências e comportamentos futuros da criança.

Ao longo do percurso de vida das crianças ocorre a passagem, por várias tarefas desenvolvimentais:

### **Primeira infância**

Na primeira infância as sequelas dos maus tratos podem ser tanto ao nível da regulação emocional, como da vinculação. (Rogosch, Cicchetti, Shields & Toth, 1995). Cicchetti, Ganiban & Barnett (1991, p. 15) definem regulação emocional como *“os fatores intra e extraorganísmicos pelos quais a estimulação emocional é redirecionada, controlada, modulada e modificada para permitir ao indivíduo funcionar adaptativamente na presença de estimulação emocional”*. Estes autores defendem que os sistemas de

regulação emocional são essenciais ao indivíduo para manter uma tolerável, mas flexível expressão emocional, necessária para preservar um funcionamento adaptativo, ao longo do seu ciclo vital.

O meio físico e emocional em que vivem as crianças maltratadas constitui um risco para o seu desenvolvimento, levando a um sistema de regulação emocional disfuncional (Buchsbaum, Toth, Clyman, Cicchetti & Emde, 1992), o que se poderá traduzir em dificuldades no controlo dos seus afetos e comportamentos agressivos (Rieder & Cicchetti, 1989).

A interação que existe entre pais-filho fornece à criança conhecimentos importantes sobre as emoções, ajudando-a na sua identificação e regulação emocional. Um ambiente abusivo ou negligente intervém negativamente, no seu desenvolvimento e na capacidade de regulação emocional.

Segundo Gaensbauer, Mrazek e Harnom (1980, citado por Cicchetti & Olsen, 1990) as crianças com padrões disfuncionais na relação pais-filho maltratante podem apresentar atraso desenvolvimental e afetivo, demonstrando-se por vezes deprimidas com excessiva tristeza e isolamento, afetivamente instáveis e ambivalentes e, ou, excessivamente zangados e com baixa tolerância à frustração.

O tipo de mau trato parece influenciar a diferenciação e os afetos predominantes nas crianças. Segundo Gaensbauer e Hiatt (1984, citado por Cicchetti, Ganiban & Barnett, 1991) revelou que as crianças abusadas fisicamente expressam uma quantidade desordenada de afetos negativos (raiva, tristeza, isolamento social e medo) e bastantes afetos positivos em contraste com as crianças negligenciadas que apresentam um padrão relativamente embotado, não exprimindo emoções negativas ou positivas. Estas crianças expressão dificuldades na regulação das emoções durante muito tempo ou para sempre, colocando em risco o desenvolvimento das competências sociais e a adaptação à escola.

Quanto a vinculação, as crianças começam a coordenar o seu comportamento e a representação afetiva num contexto relacional com os prestadores de cuidados, estabelecendo uma relação de vinculação (Rogosch, Cicchetti, Shields & Toth, 1995). É importante o estabelecimento de uma boa relação de vinculação com os pais, para ligações significativas no futuro. Enquanto, que uma relação criança/pais maltratantes tendem a ser relações de vinculação inseguras. Estas caracterizam-se pela exibição de medo ou apreensão exagerada em relação à sua figura de vinculação, expressões faciais de desorientação ou

confusão e comportamentos de vinculação contraditórios, resultantes do conflito aproximação-evitamento (Cicchetti & Olsen, 1990; Cicchetti & Lynch, 1993).

### **Idade pré-escolar**

Na idade pré-escolar as crianças desenvolvem o seu relacionamento com os pares e o desenvolvimento do *self*, isto é a criança vê-se a si própria como uma entidade distinta, estabelecendo relações com os outros.

O estabelecimento de relações significativas com figuras não pertencentes ao seu sistema familiar pode ter uma influência positiva para a criança maltratada. No entanto, dada a sua tendência para o estabelecimento de relações de vinculação inseguras ou desorganizadas/desorientadas e à forma como se autopercepciona, estas crianças não apresentam uma tarefa fácil na relação com os pares. Podemos dizer que as crianças vítimas de maus tratos, especialmente as abusadas fisicamente, evidenciam mais dificuldades no contato com familiares não maltratantes e respondem com comportamentos agressivos na relação com adultos e pares. Nas suas relações sociais evidenciam um misto de aproximação e de evitamento, respondendo ao sofrimento dos pares com agressividade, raiva difusa ou sofrimento, em vez de empatia ou preocupação como os pares (Wenar, 1994). Estas crianças evidenciam também uma menor compreensão dos afetos negativos assim como, uma maior imaturidade na regulação sócio-emocional, mostrando-se também mais egocêntricas e insensíveis (Barahal, Waterman & Martin, 1981).

Quanto ao desenvolvimento do *self*, após terem fortificado a sua relação de vinculação, as crianças começam a comportar-se como um ser único e distinto dos outros. Segundo, Cicchetti & Lynch (1993) as crianças maltratadas reconhecem a sua própria imagem um pouco mais tarde que as outras, mostrando mais afetos neutros ou negativos, zangando-se mais, evidenciam mais a frustração e desobediência na realização de tarefas de emergência da autonomia, falam menos de si próprias e produzem menos verbalizações sobre os seus próprios estados internos.

Nos primeiros anos de escola auto percebem-se mais competentes e aceites do que as avaliações feitas pelos seus professores, mas quando mais velhos, já se descrevem como menos competentes e aceites do que se tinham analisado em novos. Segundo os autores descritos anteriormente, esta inflação do *self* nos primeiros anos escolares pode constituir uma estratégia irrealista que as ajuda a lidar com o seu ambiente caótico e incontrolável.

Em termos de funcionamento cognitivo, estas crianças apresentam-se mais distraídas, mas por outro lado assimilam mais os estímulos agressivos, o que parece ser uma tentativa de autoregulação emocional. Esta hipervigilância e elevado estado de alerta parecem constituir estratégias para se proteger de um ambiente e da relação parental ameaçadora (Rogosch, Cicchetti, Shields & Toth, 1995).

A relação de vinculação que a criança estabelece vai influenciar a forma como se percebe a si própria e a relação que estabelece com os outros, podendo exercer uma influência considerável no seu desenvolvimento social e psicológico.

### **Idade escolar**

Na idade escolar, a tarefa desenvolvimental constitui a adaptação a um novo contexto de vida: a escola. A adaptação ao contexto escolar, a integração no grupo de pares, o desempenho aceitável na sala de aula e as orientações motivacionais apropriadas para o sucesso, fazem parte integrante deste desafio desenvolvimental (Cicchetti & Lynch, 1993). Este período do desenvolvimento é marcado nas crianças maltratadas por um aumento de risco quanto a problemas de adaptação, especialmente na externalização de desobediência, acessos de raiva e agressão com familiares e pares (Wenar, 1994). Estas crianças têm um desempenho académico mais baixo, sendo chamadas à atenção e suspensas por questões disciplinares mais vezes, são mais dependentes dos seus professores, imaturas cognitivamente, talvez por questões motivacionais e avaliadas como menos dispostas para aprender.

Para Cicchetti & Lynch (1993) existe um equilíbrio dinâmico entre o estabelecimento de relações seguras com adultos e o sentir-se livre para explorar o meio ambiente de uma forma promotora da competência cognitiva. Logo, as crianças maltratadas apresentam baixos rendimentos na escola, pois os maus tratos interferem no equilíbrio entre a motivação para estabelecer relações seguras com os seus pares e adultos e a motivação para explorar o mundo, influenciando negativamente o comportamento social em contexto escolar, exibindo valores mais elevados de agressividade e rejeição. Também, Erickson, Egeland & Pianta (1989) constataram que as crianças abusadas exibem mais comportamentos agressivos, desobediência e passagem ao ato na adaptação escolar.

As crianças negligenciadas apresentam também um aumento da ansiedade significativa; incapacidade de estar atenta; dificuldade na compreensão do trabalho escolar; falta de iniciativa; não cooperativa; afeto positivo restrito; insensibilidade; ausência de

empatia em relação aos pares; e elevada dependência do professor para apoio e aprovação. Logo, verificamos que estas crianças apresentam padrões confusos de proximidade psicológica, com os professores e pares. Ao nível das relações com os pares mantém-se o baixo estatuto social (Salzinger, Feldman, Hammer & Rosário, 1993).

### **Adolescência e adultos**

Para além dos efeitos que uma experiência de mau trato acarreta no desenvolvimento infantil, esta pode apresentar efeitos nefastos ao longo dos anos, afetando o indivíduo durante a adolescência e o estado adulto.

De acordo com Fernandez del Valle & Zurita (2000), as dificuldades evidenciadas nas tarefas desenvolvimentais descritas nas outras etapas do desenvolvimento tomam-se cada vez mais evidentes, com a idade: mantêm-se os défices ou atrasos cognitivos e de linguagem, o que acarreta problemas na escola. Ao nível social, apresentam dificuldades em estabelecer relações estáveis e positivas, adotando comportamentos de isolamento ou dependência, evidenciam dificuldades em mostrar empatia ou preocupação pelos outros, assim como, em aceitar regras sociais. Manifestam ainda défices ao nível da capacidade de resolução de conflitos interpessoais, quer pela falta de autocontrolo, como pela dificuldade em criar alternativas. Em termos afetivos, mantêm-se os problemas emocionais anteriores descritos nas outras etapas (isolamento, depressão, ansiedade, agressividade, impulsividade), sendo mais frequente o desenvolvimento de desordens de conduta e comportamentos antisociais.

A construção da identidade, quando adolescentes é também afetada negativamente, conduzindo-se por dificuldades de orientar a vida no futuro, incapacidade para fazer projetos de vida realistas e um sentimento constante de fracasso, independentemente dos esforços desenvolvidos. Verificamos que estes jovens acabam por muitas das vezes ingressarem por percursos desenvolvimentais disruptivos ou desadaptados.

No período da adolescência, a experiência de maus tratos físicos aumenta a probabilidade de ocorrência de problemas desenvolvimentais, levando a comportamentos de delinquência e uso de drogas, evidenciam pior desempenho académico, manifestam mais sintomas de doenças mentais, problemas de conduta externalizadora (agressividade, hostilidade e hiperatividade) e internalizadora (isolamento social, ansiedade e sofrimento

físico). Nas raparigas correm mais riscos de engravidar (Kelley, Thornberry & Smith, 1997).

No que diz respeito à idade adulta, Malinowsky-Rummel & Hansen (1993) apontam para a existência de uma relação forte entre a vitimização infantil e comportamentos de externalização, violência, delinquência e criminalidade; maus tratos conjugais e filiares; consumo de álcool e substâncias ilícitas; suicídio e tentativas de suicídio; automutilação; problemas emocionais como somatização, depressão, ansiedade, dissociação e psicose. A relação dos maus tratos infantis com a qualidade do relacionamento interpessoal e de integração profissional aludem, para a maior probabilidade de os indivíduos maltratados na infância manifestarem mais problemas nestes domínios (Malinowsky-Rummel & Hansen, 1993).

Cohen, Brown & Smailes (2001) constataram que os indivíduos que foram vítimas de maus tratos na infância apresentavam mais sintomas e níveis mais elevados de depressão, comportamento disruptivo, esquizofrenia, paranoia, desordens de personalidade como narcisismo, personalidade histriónica e *borderline*, que os indivíduos que não possuíam qualquer referência a vivências de maus tratos.

Widom (2000) descreve que as vítimas possuíam um QI mais baixo, menores habilitações académicas, profissões de nível hierárquico mais baixo, maior taxa de desemprego e de trabalho precário, menor qualidade nas relações interpessoais visíveis, havendo uma taxa mais elevada de divórcio e separações, envolvem-se mais frequentemente em comportamentos criminais e delinquentes, sendo presos mais vezes, ocorrem mais tentativas de suicídio e abuso de álcool e tendem a desenvolver mais desordens de personalidade antissocial.

## **2.6. Teoria psicossocial do desenvolvimento humano segundo Erikson**

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson considera que a evolução da personalidade acompanha todo o ciclo de vida. Erikson focou o problema da identidade e das crises do ego, ancorado num contexto sociocultural.

Este começou a construir a sua teoria psicossocial do desenvolvimento humano em meados do século XX, repensando vários conceitos de Freud, considerando o ser humano como um ser social, um ser que vive em grupo e que sofre a pressão e a influência deste.

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson divide-se em 8 estádios, cada um deles é caracterizado por uma crise ou tarefa da personalidade, determinado por um conflito particular que o indivíduo terá que resolver. Através da resolução do conflito, o indivíduo adquire novas capacidades e oportunidades de crescimento.

A resolução dos conflitos é um processo interativo que envolve influências psicológicas internas e domínios sociais externos. Os conflitos bem resolvidos criam no ego do indivíduo áreas psicossociais fortes enquanto, que os conflitos não resolvidos afetam aspetos particulares do desenvolvimento da personalidade e da resolução dos conflitos posteriores.

Cada idade ou período de desenvolvimento que a criança ultrapassa é caracterizado por tarefas específicas (que é necessário cumprir para se progredir para o estágio seguinte) e pela experiência de determinado conflito ou crise.

A teoria de Erikson é uma concepção psicodinâmica que considera que o ajustamento (experiências positivas) ou desajustamento (experiências negativas), não são definitivos. As experiências subsequentes podem contrariar as vivências tidas em idades anteriores. Logo, para que ocorra um desenvolvimento positivo, a criança durante os estádios tem que desenvolver uma boa vinculação, confiança e autonomia, para conseguir resolver os conflitos de forma positiva.

Tendo em conta que, este estudo foi desenvolvido em torno da adolescência, o estágio de desenvolvimento é **identidade vs. difusão ou conflito de papéis** (12-20 anos), que consiste na determinação, da sua identidade e do seu papel sentido na sociedade.

A tarefa fundamental da adolescência é a determinação da identidade psicossocial. A construção da identidade implica a definição quanto ao conjunto de valores a adotar, as aspirações profissionais futuras e a orientação sexual. Trata-se, para o adolescente, de saber quem é e o que quer da vida.

Devido às profundas transformações fisiológicas e aos seus desafios, a adolescência é o período em que é mais evidente a ruptura com o passado. O jovem sente-se como outra pessoa, mas não sabe ainda bem quem é. Daí a complexidade deste período.

Como desenvolver um forte sentido de identidade? O agente interno ativador na formação da identidade é o Ego, e os seus aspetos conscientes e inconscientes. Consolidando as aquisições positivas dos estádios anteriores, integrando as diversas imagens de si próprio até então construídas e, ao mesmo tempo, adaptando a autoconcepção que os “outros significativos” têm dele. O ego neste estágio tem a

particularidade de melhorar e completar talentos, aptidões e habilidades na identificação com pessoas semelhantes a nós e na adaptação ao ambiente social. A resolução da crise de identidade pode fazer com que o adolescente se sinta isolado, vazio, ansioso e indeciso, na interação com pessoas significativas, que são escolhidas e são parte integrante da construção da sua identidade adulta.

A não realização do conceito de identidade implica insegurança, dificuldade em situar-se na relação com a sociedade e no trabalho, não sabendo claramente o que se quer, havendo assim, uma falta de maturidade. Isto é, existem vários fatores que contribuem para a desordem da identidade como: a perda de laços familiares e falta de apoio no crescimento; as expectativas parentais e sociais divergentes do grupo de pares; as dificuldades em lidar com a mudança; a falta de laços sociais exteriores à família (que permitem o reconhecimento de outras perspetivas); e o insucesso no processo de separação emocional entre a criança e as pessoas de ligação.

Na adolescência, os jovens começam a afirmar a sua independência e a tomar decisões que podem vir a ter repercussões para toda a vida. Ao mesmo tempo em que procuram definir a sua identidade e encontrar uma certa estabilidade, têm que lidar com mudanças afetivas e físicas profundas, associadas à puberdade. Assim, o suporte da família, da escola e da comunidade é essencial para o seu desenvolvimento saudável.

Os problemas ocorridos no desenvolvimento da identidade podem levar a uma identidade difusa, caracterizada por uma conceito do eu incoerente, desarticulado e inacabado. Numa identidade bloqueada, pode ocorrer um período normal de desenvolvimento por questões sociais, familiares e/ou pessoais. Finalmente numa identidade negativa, os adolescentes seguem caminhos desadequados, que os pais e comunidade não aceitam. Logo, estes adolescentes com comportamentos aditivos ou de risco, segundo Erikson não terminaram tarefas dos estádios anteriores.

## **2.7. Teoria das transições segundo Meleis**

Como forma de ajudar a compreender melhor o processo de transição do adolescente, durante a fase de desenvolvimento no seio da família, apoiamo-nos na teoria das transições de Meleis.

A teoria das transições de Meleis serviu de referência, uma vez que o adolescente muitas vezes se encontra numa situação de tripla transição: desenvolvimental, saúde-

doença e situacional. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes, por sua vez, podem agravar ainda mais o seu estado de saúde (Meleis *et al*, 2000). Assim, a compreensão do processo de transição pode ajudar a evitar os riscos inerentes à etapa de desenvolvimento do adolescente.

De facto, os adolescentes normalmente são pessoas saudáveis, em que a sua saúde varia conforme os comportamentos adotados, influenciados pela sociedade onde estão inseridos. Comportamentos, esses que põem em risco a saúde e a vida destes, como o uso e abuso de álcool e substâncias, violência, suicídio, relações sexuais desprotegidas, graves erros alimentares, entre outros (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996).

Deste modo, torna-se impreterível analisar os comportamentos de saúde dos adolescentes e o que os influencia, pois só assim se contribui para que sejam desenvolvidas estratégias de promoção, proteção e educação para a saúde (Matos *et al*, 2006).

Assim sendo, a adolescência é um período de desenvolvimento com alterações físicas, psicológicas, socioculturais e cognitivas. Esta é também considerada um período crítico para o desenvolvimento de comportamentos e atitudes saudáveis, incluindo responsabilidades e direitos sobre a saúde (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996).

É por isso, de extrema importância que todos os profissionais que lidam com os adolescentes diariamente privilegiem uma atuação essencialmente direcionada para a promoção da saúde, de modo a capacitá-los a controlarem a sua saúde pois, *“para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”* (OMS, 1986, p.1).

Para Meleis a transição remete para uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si, no contexto social.

Ao longo da nossa vida enfrentamos períodos de mudança de um estado para outro. Estes períodos de mudança podem ser considerados momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. Essa instabilidade transicional é desencadeada por mudanças desenvolvimentais, situacionais ou de saúde-doença. Se virmos bem a própria vida em si não é mais do que um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade.

Tendo em conta, que o diagnóstico que se pretende estudar tem por base o jovem/família, podemos então dizer que a família consiste no cerne das sociedades, na medida em que é a partir dela que se compõem, e que os indivíduos se formam, crescem e aprendem a viver em comum, adquirindo as normas, valores e cultura vigentes. Então, se tudo gira e se desenvolve em função da família, ela deverá estar no centro da dinâmica dos cuidados, dos recursos e do desenvolvimento de competências científicas e relacionais.

As funções parentais têm sido modificadas à medida que o tempo passa e os filhos vão ultrapassando diferentes etapas do seu desenvolvimento. No cumprimento destas funções está subjacente uma adaptação do comportamento dos pais às necessidades dos filhos, como forma de garantir a construção de uma base estrutural, firme que os tornem capazes de enfrentar saudavelmente os diversos desafios e adversidades, que vierem a surgir ao longo das suas vidas.

Apesar, da literatura nos indicar (como explicado durante o enquadramento teórico) que o comportamento dos pais face aos filhos pode ser alterado com o passar do tempo, devido às mudanças no seu desenvolvimento, sabe-se também que, a forma como o processo educativo se desenvolve está alicerçado nos valores dos pais e na forma de transmissão desses valores aos filhos. A importância da transmissão dos valores é, segundo Rokeach (1973, citado por Alonso de Bem & Wagner, 2006), imprescindível porque estes irão funcionar como guias que influenciam o comportamento e permitem compreender, o modo como as pessoas se relacionam consigo e com os outros.

Meleis (2010) refere que as transições são multidimensionais, ocorrem ao longo do tempo, envolvendo desenvolvimento, fluxo, movimento e mudança, que permeia a vida dos jovens e famílias, durante a transição. Estas transições desencadeiam períodos de *stress*, de alteração no estado de saúde, de expectativas ou de capacidades e de adaptação, que resultam em novos papéis<sup>3</sup>, novas relações e mudanças na perspetiva e autodefinição da vida. São passagens de uma fase da vida, condição ou posição (*status*) para outra, podendo envolver mais do que uma pessoa.

Estas transições abrangem os elementos: processo, espaço temporal e percepção, sendo que o processo sugere fases e sequência, envolve a rutura que a transição origina e a resposta que a pessoa dá a essa interferência; o espaço temporal remete para um fenómeno em curso, mas limitado, tem início na antecipação da transição e termo quando a pessoa

---

<sup>3</sup> Segundo Turner (1959), cit. por Meleis (2010), papéis não é só um mero conjunto de comportamentos reais ou esperados, mas um sentimento ou meta que fornece unidade a um conjunto de ações potenciais.

encontra a estabilidade no novo estatuto adquirido; e por fim, a percepção está relacionada com o significado que a pessoa em transição lhe atribui, ou seja, como a associação entre a ambiguidade de papel e a ameaça ao autoconceito como é experienciada.

A transição remete para uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si, no contexto social.

As transições podem estar ligadas às fases do desenvolvimento, aos acontecimentos inesperados, às experiências de doença, às carreiras profissionais, todas com íntima relação com o ambiente. As respostas de quem está a passar por estas transições são variadas, incluindo aspetos internos e externos, que envolvem esse momento. Durante o período de mudança, o indivíduo vai alcançando novos conhecimentos e capacidades. Se por um lado podem causar sentimento de perda, por outro podem ser mudanças agradáveis e beneficiadoras para o ser humano.

Meleis (2010) propôs subcategorias para cada tipo de transição e identificou uma categoria adicional, a transição organizacional. Este modelo remete para uma “transição organizacional”, que ocorre quando a posição ou situação da pessoa no meio ambiente é alterada, em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou de ambos. Isto é, uma mudança do comportamento humano, resultando numa complexa interação entre o ego e a sociedade.

Quanto à natureza as transições podem ser: desenvolvimental – que ocorre na passagem da infância para a adolescência, é tem a capacidade de estar associada a problemas próprios, desta fase e exigem do adolescente a sua adaptação. Duas transições significativas podem ser associadas a problemas de saúde (física e mental): da infância para a adolescência, associada com os problemas de formação da identidade, assim como, ao consumo de drogas, doenças venéreas, a sexualidade e a maternidade na adolescência.

Esta é a fase de desenvolvimento do nosso estudo, em que se tenta perceber que papéis não foram transitados e levaram a ocorrência de problemas de saúde. O reforçar e complementação da mudança ocorrida no papel, exige ajustes adicionais no papel contrário (a existência de um papel é inconcebível, sem o papel contrário (*counterrole*)). Assim, as mudanças desenvolvimentais sofridas pelo indivíduo devem ser antecipadas, consideradas e exploradas, quando ocorre o planeamento de intervenção.

As situacionais: inclui o nascimento ou a morte, situações inesperadas que requerem uma definição dos papéis a que o indivíduo está envolvido. Cada uma destas situações requer definição e/ou redefinição dos papéis envolvidos na constelação de interações. A enfermeira constitui uma figura de referência neste tipo de situações. O nascimento de um filho envolve grandes mudanças na vida da família, nas concepções pessoais e interpessoais face à sociedade, requerendo também ajustes nos pequenos sistemas, devido à adição de um terceiro elemento (a criança), que proporciona uma mudança na estrutura do grupo, com mudanças nos papéis complementares, que podem causar conflitos, se não forem devidamente reconhecidos e identificados. Outras transições situacionais também ocorridas contemplam mudanças na situação familiar, como: a viuvez, o divórcio (Poncar, 1989, cit. por Meleis, 2010), ou a passagem de um membro da família, a cuidador de uma pessoa que adoeceu. E ainda a imigração, a situação dos sem-abrigo, e a fuga de relações de abuso, constituem situações que têm vindo a ser conceptualizadas como transições.

Quanto à saúde-doença: inclui transições como mudanças súbitas de papel, as quais resultam da passagem de um estado de saúde para o de doença aguda, de bem-estar para doença crónica. Cada transição deverá ser considerada em termos de pares de papéis ou no âmbito de um sistema. Portanto, no contexto da saúde, a pessoa não pode ser considerada isoladamente, devendo às mudanças da sua condição, ser exploradas e consideradas, em termos da teia de relações com os seus significantes.

A outra propriedade universal das transições diz respeito à natureza da mudança, por exemplo mudança nos papéis, na identidade, nos relacionamentos, nas habilidades e nos padrões de comportamento. Podem ser transições: simples: ocorre apenas uma mudança na vida do indivíduo ou múltiplas sequenciais: ocorre mais do que uma mudança ao mesmo tempo e existe uma ligação entre elas, normalmente uma leva à outra.

No modelo de Chick & Meleis (1986, cit. por op. cit.) foram identificados fatores pessoais e ambientais que afetam os processos de transição. Deste modo, as condições das transições incluem: significados, expectativas, níveis de conhecimento, perícia, ambiente em que vive, nível de planeamento e o bem-estar físico e emocional.

Com vista à identificação de transições saudáveis, importa que a pessoa alvo de cuidados tenha consciência de que está a viver uma transição e que os profissionais de saúde reconheçam os indicadores que revelam os resultados dessas transições, com vista ao planeamento e avaliação, de intervenções bem sucedidas. As condições facilitadoras ou

inibidoras, destas transições têm a ver com o significado dado à mudança, às crenças, atitudes, ao estatuto socioeconómico, a preparação e ao conhecimento de cada um.

Meleis (2010) refere alguns exemplos de transições, que podem constituir momentos críticos, mas também oportunidades de aprendizagem: o diagnóstico, as cirurgias, a reabilitação, a gravidez, a adolescência, a menopausa, a emigração, a reforma, o cuidar de familiares e a morte.

As transições são acompanhadas por uma ampla gama de alterações a nível emocional e do bem estar físico. São mudanças muitas vezes dramáticas, que exigem aos profissionais, especialmente ao enfermeiro, novas perspetivas, reflexões e criatividade para a realidade presente, conduzindo a uma revisão na mentalidade e nos valores sociais.

Meleis (2010) considera que a transição tem características positivas, pois após a passagem da fase de mudança a pessoa possui mais maturidade e estabilidade. Neste ponto, os cuidados de enfermagem tem um papel importante, pois são capazes de ajudar o indivíduo a ultrapassar esta fase. A transição será melhor sucedida se for tido em conta: o que desencadeou o problema; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; e a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente. Durante o processo de transição originam-se comportamentos que podem ou não ser observáveis. São esses comportamentos: desorientação, *stress*, irritabilidade, ansiedade, depressão, mudanças no auto conceito, no desempenho de papel, na autoestima, entre outros. Estes englobam processos intrapsíquicos, bem como o contexto sociocultural.

Se o enfermeiro tiver conhecimento destes padrões pode avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica para o processo de transição, tendo como objetivo restabelecer a conexão e instabilidade gerada. Isto é, o enfermeiro pode ajudar na clarificação de papel e tomada de decisões, arranjar estratégias de modelação e treino de papel, levando a que a pessoa assuma, através da imaginação, a posição ou o ponto de vista do outro, através da aprendizagem vicariante.

As crianças por exemplo, segundo Mowrer (1960, cit. por Meleis, 2010) aprendem através da imitação, como um processo de tentativa e erro, sem reforço direto. A transição de papéis caracteriza-se por uma atividade interna, que precede a interação, na qual a criança fantasia, imagina e age mentalmente, a forma como um encontro deverá decorrer e como o seu papel deverá ser desempenhado.

As interações com o grupo de referência são assim estratégias com vista à aquisição de processos, que contribuam para a sua aprendizagem de papel. Por fim, a

comunicação e a interação são processos também importantes para a clarificação e tomada de papel, pois é através de uma comunicação clara e aberta que os papéis evoluem.

As enfermeiras enquanto, prestadoras de cuidados e mais pertos dos jovens/famílias, participam nas mudanças e exigências que a vida lhes trás. Este apoio prestado prepara os indivíduos, para as transições iminentes, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades, relacionadas com as suas experiências de saúde-doença (Meleis, 2000). As intervenções de enfermagem visam assim, assistir os indivíduos na criação de condições conducentes a transições saudáveis.

Reconhecendo a centralidade das transições e os seus efeitos profundos na saúde dos indivíduos, emerge a necessidade de conceptualizar cuidados de enfermagem focalizados na prevenção das consequências negativas e no melhoramento dos resultados em saúde (Meleis, 1991, cit. por Meleis 2010).

Reconduzindo ao contexto em estudo, a teoria das transições de Meleis pode ajudar a enquadrar e a justificar o planeamento posterior do projeto, quer em termos dos tipos de transições, quer ao nível da suplementação e da insuficiência de papel. Assim, relativamente à transição desenvolvimental, pode ser reportada a transição da infância para a adolescência em que muitas destas crianças se reveem. Estas, não conseguem ultrapassar e aceitar os maus tratos vividos, apresentando insuficiência de papel relativamente a esta transição.

Quanto à transição de saúde – doença, esta faz sentido tendo em conta que estes adolescentes passam de um estado de saúde ou, pelo menos de uma fase de equilíbrio e bem-estar para um estado de doença, visto que muitos deles apresentam nesta fase comportamentos desviantes ou mesmo desencadeiam doenças mentais, devido ao sofrimento ocorrido na infância.

## **2.8. O conceito de família e o seu papel na vida das crianças/jovens**

A família desempenha um papel importante na sociedade, sendo considerada a primeira instituição responsável pela efetivação dos direitos, à luz do sistema de promoção e proteção de crianças/ jovens, seguida do Estado e de outras entidades (CRP art.67º e 68º, 1976).

Reconhecemos que existe uma “capa” na sociedade que oculta e desculpabiliza a família, do que acontece de mal às crianças/jovens.

Assim, a família é um conjunto de todas as pessoas que vivem em comum sob o mesmo teto, do mesmo sangue ou parentes por aliança; linhagem; descendência; raça; e estirpe.<sup>4</sup> Mas, também “*um sistema, conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínuo relação com o exterior, que mantêm o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados*” (Sampaio, cit. por Rodrigues, *et al*, 2007, p. 54).

O conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Pode ser também, “*qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum deve ser encarado como Família*” (OMS, cit. por Rodrigues, *et al*, 2007, p. 54).

Saraceno (1992) refere que a família é muito importante na vida das crianças/jovens, é o pilar para uma construção segura da sua vida social, cultural e económica. A família é a primeira etapa de socialização da criança. É nela que adquire e sente as normas, valores sociais, culturas e emocionais. A família é a base de aprendizagem que gera na criança um processo de desenvolvimento cognitivo, sensorial, motor e efetivo.

Para Papalia, Olds & Feldman (2001) a vida familiar é a primeira escola de aprendizagem emocional, sendo através desta que é inculcida à criança/jovem uma cultura que posteriormente construirá a sua identidade individual e social. Deste modo, a família contribui para a sua autonomia, ou seja, para uma “autonomia de valores” e responsabilidade pelas suas opções de vida (Saraceno, 1992).

### **- O lugar da criança no seio da família moderna:**

Ao longo dos anos a imagem da criança no seio familiar sofreu várias concepções. A criança começou por não ser valorizada, não tinha qualquer direito, uma vez que não existiam leis próprias direcionadas para os menores.

Durante muitos séculos o papel da criança era obedecer aos pais, não lhe sendo permitido expressar os seus sentimentos. Só a partir do momento em que a criança ultrapassava os primeiros anos de vida é que alcançava algum estatuto na família. Nesta

---

<sup>4</sup> Dicionário de Língua Portuguesa (1994). (7 ed.). Porto Editora.

altura os padrões de educação ocorriam de forma rígida e fria, pois os pais tinham medo de perder os filhos, dada a elevada taxa de mortalidade infantil, nessas épocas.

Com o passar do tempo a família sofreu importantes mudanças na sua estrutura, o poder paternal até então absoluto, passa a ter limites. A mulher e os filhos passaram a ter maior autonomia e a autoridade patriarcal cedeu lugar à repartição, entre homens e mulheres, de direitos e deveres na administração da casa e no cuidado com os filhos. Descreve-se, assim, uma tendência linear de passagem do modelo «*tradicional*» de família para o «*moderno*» (Anderson, 1984, p. 43).

Atualmente passou a ser pedido ao homem uma maior participação na educação dos filhos, ou seja, um maior apoio afetivo. A afetividade passou a ser o alicerce fundamental na convivência familiar, assim o amor demonstrado e o convívio saudável passaram a ter papel primordial no desenvolvimento da personalidade da criança e do adolescente.

O ambiente familiar é o meio mais adequado para que a relação criança/adulto se desenrole de forma satisfatória, essencial a um desenvolvimento pleno e saudável. Mas, na sociedade atual encontra-se consequências significativas para a estrutura familiar, especialmente no que concerne à responsabilidade e criação dos filhos. Sem os vínculos do casamento, muitos pais acabam por se eximir totalmente da responsabilidade de criá-los.

Por outro lado também, ocorre uma nova estrutura de convivência familiar, onde o pai divide com a mãe a atenção dispensada aos seus filhos, já que, na maioria das famílias, ambos os progenitores trabalham e dividem as tarefas do lar, e o cuidado com as crianças, o que gera uma maior aproximação das crianças, com os pais. Essa mudança no comportamento dos casais reflete-se no interesse destes pela guarda dos filhos, quando ocorre separação do casal. Situação que não ocorria antigamente, pois era a mãe que ficava com os filhos, devido à sua função e restava ao pai somente o direito de visitá-los em dias pré-estabelecidos.

Cabe aos pais criar, educar e assistir os seus filhos. O cumprimento desses deveres leva a um desenvolvimento emocional, psicológico e social, saudáveis. No entanto, quando a família não promove um relacionamento estável, afetivo e protetor, pode levar a ocorrência cada vez mais, de crianças vítimas de violência ou negligenciadas. Assim de forma geral, a criança maltratada revela uma perturbação grave na relação com o adulto, o que resulta quase sempre de uma situação de disfunção familiar.

Crescer e possuir um contato pleno ao lado dos seus pais é de extrema importância para o desenvolvimento da criança, pois, estando estes presentes nos pormenores da vida dos filhos, os mesmos poderão contar com seu apoio e orientação emocional, para a construção da sua personalidade.

## **2.9. A Importância da Relação do Enfermeiro de Saúde Mental com os Adolescentes**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ao intervir junto da população adolescente deverá ter como princípio básico a relação de ajuda, centrando a sua intervenção na promoção da saúde, no tratamento e na readaptação social. Este devido às competências que teve oportunidade de desenvolver ao longo do seu percurso académico constitui por si só um instrumento fundamental, na promoção da saúde mental dos jovens adolescentes.

O tipo de relação estabelecida entre os jovens e o profissional de enfermagem deverá ser de confiança, respeitando e aceitando o adolescente de forma incondicional. A relação terapêutica deverá ser de carácter holístico e pró-ativo, de modo a capacitar o adolescente para desenvolver o seu projeto de vida de forma a atingir uma fase adulta equilibrada e adaptada às exigências pessoais, profissionais, familiares e sociais.

Durante o atendimento é necessário conseguir estabelecer com o jovem/família um clima de confiança e de relação de ajuda, só assim se irá conseguir chegar a fonte do problema. Para isso, *“é necessário analisar a situação desde as suas raízes históricas e culturais, humanas e tecnológicas. É necessário fazer participar os pais e os técnicos, a família e as comunidades, na organização e suporte das instituições.”* (Santos, J.,1983, p.15-16).

Conhecer melhor as necessidades e os problemas dos adolescentes é uma condição indispensável para se poderem adequar as respostas. Para promover a saúde mental dos adolescentes é essencial que o enfermeiro conheça e compreenda o processo dinâmico do crescimento e do desenvolvimento do ser humano nesta fase do ciclo vital.

O enfermeiro é o profissional de saúde que mais contato tem com a comunidade, logo será o que conseguirá chegar melhor aos adolescentes. Portanto, este profissional para conseguir intervir corretamente nesta faixa etária deverá agir, nas três áreas de prevenção: primária, secundária e terciária. Isto é, em termos de prevenção primária deverá intervir ao

nível do ambiente e do indivíduo, impedindo o aparecimento/início das perturbações. Na prevenção secundária, o enfermeiro deverá triar o mais cedo possível a existência de perturbações, evitando a sua estruturação de forma patológica e intervir no indivíduo ou no seu ambiente, fazendo desaparecer ou atenuar essas perturbações. Na prevenção terciária, o enfermeiro deverá intervir nas perturbações diagnosticadas evitando sequelas, agravamento, complicações secundárias ou instalação da patologia crónica (Marceli & Braconnier, 2005).

Nos cuidados de enfermagem a prestar aos adolescentes, a abordagem tradicional (unidirecional, rotinizada, informativa), deve ser substituída por um processo de interação e construção conjunta de novos valores. A interação entre o profissional e o adolescente, além da confiança, deve basear-se na troca e no respeito. O profissional não deve emitir qualquer juízo de valor, reprovação às suas manifestações, adoção de qualquer comportamento discriminatório ou de se apresentar como detentor da “verdade”. Só assim, o adolescente e cuidador estabelecem uma relação nos cuidados de enfermagem e o adolescente se sente pertencente a esses cuidados.

O enfermeiro interage com o adolescente, o qual faz parte de um contexto sociocultural, numa condição de saúde/doença e vive de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação. A interação enfermeiro/adolescente organiza-se em torno de um objetivo que conduz a ação para promover, restabelecer ou facilitar a saúde (Meleis, 2007).

Em saúde mental é sempre difícil perceber a fronteira entre o normal e o patológico. O facto de um adolescente apresentar determinado sintoma, não determina, necessariamente, um quadro psicopatológico. Os sintomas só adquirem significado em determinado contexto sociofamiliar e com base no momento evolutivo do adolescente. Logo, se existir um ambiente familiar saudável, a probabilidade de os sinais diminuírem e até desaparecerem, é maior. Já isso, não acontece num meio familiar desorganizado, agressivo ou angustiante, pois leva a que as perturbações que o adolescente apresenta perdurem e influenciem o seu desenvolvimento. Um exemplo disto são os distúrbios de ansiedade; um transtorno associado ao temor de ficar longe dos pais ou à fobia escolar pode, evoluir na idade adulta, para quadros como depressão, bipolaridade e distúrbios de personalidade. Daí a importância do diagnóstico, ainda na infância.

O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no acompanhamento dos jovens sinalizados a CPCJ é de extrema importância. Pois existem

determinados fatores familiares, sociais e ambientais, que aumentam a predisposição para a doença mental, nestes jovens.

A dificuldade na adaptação ao novo papel pelas mudanças psicológicas, familiares e sociais; a vulnerabilidade na gestão das pressões ambientais; o desequilíbrio das situações contraditórias e a falta de resiliência poderão estimular o adolescente para um mundo de perturbações e sofrimento psicopatológico, com repercussões ao nível das relações sociais e familiares, como também, dificuldades no desempenho escolar (Marceli & Braconnier, 2005).

Muitas das vezes os sinais e sintomas mais visíveis neste período são as perturbações disruptivas do comportamento, hiperatividade, défice de atenção, dificuldades de aprendizagem, perturbações da ansiedade, perturbações do humor, recusa escolar, tentativas de suicídio, perturbações de expressão somática, perturbações psicóticas e perturbações do espectro do autismo. Por isso cabe-nos a nós como profissionais de saúde estar atentos a estes sinais de alerta. Quanto mais precocemente se prevenir, maiores serão as hipóteses de evitar este desajustamento.

Numa CPCJ, a entrevista prévia com o jovem/família leva a reconstituição dos acontecimentos, a partir das queixas, dos indícios, dos sinais e sintomas, do processo que conduziu a desadaptação do adolescente à escola e a sociedade. Os profissionais devem atuar primeiro que tudo, como “amigo”/confidente e não como pessoa que está ali para julgar os seus atos. A diferença está no ponto de partida em que cada um se coloca perante o problema.

Na maioria, estes jovens que são sinalizados a CPCJ ficam com marcas devido a experiências de vida traumáticas e insucessos repetidos em meio escolar, com acentuada desvalorização das suas capacidades, levando a uma recusa do pensar/aprender que se expressa em sintomas de instabilidade e agressividade ou então numa forte inibição cognitiva e relacional.

Santos, J. (1983) considerava que, por razões de ordem emocional, simultâneas com outras de ordem social, estes jovens não conseguem estabelecer uma relação afetiva profunda com as pessoas do seu envolvimento familiar, sobretudo nos primeiros anos de vida, podendo evoluir sem se fixarem o bastante em alguma etapa evolutiva, o que pode vir a constituir, posteriormente, lacunas na sua evolução e a desenvolver patologias do foro psicológico.

Logo, o papel preponderante do enfermeiro, nos atendimentos a estas famílias e jovens, não no sentido da cura dos sintomas, mas na tentativa de resolver a situação que está na origem da desadaptação, e na criação de condições favoráveis à cura espontânea, tentando manter ou introduzir novas técnicas ou instrumentos utilizados na primeira linha (escolas).

Trabalhar junto com estes jovens pretende, sobretudo, ir ao encontro dos seus interesses, saberes e vivências, valorizando e desenvolvendo as suas capacidades, na tentativa de compreender o que está na origem das suas dificuldades. Através da estimulação e da ligação dos saberes, das vivências e das experiências destes, do conhecimento de si próprio e das suas capacidades, procura-se, essencialmente, a busca do sentido do aprender, aliada à aprendizagem do viver em conjunto, numa comunidade.

Com os atendimentos na CPCJ pretendeu-se intervir nos diferentes níveis do problema, criando uma relação de confiança e de disponibilidade, por parte dos profissionais que acolhem estes jovens e famílias, procurando estimular as suas capacidades de refletir e partilhar, mobilizando-as para, de alguma forma, colaborarem no “projeto de ajuda” ao jovem, projeto esse que passa não só pela sua adesão, mas também, por alguma mudança na própria família.

Enquanto profissionais de saúde tentamos servir de “porta-voz” perante o sofrimento do jovem, tentando fazer refletir aos pais, como poderão estar implicados na situação e dando-lhes estratégias de o suavizar. Para que consigamos trabalhar em conjunto com estes pais é necessário existir respeito e compreensão com as suas necessidades e limitações, mais do que as suas vulnerabilidades e fracassos, sem fazer juízos de valor sobre as suas insuficiências parentais, reforçando, antes, os seus recursos internos e os êxitos que se vão alcançando. Podemos dizer, que há famílias que, ao serem assim acolhidas, são capazes de tomar consciência da importância da mudança, de olhar de outra forma para os seus filhos e para si próprias, sem ficarem presas a vivências anteriores traumatizantes.

### **3. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

A escolha do local de estágio teve em conta as necessidades sentidas na aquisição e desenvolvimento de competências, nas intervenções de âmbito psicoterapêutico e de âmbito psicoeducativo. Como tal, foi tido em conta esta linha orientadora.

O estágio foi realizado numa CPCJ da Margem Sul do Tejo, tendo em conta a intervenção com as crianças/jovens e suas famílias.

Assim, a presença neste local permitiu adquirir competências especializadas nesta área específica, através de um processo supervisivo, bem como, incorporar os conhecimentos adquiridos sobre as modalidades acima descritas possibilitando assim, o desenvolvimento de uma relação terapêutica mais eficiente e estruturada com as crianças/jovens e suas famílias.

#### **3.1. Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Margem Sul do Tejo**

*“As comissões de proteção de menores, que posteriormente passaram a designar-se comissões de proteção de crianças e jovens em perigo, representam um papel fundamental na sociedade pois, enquanto entidades oficiais não judiciais que abrangem diversos membros da comunidade, têm um papel fundamental na prevenção e intervenção de situações de risco de famílias de crianças e de jovens”.*

(Martins, 2004, p. 94)

As CPCJ's constituem uma estrutura de segunda linha no sistema de promoção e proteção das crianças em situação de perigo, a qual, além da colaboração estreita dos serviços de primeira linha (escolas, centros de saúde, entre outros), conta também com o apoio dos serviços da terceira linha (Ministério Público) (Leandro, 1999).

Trata-se assim, de uma estrutura especializada que recebe, verifica, avalia e decide, segundo determinados parâmetros, as medidas adequadas às situações de perigo/risco, cujos serviços de primeira linha não têm capacidade de dar resposta, sendo estas as situações mais graves.

A avaliação e o diagnóstico constituem as tarefas fundamentais das CPCJ's. O rigor e a objetividade que devem presidir à execução destas tarefas, exigem a disponibilidade dos meios necessários e adequados à importância das decisões tomadas e das medidas que podem propor, tais como, separar uma criança da sua família, colocá-la numa residência para jovens, entregá-la a outro familiar ou pessoa idónea, ou mesmo mantê-la dentro do seio da família.

Trata-se, de facto, de uma intervenção extremamente complexa e exigente sob o ponto de vista técnico, ético e humano, podendo contudo existirem alguns constrangimentos, algumas limitações que podem afetar a sua atuação:

- A escassez de meios humanos e técnicos para atender, o volume e complexidade dos casos que lhes são sinalizados;

- A utilização de metodologias de avaliação pouco rigorosas, baseadas, essencialmente, na análise de informações fornecidas pelos familiares e pela pessoa ou entidade sinalizadora;

- A não utilização de instrumentos técnicos de avaliação;

- A aplicação de medidas mais ajustadas aos recursos existentes do que, à situação e ao interesse da criança/jovem;

- A priorização dos procedimentos legais ou administrativos sobre as questões psicossociais e educativas, ocupando estas um papel muito secundário na valorização real.

Com efeito, a avaliação da situação requer um conjunto de informações de diferente natureza, o que prevê uma equipa técnica altamente especializada, que permita o domínio de variáveis no âmbito psicossocial (psicopatologias das crianças, jovens e adultos), sócio dinâmico (estruturas e relações familiares), e sócio estrutural (problemáticas de inserção social), as quais necessitam de integrar um sistema de avaliação rigoroso.

As medidas de proteção aplicáveis são as que se encontram previstas na Lei de Proteção da Criança e Jovem em Perigo, exceto as que se consideram de internamento. São medidas que visam essencialmente proteger o menor e que procuram dar uma maior responsabilização aos pais ou responsáveis legais, ou até dos próprios menores.

Contudo, a realidade nem sempre se harmoniza com a Lei. Apesar de terem já passado vários séculos, constatamos que continua a ser dado aos pais o privilégio de decidir sobre os seus filhos.

Na verdade, “o direito à proteção exige-se quando uma criança se encontra em perigo pois a sua situação está desequilibrada e desajustada, pretendendo-se que o seu desenvolvimento físico, moral e psíquico ocorra de forma harmoniosa, num ambiente familiar afetivo, educativo e responsável sem descontinuidades graves, de modo a tornar-se um cidadão de corpo inteiro e capaz de atingir o objetivo de qualquer ser humano: a felicidade. A reconstrução do equilíbrio deve facilitar a integração social, objetivo do desenvolvimento” (Guerra, 2000, p.2).

#### **4. QUESTÃO DE PARTIDA**

Assim, no confronto entre o conhecimento da população do serviço e a exploração da literatura, surge a seguinte questão: **Quais são os motivos que levaram à reabertura de processos de crianças/jovens vítimas de maus tratos, numa CPCJ da Margem Sul do Tejo?**

## **5. OBJETIVOS**

Neste sentido apresentamos como principais objetivos do projeto, os seguintes:

- Conhecer os motivos das reaberturas dos processos de crianças/jovens, numa CPCJ da Margem Sul do Tejo;
- Desenvolver intervenções de enfermagem de saúde mental que contribuam para a diminuição da reabertura dos processos das crianças/jovens.

## 6. METODOLOGIA DE PROJETO

*“O trabalho de projeto é uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de uma forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolve-los através de ações práticas”*

(Percurso n°15, 2010, p.5).

A metodologia de projeto é definida como um *“conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”* (Guerra, 1994, p.4) isto é, permitem levar a uma previsão de mudança.

Esta metodologia encontra-se ligada à investigação e centrada na resolução de problemas. Através dela alcançam-se capacidades e competências de características pessoais, pela elaboração e concretização do projeto numa situação real. Isto é, constitui a ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico curricular, sendo aproveitado para a implementação de um trabalho de características pragmáticas, concretas e reais. Neste trabalho foram incluídos metodologias ligadas à participação e metodologias ligadas à pesquisa/ação.

O trabalho de projeto tem como principal objetivo, a análise e a resolução de problemas em equipa. Para tal utilizaram-se técnicas de recolha, obtenção e análise de informação que levaram a determinação das intervenções e atividades a adotar, de acordo com a finalidade, com o momento de execução e a resposta à questão *“o que fazer e como fazer”*.

Esta opção metodológica permite, no que se refere ao **problema identificado numa CPCJ da Margem Sul do Tejo, analisar casos reincidentes como problemáticos e implementar estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.**

Assim sendo, esta metodologia é a forma que possibilita ao investigador um conhecimento, claro, profundo e preciso da realidade que o rodeia e da população que é afetada pelo problema diagnosticado, possibilitando uma planificação adequada e uma ação direta, dirigida para transformar essa realidade. Isto, confere ao projeto uma característica investigativa e produtora de conhecimentos (Leite, 2001 *in* Percursos n°15, 2010).

Portanto, esta metodologia de projeto é portadora das seguintes fases de execução: primeiro a elaboração do diagnóstico de situação; seguido do planeamento das estratégias a desenvolver e por fim, a avaliação e divulgação dos resultados obtidos.

### **6.1. Etapa de Diagnóstico**

Segundo Went (2004) o Diagnóstico de Situação tem por objetivo a elaboração de um mapa cognitivo sobre uma situação ou uma necessidade da população, isto é, composição de um modelo descritivo do «real», acerca da qual se pretende atuar e modificar, se possível. De acordo com Brissos (2004) para que um projeto possa ser viável e produzir benefícios, ao longo do tempo deverá apresentar as seguintes características: criar benefícios para a população, e apresentar efeitos duradouros, produzindo resultados para outras iniciativas e permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível, de forma autónoma do tema, contemplando os recursos existentes.

Nesta fase é importante explicar a situação problemática, de modo a ser uma descrição preferencialmente quantitativa, estudando e explicando os fatores que a determinam; analisando o prognóstico dos problemas; prevendo as repercussões que eles possam vir a ter em termos da realidade da população e por fim identificando a magnitude entre o estado atual e o desejado, de modo a solucionar os problemas.

Com base na colheita de dados efetuada pretendeu-se **conhecer os motivos que conduziram a reaberturas de processos das crianças e jovens, numa CPCJ na Margem Sul do Tejo.**

Atendendo aos objetivos do estudo, reconhecemos ser necessário recorrer a uma abordagem descritiva e qualitativa, pelo que resolvemos utilizar como método - o estudo de caso, por ser o método que melhor se adapta a nossa pesquisa.

O estudo de caso é uma metodologia de investigação utilizada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. Assim, Yin<sup>5</sup> (1994, p.13) define “*estudo de caso com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos*”.

---

<sup>5</sup> YIN, Robert (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2ª Ed) Thousand Oaks, CA: SAGE Publications

### **6.1.1. Fontes e colheita de dados**

Para elaborar um diagnóstico de necessidades é essencial realizar um levantamento dos dados. Logo, em primeiro lugar faz-se uma pesquisa bibliográfica. Depois disso deve-se realizar uma observação dos factos ou fenómenos para que se possa obter maiores informações e ainda efetuar contatos com pessoas que possam fornecer dados ou sugerir possíveis fontes de informações úteis.

As técnicas de recolha de dados utilizadas, neste caso, envolveram: a análise documental, a observação participante, a entrevista de diagnóstico ou conversas informais, questionários aos jovens/famílias e a escala FMEA.

#### **- Análise documental**

A análise documental consiste em estudar os factos a partir dos documentos, dos mais diversos tipos. Desta forma, foi necessário efetuar uma pesquisa nos processos Individuais das Crianças e Jovens, nos Relatórios Escolares e Relatórios de Saúde, enquanto que, para uma caracterização da Instituição e das problemáticas das crianças e jovens, foi também necessário consultar documentos internos da CPCJ.

Foram também realizadas colheitas nos Relatórios Anuais das CPCJ's (documentos internos compilados a partir de dados dos processos instaurados), tendo em conta os anos, entre 2006 e 2011.

#### **- Observação participante**

Posteriormente a análise documental, para aumentar a nossa colheita de dados e recolha de informação para a elaboração do diagnóstico de necessidades das crianças e jovens da CPCJ da Margem Sul do Tejo, recorreremos a técnica da observação. A observação é o método de recolha de dados, mais antigo e também mais comum.

Segundo Ruivo, *et al* (2010) na utilização dos métodos está implícita a observação do contexto das pessoas, intervenientes e atividades, formando o ponto de partida para a sua utilização correta e confiável. Ela ajuda a *“identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam o seu comportamento”* (Lakatos, 1996, p.79).

Para isso, realizamos observação participada tendo em conta algumas fases: identificar a situação a observar, averiguar os objetos de projeto, definir o modo de registar, observar cuidadosa e criticamente, registar os dados observados, analisar e interpretar os dados e retirar conclusões. Neste caso, tratou-se de uma observação participada por ser a opção mais favorável para estudar da nossa população (crianças/jovens com processo reaberto), inserida numa sociedade.

Durante a permanência na CPCJ, observámos as diversas interações e intervenções dos técnicos, na prestação de cuidados. Procurámos fazer incidir a observação em “momentos-chave”, que definimos após os primeiros momentos de observação, nomeadamente: a fase da sinalização da situação de perigo; a fase da avaliação do processo/diagnóstico (atendimento na CPCJ das crianças/famílias e a recolha de consentimento para a intervenção) a fase da deliberação de medida (discutida entre todos os elementos da CPCJ numa reunião semanal, decidindo-se em conjunto qual a medida adequada ao caso concreto.); e a fase da execução da medida (acompanhamento destas crianças/famílias durante um período de tempo, de modo que a situação de perigo seja extinta).

Foram observados, por conveniência, vários atendimentos às crianças/jovens (idades entre os 10 e 18 anos), que apresentavam processo reaberto na CPCJ e os atendimentos aos pais destas. Para a realização da observação solicitou-se autorização à responsável desta CPCJ, assim como a cada um dos observados. Tendo em conta que as crianças eram menores foi pedido autorização aos pais. No entanto, foram tomadas todas as medidas de forma a respeitar e garantir os princípios éticos. Foi clarificado juntos dos técnicos a natureza e objectivo da observação, assim como a confidencialidade e anonimato, quer na recolha dos dados quer na divulgação de resultados, solicitando a sua autorização formal mediante a assinatura do consentimento, por cada um dos participantes.

Efetuamos observações mais focalizadas procurando observar, conversar e questionar sobre aspetos que alguns técnicos tinham focado nas entrevistas com as crianças/família. Tivemos em atenção a forma de interação existente entre o progenitor e a criança; dados socioeconómicos; faixa etária dos progenitores e criança; motivo da reabertura do processo.

Foi assim, possível clarificar e confrontar “o que fazer e como priorizar os cuidados após receber uma sinalização de uma criança/jovem em perigo. Procurámos portanto conhecer o fundamento dos cuidados em diversas intervenções efetuadas com a

criança/ família, valorizando a noção do “saber combinatório” (Le Boterf, 2005), o modo como realizam a observação/avaliação de cada caso, pode refletir-se nas suas ações.

Após a recolha de dados estes foram registados imediatamente nos processos e em suporte informático, numa tabela em formato Microsoft Office – Excel® e sujeitos a tratamento estatístico descritivo (Apêndice II).

### **- Entrevista de diagnóstico**

Para conseguir informações ou colher dados que não são possíveis somente através, da pesquisa bibliográfica e da observação. Uma das formas que complementariam estas colheitas de dados seria a entrevista. A entrevista é definida por Haguette (1997, p.86) como um *“processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”*. A entrevista de diagnóstico como colheita de dados sobre um determinado tema é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de projeto. Através dela os pesquisadores buscam obter informações, ou seja, colher dados objetivos e subjetivos. Os dados objetivos podem ser obtidos também através de fontes secundárias tais como: censos, estatísticas, etc. Já os dados subjetivos só poderão ser obtidos através da entrevista, pois estes relacionam-se com os valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

Desta forma, foram assim realizadas entrevistas de diagnóstico aos vários técnicos que colaboravam na e com a CPCJ. Podemos dizer, segundo Ribeiro (2008 p.141) que a entrevista é *“a técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores. Com isto conseguiu-se obter uma visão alargada do problema encontrado sobre o qual incidiu a ação”*.

Foram realizadas também entrevistas de diagnóstico através do telefone a todos os profissionais das entidades ligados a estes jovens (saúde, escola e segurança social...). Estas entrevistas tiveram como finalidade obter informações sobre o jovem sinalizado. Não obtivemos qualquer recusa de participação, mostrando-se bastante disponíveis ao logo dos contatos telefónicos.

Por último e não menos importante, foram realizadas entrevistas aos jovens/famílias atendidas na CPCJ e executadas visitas domiciliares aos mesmos, de maneira a obter mais informação relevante para conseguir chegar ao problema mais incidente que necessitaria da nossa intervenção.

### **- Questionários aos jovens/família**

Durante a entrevista de diagnóstico foi solicitado a cada progenitor o consentimento para preencherem um questionário e a sua autorização para que os filhos pudessem responder a outro. Pois foi necessário pedir aos progenitores devido aos jovens serem menores de idade. Foi também explicado que o questionário seria anónimo. Todos os progenitores atendidos consentiram em participarem no estudo.

No questionário aos jovens foram realizadas algumas perguntas pessoais: o que sentiam perante os amigos; o que sentiam perante a escola e o que os levariam a desistir desta, de modo a percebermos o que passaria pelo pensamento de cada jovem (Apêndice III).

Foram também, solicitados os pais para preencherem outro questionário de modo a obter informação sobre as condições em que vivia a família, o nível de escolaridade, emprego, entre outras (Apêndice IV).

### **- Escalas – FMEA**

Por fim, e não menos importante para a realização do diagnóstico das necessidades, servimo-nos ainda de vários métodos de análise da situação, nomeadamente a análise SWOT (a mais comum), a Cadeia de Valores, a FMEA e o Stream Analysis (tendo-nos focado mais na escala FMEA).

O ponto de partida, nesta situação foi perceber se no serviço da CPCJ, por parte da equipa, havia noção que o número de reaberturas de processos tinha vindo a aumentar.

Após a recolha de informação baseada na observação e na opinião das técnicas foi aplicada a escala FMEA.

A metodologia de Análise do Tipo e Efeito de Falha, conhecida como FMEA (do inglês Failure Mode and Effect Analysis), é uma ferramenta que procura evitar, por meio da análise das falhas potenciais e apresentação de propostas de ações de melhoria, que

ocorram falhas no processo de cuidados. Este é o objetivo deste instrumento, logo, pode dizer-se que a sua utilização, diminui as hipóteses do processo falhar durante o seu percurso, procurando aumentar a confiabilidade da prestação do serviço sempre que aquele decorra. Segundo Pires, (1999, p. 47) “ a *Análise FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)* é uma metodologia que objetiva avaliar e minimizar riscos por meio da análise das possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha) e implantação de ações para aumentar a confiabilidade”.

Ao analisar o quadro da FMEA detetou-se onde as falhas podiam ocorrer com mais intensidade, e a gravidade que essas falhas implicavam. Pires (1999, p.399) diz-nos que “ uma vez calculado o RPN (Número de prioridade de risco) para cada modo de falha, a ação corretiva deverá dirigir-se em primeiro lugar para os problemas de mais alto RPN e a elementos críticos.” Sendo assim, é aplicada a fórmula que nos dá a prioridade de intervenção (gravidade x ocorrência x deteção).

Escolhemos este método (FMEA) por ser um sistema que deteta com mais facilidade as falhas e dá-nos a conhecer as prioridades onde devemos intervir, mais rapidamente.

### 6.1.2. População Alvo

A população alvo deste estudo foi constituída por todas as crianças e jovens com processo reaberto entre 2006 e 2011 numa CPCJ da Margem Sul do Tejo.

Foi também tido em conta a família monoparental destas crianças e jovens e os professores.

### 6.1.3. Tratamento dos dados

Tabela I- Número de processos existentes de 2006-2011 a nível da CPCJ da Margem Sul do Tejo e a nível Nacional

Anos	Processos a nível da CPCJ da Margem Sul do Tejo					Processos a nível Nacional					
	Transitados	Instaurados	Reabertos	Arquivados	Total	Transitados	Instaurados	Reabertos	Arquivados	Total	
2006	201	158	23	139	382	23712	25209	2026	19208	50947	
2007	243	171	16	146	430	30320	29547	3141	28895	63008	
2008	284	186	27	216	497	33394	29279	3986	31748	66659	
2009	281	213	25	187	519	34416	28401	4079	31871	66896	
2010	332	205	32	356	569	34753	28103	5444	35501	68300	
2011	268	176	39	242	483	34243	27947	5751	31232	67941	
Total de Reaberturas de 2006-2011			162								24427

Tabela II – Resultados obtidos na colheita de dados nos processos quanto a problemática de 2006-2011

Problemática	1º Abertura	1º Reabertura	2º Reabertura
Negligência	63	41	7
Maus tratos físicos	19	9	2
Abandono familiar	9	5	0
Maus tratos psicológicos	6	10	0
Abandono escolar	16	22	7
Absentismo escolar	16	26	6
Comportamentos desviantes	8	22	1
Exp. Comportamentos desviantes	3	4	2
Bulling	1	0	0
Gravidez na adolescência	3	1	0
Violência doméstica	9	6	1
Dificuldades económicas	3	8	0
Rapto por parte de um dos progenitores	2	0	0
Problemas de saúde	2	0	0
Doença Psiquiátrica	1	0	0
Abuso sexual	1	4	0
Outros	0	4	0
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>162</b>	<b>26</b>

Tabela III – Resultados obtidos na pesquisa de processos, quanto a entidade sinalizadora de 2006-2011

Entidade	Abertura	1º Reabertura	2º Reabertura
Pais (mãe ou pai)	10	15	0
Familiares	19	17	3
Não família	3	4	0
Anónimo	33	26	2
Saúde	16	2	0
Escola	58	75	17
GNR	5	7	1
CPCJ	2	0	3
Tribunal	7	6	0
Outras entidades	9	10	1
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>162</b>	<b>26</b>

**Tabela IV – Reaberturas dos processos de 2011 segundo a problemática**

<b>Problemática</b>	<b>Crianças sinalizadas</b>
<b>Negligência</b>	3
<b>Maus tratos físicos</b>	1
<b>Abandono familiar</b>	0
<b>Maus tratos psicológicos</b>	2
<b>Abandono escolar</b>	18
<b>Absentismo escolar</b>	6
<b>Comportamentos desviantes</b>	4
<b>Exp. Comportamentos desviantes</b>	2
<b>Bulling</b>	1
<b>Gravidez na adolescência</b>	1
<b>Violência doméstica</b>	0
<b>Abuso sexual</b>	1
<b>Outros</b>	0
<b>Total</b>	39

#### **6.1.4. Resultados obtidos**

Para identificar as necessidades das crianças e jovens e suas famílias, seguidas pela CPCJ da Margem Sul do Tejo, sensíveis aos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental, foram sintetizados os dados obtidos (colheita de dados dos processos das crianças/jovens e relatórios anuais da CPCJ, das entrevistas de diagnóstico realizadas, dos questionários aos jovens e suas famílias e pela aplicação da Escala FMEA), de modo a responder à questão e aos objetivos formulados.

##### **- Análise documental**

Depois da realização da colheita de dados dos processos das crianças e jovens e da leitura dos documentos internos da CPCJ, obteve-se uma das problemáticas mais incidentes no momento, nesse serviço. Neste caso, segundo o que se pode observar na tabela I, verifica-se que a quantidade de crianças e jovens seguidos pela CPCJ tem vindo a aumentar, tanto a nível da CPCJ da Margem Sul do Tejo, como a nível dos dados recolhidos dos documentos gerais de todas as CPCJ's do país, com maior ênfase as reaberturas dos processos de crianças/jovens anteriormente acompanhados por estas.

Compilados todos os dados obtidos, a nossa amostra correspondeu segundo a tabela I a 162 processos reabertos. A colheita foi feita nos processos dos jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos, idades essas, em que ocorreu a reabertura do processo. Devido a muitos destes jovens já serem maiores de idade aquando da realização do projeto e de alguns dos processos já se encontrarem arquivados, não foi possível implicar todos os membros da amostra no estudo. Deste modo a amostra final ficou reduzida a 39 jovens, sendo estes os sinalizados em 2011.

Foram recolhidos destes processos, os motivos ou a problemática que levou a sua sinalização, tanto a primeira como todas as reaberturas que o processo teve ao longo destes anos. Como se pode observar na tabela II as problemáticas mais reincidentes são a negligência e como vertente da negligência o abandono e absentismo escolar, que têm vindo a aumentar.

Podemos também observar durante a recolha de dados que a entidade mais sinalizadora tem sido as escolas, pois são estes docentes que se apercebem dos problemas que estas crianças/famílias vivem, tendo em conta que é nas escolas que estas crianças passam mais tempo.

Por fim, e não menos importante dá-se ênfase ao ano de 2011, em que se observa a maior incidência de absentismo e abandono escolar (24 jovens).

### **- Análise das entrevistas de diagnóstico**

Durante a entrevista aos técnicos e ao atendimento aos jovens/famílias conseguimos compreender quais os motivos que levaram estes, a serem novamente reencaminhados para a CPCJ. A maior parte destes jovens encontravam-se na fase da adolescência, aquando da primeira ou segunda reabertura.

Quando questionados os técnicos da CPCJ devido ao facto de cada vez mais existirem reaberturas dos processos, estes referiram que muitas destas crianças vivem em seios de famílias caóticas, muitas vezes separadas ou com mudança de companheiros sucessivos, desempregados e com dificuldades económicas. Levando a descorar do seu papel nos cuidados à família, perdendo a capacidade psicológica para gerir todos os problemas que ocorrem nesta, precisando de ajuda externa para voltar a normalidade.

Segundo as entrevista telefónicas efetuadas aos professores, constatou-se que muitos destes jovens apresentavam comportamentos inadequados tanto em sala de aula,

como com os grupos de amigos. Foram referidos por alguns professores, alguma falta de apoio por parte das famílias, quando chamadas a escola não compareciam ou não se encontravam disponíveis para resolver os problemas dos filhos.

Muitos dos professores referem que existe uma percentagem elevada de retenções escolares por parte destes jovens, que apresentam sinais constantes de maus tratos, manifestando dificuldades de aprendizagem, dificuldade em manter a atenção/concentração, não demonstrando interesse em aprender, revelando desmotivação face à escola.

Este número de retenções ganha, uma maior relevância ao considerarmos que os jovens em estudo frequentam o segundo ciclo de escolaridade.

Contatado também o Centro de Saúde a que cada criança pertence, de modo a obter informação sobre a saúde da criança/jovem. Verificamos que muitas destas crianças/jovens não têm sido seguidas convenientemente ou por falta de comparência destes quando solicitada a sua presença, ou mesmos por falta de marcação de consulta por parte dos pais.

Relativamente as entrevistas realizadas as crianças e aos pais. As crianças quando confrontadas sobre a falta de assiduidade escolar referem que, **as aulas são desinteressantes, os colegas mais novos “gozam” com eles, devido à constante retenção escolar.**

Apercebemo-nos durante as entrevistas que devido a falta de emprego por parte dos pais, existia falta de possibilidades económicas para manter os filhos a estudar, sendo por vezes obrigados a sair. No entanto, apesar desta relação não se revelar significativa, existe uma tendência para os jovens inseridos em famílias com um nível socioeconómico baixo, de apresentarem uma maior percentagem de abandono escolar.

#### **- Analise dos Questionários**

Quanto ao resultado dos questionários conseguimos obter dados pessoais - idade, habilitações literárias, ocupação atual, existência de processos de psicoterapia ou psiquiátricos. Informações relativo à família - composição do agregado familiar e sua caracterização sociodemográfica, existência de contatos com a família, modo de contato e frequência, entre outros.

Verificou-se durante a análise dos questionários, que os jovens começaram a deixar de ir a escola a partir dos 13 anos, sendo a amostra mais significativa entre os 16 e 18 anos, idade em que já vão conseguindo arranjar algum emprego. Constatou-se também que estes jovens já reprovaram várias vezes, acabando por se sentir discriminados e vítimas de *bullying* por parte dos colegas do mesmo ano letivo, que nunca reprovaram.

Apuramos que muitas destes jovens têm como imagem de referência, irmãos que deixaram de estudar muito cedo ou pais com baixa escolaridade. São jovens que se isolam dos colegas da turma, que não se interessam sobre as aulas que só pensam em arranjar emprego para ajudar a família.

Relativamente ao questionário efetuado aos pais verificou-se que são pessoas com dificuldades económicas ou por terem baixos salários ou se encontrarem desempregados.

Muitos destes pais dizem não saber que os seus filhos andavam a faltar as aulas, pois quando solicitados para comparecerem na escola não estavam disponíveis ou não valorizavam o ocorrido.

### **- Análise dos resultados obtidos pela FMEA**

Relativamente aos resultados obtidos através da escala de FMEA, selecionamos as etapas de maior pontuação de prioridade de risco:

11ª Etapa - Folha de registos específica = 378 pontos

10ª Etapa - Acompanhamento da medida = 252 pontos

3ª Etapa - Articulação com outros serviços = 224 pontos

2ª Etapa – Sinalização = 216 pontos

Perante os resultados da FMEA incidiu-se o projeto de intervenção para a melhoria dos cuidados, através de ações corretivas e preventivas nas etapas supracitadas, pois os seus resultados acima dos 100 pontos são os que apresentam maior score.

- 2ª Etapa – Foi escolhida para intervenção em primeiro lugar por ser uma das fases de entrada, para o processo. Podemos dizer que a falta de um protocolo de encaminhamento para a CPCJ dificulta o seu trabalho, pois pelo observado durante as reuniões de casos são muitas as sinalizações de jovens que estão em risco e não em perigo podendo ser acompanhados pela primeira linha, atrasando assim o seguimento dos casos

que se encontram em perigo eminente. Assim sendo, deveria existir um protocolo ou fluxograma para a atribuição correta de prioridades de atuação.

Para que esta etapa seja melhorada será necessário a formação das entidades de primeira linha pois são elas que deveriam acompanhar estes jovens/famílias.

- 11ª Etapa - A melhoria nesta etapa passa pelo aperfeiçoamento dos registos, de modo a não faltar informação relevante sobre o jovem e sua família. Para isso é necessário a realização de um registo contínuo à medida que é feito o atendimento ao jovem/família. Assim, é possível às entidades obterem informações relevantes e precoces para o bom desenvolvimento do jovem.

- 10ª Etapa - Para a agilização desta etapa são necessários mais técnicos a trabalhar nos casos sinalizados à CPCJ. Pois, nem sempre é fácil seguir de perto todos os processos e as medidas aplicadas, devido à quantidade de processos que cada técnico segue diariamente.

- 3ª Etapa - A ênfase desta etapa é colocada na formação do pessoal que colabora na prevenção primária. Pois quanto maior for o conhecimento das pessoas que dão a cara pelas entidades de primeira linha, melhor será a informação dada sobre os jovens e também o seu encaminhamento. Logo, os casos mais graves serão rapidamente solucionados.

Foi então a partir destas descobertas da FMEA e da observação e reflexão efetuadas que surge o diagnóstico da situação.

### **6.1.5. Síntese do diagnóstico de necessidades**

Após a análise da realidade das crianças/jovens e suas famílias e do conhecimento das necessidades destas, apurada a partir da colheita da informação nos processos, das entrevistas de diagnóstico, dos questionários e da aplicação da escala FMEA, averiguou-se a problemática mais incidente – **a reabertura crescente de processos arquivados de crianças e jovens incidentes na CPCJ da Margem Sul do Tejo, devido a negligência – abandono e absentismo escolar.**

Perante a identificação destes problemas foi relevante analisar os percursos destes jovens/famílias e suas consequências, destes actos.

A partir desse momento foi direcionada a pesquisa para situações de cuidados concretos que envolvessem estes intervenientes (jovens/famílias), dando também enfoque

aos técnicos que trabalham com estes casos e suas práticas estarem diretamente envolvidas com os jovens.

No percurso de vida destas crianças e jovens todas as vivências negativas poderão levar ou favorecer a ocorrência de psicopatologias ou apresentam dificuldade em estabelecer relações positivas, isolam-se ou apresentando-se como pessoas muito dependentes, devido a falta de auto-estima ou por outro lado mostrando comportamentos disruptivos, como a agressividade de modo a defenderem-se.

Com base na análise dos resultados apresentados, anteriormente, pudemos dizer que, de certa forma, os resultados obtidos corresponderam ao que encontramos na literatura sobre os fatores de risco que podem desencadear o abandono escolar. Ora vejamos: os indicadores de risco que em média foram considerados pelos participantes como de maior risco ao abandono escolar correspondem aos itens: 1) relações parentais negligentes ou abusivas; 2) absentismo escolar; 3) fraco investimento na vida escolar; e 4) vida familiar disfuncional. Indicadores, segundo a literatura, de ordem individual e familiar. E de acordo com a literatura, os fatores familiares e os individuais são, precisamente aqueles que são considerados mais importantes no estudo do abandono precoce da escola (Tavares, 1990; Benavente *et al.*, 1994; Murdock, 1999; Mata, 2000; Aloise-Young & Chavez, 2002; Marks, 2007; entre outros). Relembremos que segundo Aloise-Young & Chavez (2002) os fatores individuais e os familiares são, sem dúvida, os mais referidos e os que detêm um maior destaque na maioria dos estudos.

As crianças que vivenciam um baixo envolvimento familiar, mais de metade parecem ser negligenciadas ao nível da supervisão parental e destas famílias algumas parecem apresentar conflitos conjugais. Podemos ainda observar que aproximadamente, um terço destas crianças estão inseridas num agregado familiar onde estão presentes fatores, descritos na literatura como sendo, de risco psicossocial - pai ausente durante a infância, modelos familiares antissociais, violência familiar e disciplina inconsistente.

Perante isto, podemos pressupor que as crianças que são vítimas de uma maior diversidade de maus-tratos pertencem essencialmente a famílias monoparentais, apresentam um número de retenções escolares superior, comparando com as crianças que, apesar de apresentarem indicadores consistentes com eventuais maus-tratos vivem em família biparental. Segundo Golombok (2000), as crianças filhos(as) de mães solteiras ou a viverem sós, tendencialmente, apresentam um pior desempenho escolar, a par com a presença de mais problemas emocionais. Tem sido também referido que o conflito

associado ao divórcio poderá influenciar, a evolução de eventuais problemas psicopatológicos (Baer, 1999; Rutter, 1991a). Assim sendo, o divórcio e os conflitos conjugais têm sido sistematicamente considerados como um fator de vulnerabilidade (Baer, 1999; Marcelli, 1998; Rutter, 1991a).

Com efeito, os teóricos do modelo sociológico enfatizam a influência dos fatores socioeconômicos e socioculturais, interligando a influência do stresse social com fatores de ordem cultural e com as dinâmicas familiares. Nesta ordem de ideias, serão relevantes para a explicação dos maus-tratos, as condições sociais provocadoras de stresse, as quais influenciam o comportamento da família. Bringiotti (2000) salientou que o desemprego é uma fonte produtora de *stress*, dentro de uma família e que estes dois componentes juntos, formam um campo propício para o desenvolvimento de condutas violentas. No nosso estudo a taxa de desemprego conhecida é elevada.

Podemos dizer que estes jovens vivenciam vários problemas, os que ocorrem no seio da família (negligência a nível afetivo, económica, violência familiar...) e a nível social (*bullying* por parte dos colegas, exposição a comportamentos desviantes), dificultando a inserção no meio escolar.

Em relação às características que estas crianças apresentam nas escolas, devido a ocorrência de maus tratos ao longo do seu crescimento: comportamento imaturo em relação à sua idade; dificuldades em manter a atenção/concentração; dificuldades de aprendizagem; agitação; impulsividade; desmotivação fase à escola; falta de interesse em aprender; dificuldade em criar relações afetivas; baixa autoestima, dependência excessiva do professor; fora da tarefa (distração); inativo; apatia e com dificuldades em resolver problemas interpessoais.

Neste sentido, os maus-tratos quebram o delicado equilíbrio entre a motivação para estabelecer relações firmes e seguras com adultos e a motivação para explorar o mundo, o que perturba o desenvolvimento e a socialização.

Tendo em consideração as consequências dos problemas identificados tornou-se importante o planeamento e execução de intervenções ao nível do **acompanhamento individualizado aos jovens/famílias, com vista a promoção e proteção da saúde física e mental, bem como a promoção da autonomia e reintegração na escola ou noutro projeto profissional.**

## 6.2. Etapa de planeamento

O Planeamento constitui a terceira fase do projeto, sendo o momento da elaboração de um plano detalhado deste, envolvendo as várias vertentes da gestão: calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade (Miguel, 2006, cit. por Ruivo, *et al*, 2010). É realizado o levantamento dos recursos, assim como das limitações que poderão condicionar o trabalho. São definidas as atividades a desenvolver, definidos os métodos e técnicas de pesquisa, bem como o respetivo cronograma (Hungler *et al*, 2001, cit. por Ruivo, *et al*, 2010).

Um bom planeamento previne imprevistos, constrói um caminho ou sequência e conjuga estratégias e recursos. O conteúdo programático deverá ser preparado de acordo com os destinatários e a importância do tema, não esquecendo a sua adequação, coerência e clareza. O resultado de um bom planeamento irá repercutir-se positivamente no futuro.

Depois de planearmos o caminho a seguir é essencial não esquecer a importância que a evidência tem, para justificar o nosso projeto. A nossa pesquisa teve por suporte, a base de dados Ebsco, Lilacs e biblioteca Cochrane, com as palavras: **Maus Tratos a Crianças, Prevenção dos Maus Tratos, Saúde Mental e Qualidade de Vida**, no intervalo de 2000 a 2012.

Devido a ser um tema pouco abordado (**conhecer os motivos da reabertura dos processos das crianças/jovens, na CPCJ**), tivemos em conta estudos relacionados com os maus tratos e as consequências para a saúde mental dos jovens, de modo a explicarmos à luz dos estudos a problemática em análise.

O desenvolvimento de pesquisas procurando conhecer melhor a problemática dos maus-tratos na infância tem sido salientada nos últimos anos, devido, principalmente, às descobertas dos graves danos que provocam no desenvolvimento da criança/jovem, a curto e a longo prazo (Bringiotti, 2000; Glaser, 2000). A baixa autoestima, a perda de confiança, as dificuldades de aprendizagem, a agressividade, o agir desafiador, a hiperatividade, os distúrbios alimentares, os sintomas depressivos, o retraimento e embotamento e a falta de habilidades sociais, normalmente os sintomas apresentados por esta população, em idade escolar são documentadas pela literatura (Black, Slep, & Heyman, 2001; Bringiotti, 2000; Crozier & Barth, 2005; Dubowitz, Pitts, & Black, 2004; Éthier, Lemelin, & Lacharité,

2004; Hildyard & Wolf, 2002; Horton & Cruise, 2001; Schumacher, Slep, & Heyman, 2001; Sternberg, Lamb, Guterman, & Abbot, 2006).

Um estudo desenvolvido por Sanders, *et al.*, (2000), na University of Queensland, Brisbane, Austrália, procurou mostrar a relação entre a prevenção de problemas de comportamento das crianças e a visualização de uma série televisiva dirigida aos pais, de modo a promover competências parentais e um bom desenvolvimento físico e mental dos seus filhos.

O estudo desenvolvido inclui uma amostra de cinquenta e seis pais de crianças com idades entre os 2 e os 8 anos, em que metade pertenciam ao grupo *control*. Os resultados obtidos comprovam que o grupo que visualizou a série televisiva desenvolveram competências parentais e houve uma diminuição dos comportamentos desajustados das crianças, superior aos pais do grupo *control*. Assim, pode-se concluir que a intervenção na família leva à melhoria dos comportamentos das crianças e à diminuição da prevalência de maus tratos.

De acordo, com o estudo desenvolvido por HalpernI & Figueiras, (abril de 2004), procurou demonstrar a relação que existe entre as influências ambientais e a saúde mental da criança e os principais fatores de risco e medidas práticas para a intervenção. Este estudo refere que os fatores ambientais, socioeconómicos e sociais influenciam o desenvolvimento da criança. Verificou-se que crianças a viverem num meio familiar disfuncional desenvolveram mais facilmente problemas do foro mental. Os estudos realizados sobre a eficácia dos programas de intervenção precoce, para a prevenção dos problemas de comportamento e/ou aprendizagem em crianças têm apresentado resultados contraditórios, quando se trata da população geral. Entretanto, quando se estuda população de baixo nível socioeconômico, parece haver um consenso em relação aos benefícios que essas intervenções trazem, principalmente aquelas que se mantêm por tempo prolongado<sup>6</sup>. Os benefícios da intervenção dos serviços sociais e comunitários parecem contribuir para a redução da violência intrafamiliar e delitos sociais, causando um efeito favorável na relação entre pais e filhos.

Outro estudo desenvolvido por Maia II & Williams na Universidade Federal de São Carlos – Brasil (dezembro de 2005), em que realizou uma revisão da literatura sobre

---

<sup>6</sup> Campbell, F.A.; Ramey, C.T. (1994). *Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: a follow-up study of children from low-income families*. Child Development. 65:684-98.  
Bennett, F.C. Guralnick, M.J. (1991). *Effectiveness of developmental intervention in the first five years of life*. Pediatr Clin North Am. 38:1513-28.

os fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil teve como objetivo analisar a literatura existente sobre fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil, e destacar a importância dos profissionais que atuam junto à infância e adolescência. Pois, estes devem apresentar conhecimentos dos tais fatores de forma a exercerem práticas de modo mais efetivo, atuando preventivamente frente a problemas de comportamento na infância e adolescência, bem como respeitando os direitos desta população. Destaca-se a vasta literatura existente sobre os fatores de risco, porém, os estudos do desenvolvimento infantil necessitam incluir os fatores de proteção, com a mesma ênfase dada aos fatores de risco, visando promover a resiliência. Tal revisão da literatura deu subsídios para um estudo com o objetivo de avaliar a capacitação de Conselheiros Tutelares no sentido de habilitá-los para a identificação de fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil.

Desta forma, trabalhar a família numa estratégia psicoeducativa reduz os níveis de *stress* na mesma, bem como ajuda a encontrar estratégias adaptativas, de forma a ultrapassar as crises e a atingir um ambiente saudável na dinâmica familiar. A intervenção precoce no seio da família ajuda-a a mobilizar os recursos individuais afetados e a aumentar as suas competências na gestão de futuras situações, através da utilização de mecanismos de controlo mais adaptados e eficazes.

Segundo um estudo de Azevedo & Ângela, (janeiro de 2006), sobre Maus Tratos e Rendimento Académico num meio socioeconómico desfavorecido, este veio a comprovar que a prevalência de maus-tratos é elevada e que as crianças que relatam cuidados menos adequados são aquelas que têm pior rendimento escolar. Este estudo consistia em analisar a existência ou não de maus-tratos infantis, para isso foi elaborado um questionário destinado às crianças designado por “Interações entre as crianças e as suas famílias” e uma “Ficha de avaliação sobre os cuidados básicos prestados pelos pais”, destinada a ser preenchida pelas professoras.

Os resultados obtidos no estudo referem que, em relação aos cuidados recebidos e atendendo ao relato das crianças que participaram neste estudo, os resultados parecem confirmar que muitas crianças recebem, no seu ambiente familiar, cuidados inadequados. Com efeito, verificou-se que as crianças referiam serem vítimas de diferentes tipos de maltratos e, na maioria dos casos, relatavam sofrer em simultâneo diferentes tipos de cuidados inadequados. Vários estudos têm demonstrado que há uma alta percentagem de crianças vítimas de maus tratos que têm dificuldades escolares. As crianças maltratadas,

quando comparadas com as não maltratadas, apresentam piores resultados escolares e são mais propensas à repetição de ano, têm mais faltas disciplinares, são mais dependentes dos seus professores, logo menos autónomas, apresentam maiores distúrbios nas funções sociais e mais altos níveis de perturbações comportamentais (Egeland, Sroufe & Erickson, cit. Cicchetti e Cohen, 1995).

Dentro de toda a equipa multidisciplinar que trabalha com as crianças, considera-se que os educadores/professores encontram-se numa posição privilegiada para identificar os casos de maus-tratos domésticos, já que têm contato diário com as crianças, na sala de aula, na hora do lanche, no intervalo e nos reforços escolares (Gaston & Sutherland, 1999), sendo estes capazes de reconhecer, além dos sinais físicos, os sinais comportamentais e emocionais associados e, ainda, obter alguma informação por parte das crianças. Por isso, a importância de estarem atentos e sinalizarem o mais precocemente às entidades competentes, de modo a prevenir um desenvolvimento físico e mental desadequado, para a criança.

Em termos da relação que existe entre os maus tratos e o desenvolvimento de transtornos mentais, várias pesquisas internacionais vêm mostrando a associação entre vivenciar os maus tratos e sofrer problemas de saúde mental ao longo do ciclo de crescimento e desenvolvimento. Um estudo realizado com crianças de 6 a 10 anos numa vizinhança pobre e violenta em Washington, Estados Unidos indica que a exposição a esse tipo de fenómeno (ser vitimizado ou ser testemunha) está associada com sintomas de sofrimento mental, tais como ansiedade, depressão, distúrbios de sono e pensamentos intrusivos<sup>7</sup>. Segundo Malik (2008) também existe uma associação entre a violência familiar e comunitária e os problemas de comportamento “internalizantes e externalizantes”, apontando que a forte relação entre violência comunitária e o funcionamento mental da criança acontece, porque o seu senso de segurança é ameaçado, prejudicando o seu crescimento e desenvolvimento. Outros estudos confirmam a associação entre vitimização por violência com problemas físicos, transtorno de *stress* pós-traumático, falta de concentração na escola, distúrbios do sono e hipervigilância<sup>8</sup>. Por isso a importância do acompanhamento destas crianças pelo Enfermeiro Especialista em Saúde

---

<sup>7</sup> Martinez, P.; Richters, J.E. (1993). *The NIMH community violence project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. Psychiatry.* 56:22-35.

<sup>8</sup> Buka, S.L.; Stichick, T.L.; Birdthisle, I.; Earls, F.J. (2001). *Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences.* Am J Orthopsychiatry. 71(3):298-310.  
Shields, N.; Nadasen, K.; Pierce, L. (2008). *The effects of community violence on children in Cape Town, South Africa.* Child Abuse Negl. 32(5):589-601.

Mental e Psiquiátrica, de modo a prevenir precocemente a ocorrência de distúrbios mentais.

Os estudos atrás mencionados demonstram a eficácia de uma sinalização precoce, de modo a ocorrer uma prevenção e intervenção na família o mais rápido possível, para o bom desenvolvimento, tanto físico com mental da criança/jovem.

Deste modo, deve-se construir estratégias de modo a alcançar os objetivos pretendidos. Não se devem confundir estratégias com atividades, sendo que as estratégias são blocos de atividades. As atividades são intervenções, através das quais iremos atingir os objetivos estabelecidos e aplicar as estratégias selecionadas.

Tendo como, objetivos gerais os anteriormente mencionados, formulam-se os seguintes objetivos específicos:

- Informar os jovens/família, do grupo escolhido para a nossa intervenção terapêutica, solicitando a sua participação voluntária;
- Efetuar intervenções junto do jovem/família e no ambiente escolar;
- Realizar entrevistas de acompanhamento com jovem/família de âmbito psicoeducativo e psicoterapêutico, de modo a prevenir novas reaberturas do processo na CPCJ;
- Realizar intervenções de âmbito psicoeducativo com os professores de um estabelecimento de ensino, PIEF;

### **6.3. Etapa de intervenção**

A etapa da execução da metodologia de projeto concretiza a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado. Esta fase assume uma importância significativa para o participante do projeto dado que possibilita a realização das suas vontades através das ações planeadas (Percurso nº15, 2010).

Para Tavares (1990) estratégias são o conjunto de ações, processos ou comportamentos didáticos, organizados, escolhidos pelo formador, tendo em conta as características dos formandos direcionadas para as aprendizagens específicas. É a forma de organizar, concretizar as experiências e, ou atividades de aprendizagem tornando o processo dinâmico e interativo ou possível de aumentar a motivação e a capacidade de aprender.

Desta forma, após observar os diferentes métodos de colheita de dados, vantagens e desvantagens, escolheram-se os que se seguem: entrevistas de intervenção, visitas domiciliares e a sessão psicoeducativa.

#### **- Intervenção com os jovens e família**

Depois da recolha de informação, iniciamos a implementação das atividades planeadas. Foram contactados por carta registada, todos os jovens e os seus pais ou responsáveis parentais (sinalizados no ano de 2011), solicitando a sua comparência na CPCJ da Margem Sul do Tejo.

Esta amostra foi constituída por 24 jovens com processo reaberto por abandono e absentismo escolar.

Foram realizadas várias entrevistas de acolhimento aos jovens/famílias sendo, uma das fases importantes para desenvolver uma relação de ajuda com estes, de modo a existir uma relação de confiança mútua. **Dos 24 jovens em abandono e absentismo escolar que se encontravam no momento da pesquisa com processo reaberto, só 10 compareceram à entrevista.** Tendo a nossa população sido constituída por 4 raparigas e 6 rapazes, com idades compreendidas entre os 13-18 anos. **Em termos das famílias dos jovens compareceram as 10 mães e apenas 2 pais.**

Inicialmente, começamos por entrevistar os jovens em conjunto com os pais, e depois a nível individual, de forma a poder intervir mais diretamente sobre cada um dos jovens e cada pai/mãe ou responsável legal.

Ao percebermos que tantos os jovens, como os pais demonstravam alguma renitência para a nossa intervenção quando se encontrarem todos juntos, começamos por intervir individualmente. Assim, fomos capazes de concretizar esta intervenção, pois cada indivíduo conseguiu desta forma expressar-se sem receios (tal como alguns deles referiram). Deste modo, conseguimos perceber e auxiliar na resolução do problema.

Contudo, desenvolver confiança com estes jovens e família não foi tarefa fácil, pois a resistência perante o nosso acompanhamento foi um dos pontos difíceis de trabalhar. Estas famílias encontravam-se de tal forma enraizadas nas suas rotinas, no seu estilo de vida e nas leis da sociedade onde estavam inseridas, que estabelecer outros objetivos com vista a modificar os seus hábitos e regras estava praticamente desconsiderado.

No entanto, com muito esforço e também desenvolvendo um clima de confiança e de motivação para a mudança, conseguimos a adesão destes 10 jovens e da sua família a nossa intervenção psicoeducacional.

A psicoeducação foi uma das áreas desenvolvidas durante os atendimentos aos jovens/famílias. De acordo com Felicíssimo (2009, p. 24) constitui “*um conjunto de abordagens orientadas em: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do cotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo uma maior esperança no futuro mais do que um remoer mórbido no passado.*”.

Deste modo, foram realizados quatro encontros na CPCJ com cada jovem e família, com um mês de intervalo entre cada sessão de intervenção, de modo a percebermos quais as mudanças que já se tinham conseguido concretizar nas rotinas destas famílias.

Muitos destes jovens já apresentaram um diagnóstico de distúrbio do desenvolvimento psíquico, tendo sido acompanhados na consulta de Psicologia ou de Pedopsiquiatria. O mesmo se passou com alguns pais. Em alguns casos deixaram de comparecer às consultas. Para ultrapassar este obstáculo foram realizadas diligências de modo a retomarem um acompanhamento mais específico, de maneira a estabelecer uma dinâmica familiar saudável.

Outro dos grandes objetivos destes atendimentos foi o apoio emocional ao jovem/família em crise. Phaneuf (2005, p. 461) refere que “*o suporte à família é um conjunto de intervenções da enfermeira que visam levar apoio emotivo aos próximos da pessoa doente, ajudá-los a atravessar este momento penoso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo calmamente.*” As intervenções desenvolvidas durante estes atendimentos tiveram por base o suporte psicológico e emocional, de modo a ajudar na diminuição da ansiedade, do medo e do *stress*; a comunicação de informações; o auxílio na adaptação ao problema de saúde e o encaminhamento necessário tanto para o jovem como para a família.

Também alguns dos jovens atendidos por abandono e absentismo escolar, que nunca tinham sido encaminhados pela escola, para uma ajuda mais específica, por apresentarem distúrbios no desenvolvimento, tanto físico, como mental (os maus tratos na infância trazem muitas sequelas, que por vezes não são visíveis a curto prazo), foram

encaminhados para a consulta de psicológica ou pedopsiquiatria, conforme os sintomas apresentados.

Percebeu-se que muitos dos jovens que abandonaram a escola ou que se encontravam em absentismo estavam em sofrimento, necessitando de ajuda imediata para conseguirem ultrapassar os obstáculos e apresentarem um desenvolvimento físico e mental saudável.

### **- Visitas domiciliares**

Dentro das atividades desenvolvidas durante o projeto, a visita domiciliar foi um dos métodos utilizados, promovendo a aproximação do enfermeiro com os membros da família e favorecendo um espaço privilegiado de intervenção. Foram realizadas a cada uma das famílias da amostra pelo menos uma visita domiciliar, de modo a perceber as condições socioeconómicas em que viviam e o funcionamento do seio familiar. Ocorreram também encaminhamentos de algumas destas famílias para o apoio social, pois encontravam-se desempregadas e sem comida, para alimentar os filhos. Outras, destas famílias, encontravam-se em crise, a viver em condições “lastimáveis”, necessitando da ajuda de alguém fora do contexto familiar (CAFAP), para os acompanhar e ajudar a adquirir novamente as competências parentais.

Segundo Brasil (2007) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de vigilância, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais ou coletivas nos domicílios e na comunidade, mantém a equipa informada, principalmente a respeito das situações de risco ou perigo.

Ao entrarmos em contato com o ambiente domiciliar, não encontramos necessariamente uma família tradicional composta pelo pai, pela mãe e pelos filhos; encontramos também tios, cunhados, sogro(a), sobrinhos ou mesmo um grupo de amigos que convivem e vivem como o que denominamos, por família.

Na atuação da enfermeira, nas visitas domiciliares considera-se que é preciso resgatar uma assistência e um cuidado que não descodifique apenas as questões biopsíquicas, mas que resgate valores de vida, condições sociais e formas de enfrentar os problemas, indo além dos sinais e sintomas, mas também vendo a maneira de “andar na vida” (Fracolli & Bertrolozzi, 2001).

## - Intervenção com os professores

Quanto ao papel dos professores, daqueles que mais sinalizam, é valioso na medida em que identificam situações, encaminham, ouvem e acolhem a família, começando assim, uma atuação interdisciplinar (Cruz Neto & col., 1993; Santos e Ferriani, 2007). Entretanto, esse facto nem sempre é contemplado, visto haver medo por parte de alguns destes profissionais em se envolver em “conflitos particulares”, sofrer represálias e por outro lado, o não-conhecimento do seu papel no problema (Assis, 1991). Baseado nessas premissas, este projeto objetivou também realizar uma sessão de sensibilização para os professores alertando-os para a ocorrência de maus tratos e suas consequências no desenvolvimento da criança, verificando o conhecimento e a percepção que estes tinham sobre o tema.

Assim sendo, tivemos a oportunidade de realizar uma sessão de sensibilização, dirigida a todos os professores que trabalhavam no PIEF, tendo em vista que esses profissionais desempenham um papel fundamental na sinalização destas situações, por ter contato direto e diário com os jovens. Sendo também, estes profissionais que se deparam com jovens com uma história de vida difícil, que apresentam um percurso escolar com muitos insucessos, pois muitos são obrigados a continuarem na escola devido a serem menores de idade.

Foi também escolhido a realização de psicoeducação com estes profissionais pois são estes que contactam com turmas diferentes a começar pelo nome, PIEF - sigla que identifica Programa Integrado de Educação e Formação. Mais do que aulas, estes jovens têm lições de vida. Para além, do apoio e conforto que lhes falta muitas vezes em casa. Quem ali anda são adolescentes provenientes de famílias carenciadas e desagregadas, que abandonaram a escola precocemente engrossando as estatísticas do trabalho infantil.

Podemos dizer que estes docentes apresentam um olhar diferente perante o ensino, pois apresentam um trabalho muito enriquecedor, pelo seu carácter humano, sobretudo com jovens com dificuldades, mas que estão ali para as superar.

Por isso, realizou-se no dia 6 de junho de 2012 uma **sessão calendarizada, com o tema “Maus Tratos a Crianças e Jovens e Reflexos do Comportamento...” para todos os professores das escolas PIEF**, que decorreu no Auditório de uma das escolas do agrupamento.

Ocorreu uma adesão elevada por parte destes docentes, tendo participado 23 destes. Surgiu muito mais inscrições, mas devido a falta de espaço no auditório, não foi possível participarem.

#### **6.4. Etapa de avaliação**

A avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e resultados) (Percurso nº15, 2010).

Este trabalho teve sempre presente a intenção em conhecer uma realidade, uma forma de ser, agir e estar muito específica e própria das famílias que tem vindo a exercer práticas de maus tratos, ao nível dos cuidados básicos e essenciais dos filhos. Apesar do acompanhamento e proteção dos diversos serviços com competências e responsabilidades em matéria de infância e juventude, de primeira, segunda e terceira instância, continuam a acontecer, cada vez mais, todos os tipos de maus tratos no seio familiar, que levam a um desenvolvimento pouco saudável da criança/jovem.

Após termos “ouvido”, sob diversas e diferentes perspetivas, o “como” e o “porquê” do desenvolvimento de práticas de omissão de conduta, neste caso é particularmente difícil de encontrar “apontar o dedo e identificar carrascos”. Muitos destes maus tratos que a criança sofreu não são reconhecidos pelos pais, levando a que voltem a exercer as mesmas práticas, aquelas que anteriormente assumiram.

Importa salientar que pela insistência dos diferentes serviços que acompanham estas famílias, foram ocorrendo pequenas melhorias, sem que estas apresentem uma representação real ou simbólica. Não são reconhecidas por algumas famílias as lacunas ou qualquer tipo de omissão de conduta, como disse uma mãe durante o atendimento “*as coisas mudam porque os tempos são outros*” (D. 2012).

**Relativamente às mudanças de comportamento das famílias, e de acordo com os técnicos, podemos afirmar que estas só ocorrem com a vontade dos elementos da família e com as suas tomadas de decisão autónomas. Isto significa que, o fator de mudança e sucesso da intervenção está diretamente relacionado com a motivação e o empenho de cada um dos elementos.** Porém, para que isto aconteça é necessário acima de tudo, que os técnicos saibam “ouvir” e demonstrem confiança, empatia, respeitando o

ritmo e a “vontade” de cada família, utilizando estratégias de *empowerment* (consciencialização e responsabilização da família face ao seu problema; reforço e valorização positiva das suas capacidades e competências).

Cabe aos técnicos que intervêm junto da infância e juventude, na promoção e proteção dos seus direitos, conseguir flexibilizar os modelos familiares que têm interiorizados, não querendo impor os modelos que consideram normais e corretos.

### **- Avaliação das intervenções com os jovens e pais**

As entrevistas de intervenção foram analisadas de acordo com a análise do discurso. A análise do discurso preocupa-se com o modo como a linguagem constrói os objetos, os sujeitos, a subjetividade e o *self* (Willig, 1999 *cit in* Nogueira, 2001). O material empírico recolhido nas entrevistas foi transcrito para os processos, o que permitiu, de imediato, uma leitura aprofundada do seu conteúdo.

Nas entrevistas foi dado espaço ao jovem para verbalizar as suas preocupações e sentimentos, auxiliando-os na aquisição das competências, para o seu desenvolvimento físico e mental saudável. Durante estas entrevistas foram-se ouvindo várias perspetivas quanto ao futuro. Citando alguns comentários, quando questionados sobre a escola: “*quer estudar para arranjar um trabalho, tirar a carta de condução*”. Revela ainda que “*quando era pequena dizia que queria ir trabalhar para um restaurante porque era o que via a minha mãe a fazer*.” Para os pais desta jovem, a escola representa “*um futuro melhor*”, não sabendo bem expressar qual a real importância da escola na vida da filha, referem que “*queria que ela fosse mais do que eu*”. Questionados sobre o que gostavam que fosse o ideal de profissão para a filha a mãe responde “*mais do que fazer limpezas, tipo professora, cabeleireira, o que ela gostasse*”.

Outra jovem atendida referiu que “*quer fazer o 9º ano, já que dá emprego*”, reconhece ainda que “*o que eu gostava, nunca vou ter que é ser médica*”. Demonstrando uma real visão da sua situação “*tenho de estudar muito, não tenho cabeça para isso, não tenho paciência, já é tarde. Também já perdi 3 anos, é muito, de repente vou sair da escola*”.

A mãe desta jovem afirma que os filhos “*não gostam de ir à escola, são preguiçosos. Quando começam a ter mais idade não querem ir*”. Esta filha não sendo exceção “*é preguiçosa, não estuda, não se empenhada*”. Dizendo ainda, “*há miúdos a*

*quem entra na cabeça mais facilmente, mas há outros dá mais trabalho”. Segundo a mãe “a M. quer ser médica, mas ela não vai conseguir, não é das pessoas mais inteligentes”.*

Outro caso relevante foi o de um jovem que referiu “*vou tirar positivas este ano, o primeiro período foi assim, não tenho forças para estudar*”. Revelou querer ser engenheiro informático por “*ser um bom trabalho*”, sabendo que “*para ser engenheiro é preciso estudar muito, muito*”. A mãe, o que mais desejava para o filho era “*o que for melhor para ele, não quero é que ele tenha que ir para o campo*” até porque “*ele está a trabalhar por alguma razão é, lá em casa só entra o ordenado do pai, ele tem de poder trabalhar para poder comprar as coisas que ele quer*”

O pai revelou que não estudou mais porque as circunstâncias da vida não o permitiram “*não quero o mesmo para ele*”, “*quanto mais estudarem melhor para eles*”, “*eu não vou escolher por ele, é o gosto dele, não lhe tiro a vontade*”. Confessa que nunca pensou naquilo que ele podia vir a ser.

Percebeu-se nestes atendimentos que muitos dos pais não conversavam com os seus filhos sobre o futuro, não existia um incentivo por parte dos pais para que estes continuassem os estudos, mas referem que é importante para eles estudar. Pudemos ainda observar que a maioria dos pais completou somente o 1º Ciclo de estudos, verificando-se casos de analfabetismo parental, nomeadamente no sexo feminino, estes resultados são semelhantes aos encontrados nos estudos de De Lorenzi, Pontalti e Flech (2001).

Contudo, todos estes jovens atendidos na CPCJ que se encontram em abandono escolar e que não queriam continuar no ensino normal foram encaminhados para alternativas de formação (PIEF), afim de, completarem o 9º ano de escolaridade e ficarem com formação nalguma área, para terem emprego.

**Para melhor avaliar as intervenções realizadas a nível das entrevistas dever-se-ia estender o projeto por mais uns 6 meses, pois só assim, poder-se-ia ver se os atendimentos com os jovens/famílias tinham dado algum fruto e se os jovens estariam a frequentar o ensino normal ou um curso profissional. Pois encontramos-nos no final do ano letivo, não tendo possibilidade de avaliar o percurso do jovem.**

## **- Avaliação das intervenções com os professores**

Para avaliar a sessão psicoeducacional dos professores foi realizado por escrito uma reflexão sobre o tema abordado, de modo a percebermos a pertinência do mesmo para estes. Ao todo participaram os 23 professores de turmas PIEF.

A sessão realizada foi avaliada através da reflexão escrita sobre o tema abordado, citando algumas das respostas dadas:

*“Considero que as questões abordadas na primeira sessão presencial, foram importantes e pertinentes para a minha prática pedagógica com a turma PIEF. As informações fornecidas foram bastante relevantes, uma vez que nos deram uma perceção de todas as problemáticas a que os jovens estão sujeitos no seio da nossa sociedade. Cada vez mais, na sociedade contemporânea, as crianças e adolescentes estão vulneráveis a atos de negligência familiar, atos violentos, sendo vítimas dentro dos próprios lares. Torna-se urgente sinalizar e auxiliar estes jovens em perigo...” (A.B., 2012)*

*“Relativamente à temática das questões abordadas na sessão presencial que teve lugar no dia 6 de junho, gostaria de referir que tudo fez sentido na minha prática pedagógica com a turma PIEF. As informações fornecidas foram também de extrema utilidade, uma vez que nos deram uma outra perceção relativamente aos motivos de muitas das atitudes com que nos deparamos no dia a dia na sala de aula.” (J.M., 2012)*

*“Relativamente à primeira questão, em que se pede uma reflexão à sessão presencial, o que fez um maior sentido para a minha prática pedagógica, foi sem dúvida alguma a questão dos “Maus Tratos”. É sem dúvida, uma questão muito intrínseca na vivência dos alunos que temos nas turmas PIEF, seja ela apresentada sob qualquer forma (psicológica, verbal, física...) e que por vezes nós como docentes não nos apercebemos de determinadas situações pelas quais passam estes adolescentes. De certa forma, este tema deixou-me mais elucidada para alguns aspetos que por vezes nos “passam” ao lado e não damos conta por não termos determinados conhecimentos, embora saiba e tenha consciência que muitos deles se refugiam em nós, docentes, como se fossemos uma “fonte de carinho” aquela que não tem em suas casas...” (M.J., 2012)*

Estas são algumas das opiniões dos docentes que participaram na sessão e como tal toma-se a liberdade de dizermos que de um modo geral o projeto ajudou a elucidar muitas destas pessoas que passam a maior parte do tempo com os jovens e não entendem muitas das atitudes demonstradas por estes.

**Um último apontamento diz respeito à resistência que o tema provocou em alguns professores. Reconhecemos que alguns professores tinham conhecimento da existência de casos na sua turma, mas não os assinalaram, nem os referenciaram por não acreditarem nas instituições e por terem talvez receio de colocar o jovem numa situação de risco ainda maior, apesar de ter sido reforçado por diversas vezes, que ao participarem nesta pesquisa não estariam a sinalizar os casos, mas apenas a participar num projeto.**

Como tal, foi executada a avaliação deste projeto com base na adesão dos professores do PIEF à sessão concretizada e as suas reflexões sobre o tema abordado e a quantidade de jovens que ficaram inscritos em cursos profissionais, pois não foi possível verificar se realmente iriam estar presentes ou não, no próximo ano letivo.

Quanto às sessões para os professores deveriam ser continuas e iniciarem também no início do ano letivo, pois são muitos os docentes que trabalham com estes jovens e não tiveram oportunidade de participarem nesta sessão.

Esta sessão de psicoeducação teria dado mais fruto se tivesse sido alargada às várias entidades de primeira linha que existem na comunidade, pois só assim se conseguiria fazer prevenção a todos os níveis.

Em conclusão, trabalhar com estes jovens/famílias foi uma mais valia, na medida em que se conseguiu desenvolver uma relação de ajuda e confiança com estes, primordial na adesão para a nossa intervenção. Pensamos que os indivíduos saíram destes atendimentos mais elucidados e com algumas perspetivas futuras.

Também a equipa multidisciplinar que trabalha diariamente com estes casos na CPCJ ficou mais alerta para estas problemáticas e desperta, para as características e ações destes jovens/famílias que levam à reincidência dos processos.

Desta forma, pretende-se que não seja mais um trabalho para ficar guardado numa gaveta mas sim, que contribua para despertar os profissionais para a importância de ajudar enquanto é tempo, os jovens e suas famílias, pois estes serão os adultos de amanhã. Assim, esperamos ter contribuído com propostas de ações para prevenção e intervenção que possam mobilizar a população, através da realidade local, através da atenção voltada para os segmentos sociais mais vulneráveis, além disso, pode contribuir para a realização de novos estudos que procurem, explorar conhecimentos sobre as diferentes conexões de violência, como um problema social.

Sem dúvida que uma melhoria na qualidade dos cuidados e prevenção, a todos os níveis poderá levar a uma melhoria na saúde mental dos jovens, ficando todos a ganhar com este projeto.

### **6.5. Divulgação dos resultados**

A fase de divulgação dos resultados deve incluir informação como os aspetos negativos, as limitações do estudo e a eventualidade de conceptualização ou não dos resultados (Martins, 2008).

Segundo Percursos (2010), a divulgação dos resultados permite conhecer o projeto e viabiliza o debate dos planos elegidos para a resolução dos problemas. Existem vários meios para a apresentação dos projetos, como: *posters*, folhetos, vídeos, apresentações, artigos, entre outros.

Em termos de divulgação do projeto, foi dado a conhecer os resultados através da apresentação a todos os técnicos que trabalhavam com a CPCJ da Margem Sul do Tejo, aos professores do PIEF.

Pretende-se ainda realizar a publicação de um Artigo sobre o projeto de intervenção em serviço (Apêndice I) e ainda a sua apresentação Pública na discussão deste projeto.

## 7. ASPETOS ÉTICOS

A consciência é um sentimento demasiado idiossincrático para ser usado como guia de decisões éticas nos cuidados de enfermagem, já que a consciência de uma pessoa é diferente da de outra. A ética é de grande importância no processo educativo, trazendo vários fatores, como: humanização, respeito, responsabilidade, competências, normas e códigos. Os valores éticos são indispensáveis na prática de enfermagem, portanto é necessário que se estabeleça uma ponte entre a ética e o cuidado (D'Ávila, 2004).

Como afirma Rhodes (1991, p. 2), quem trabalha na área da proteção de menores, são confrontados com uma série de questões legais, médicas, educacionais, sociais e económicas, e uma vez que se centram no bem-estar geral das crianças/famílias, não podem dedicar-se somente a uma dessas questões. As decisões têm que ser muitas vezes imediatas, o que não deixa tempo para parar e refletir de uma maneira abstrata sobre os ideais éticos inerentes a uma situação. Já que, no caso da proteção de menores, a saúde e a vida de um menor podem estar em perigo.

Um dos aspetos éticos importante está relacionado com o consentimento informado, tanto da instituição, como dos adolescentes/famílias participantes do projeto. A instituição autorizou a pesquisa nos processos dos jovens e a retirada de informações pertinentes ao estudo.

Quanto aos jovens/famílias que participaram no projeto foi solicitado o consentimento verbal e por escrito. Os jovens e suas famílias foram informados sobre a natureza e os objetivos do estudo. Foi fornecido a estes um Documento com Informação e solicitando a sua participação. Só foram incluídos no estudo, os jovens e as famílias que assinaram o Termo de Consentimento Informado, de forma livre e esclarecida.

Berg (1995) considera importante o assentimento por escrito dos participantes, pois reforça o facto, das informações serem confidenciais e garantir a presença nos atendimentos. Perante isto, temos que ter em conta a proteção dos indivíduos que participaram no estudo, pois durante os atendimentos as estes jovens e famílias debruçamo-nos muitas vezes, sobre assuntos dolorosos que vivenciaram ou que continuam a viver.

Os aspetos éticos foram plenamente respeitados durante o desenvolvimento da nossa prática. Tendo sido garantido o anonimato dos jovens e do familiar/acompanhante,

trocando os seus nomes verdadeiros por fictícios em qualquer apresentação pública e assegurado ao familiar a possibilidade de desistência do estudo, em qualquer momento, sem que isso implicasse no atendimento ao jovem.

Também, durante a sessão de psicoeducação realizada com os professores do PIEF foi garantida a confidencialidade e a privacidade sobre assuntos de algumas das problemáticas vivenciadas no dia a dia, que foram mantidas simplesmente, entre aquelas quatro paredes. Pois também os professores possuem um compromisso moral inerente a qualquer profissão, lidando com questões que dizem respeito à especificidade de seu campo de atuação. Pela natureza de sua atividade, tem de tomar atitudes durante as situações que implicam consequências éticas, tais como: decisões, escolhas, influências e controles de comportamento.

**PARTE II – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO  
CURSO**

## 1. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A formação dos profissionais de enfermagem “*Não pode, (...) limitar-se à sua formação inicial, e prolonga-se no desenvolvimento permanente das competências dos vários profissionais. A responsabilidade social veiculada por esta missão é importante pois leva a formar, isto é, a contribuir para a evolução daqueles e daquelas, que na sociedade, ocupam ou irão ocupar funções determinantes no que diz respeito à saúde da população*”.

Hesbeen (2000, p.118)

### 1.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Preâmbulo do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento 122/2011, p.8648), “*Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.*” Tal como o disposto no artigo 4º do mesmo Regulamento (Regulamento 122/2011, p.8649), “*são quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.*”

Hoje em dia, a realidade em que vivemos exige cada vez mais dos profissionais de saúde, para além das competências teóricas e técnicas, deparamo-nos com a responsabilidade deontológica, ética e social, com a capacidade de reflexão, de análise crítica e na aquisição de novos conhecimentos, pois estes são essenciais para a elaboração de soluções construtivas, personalizadas e efetivas junto da pessoa.

Todos nos temos consciência que para ser Enfermeiro Especialista em determinada área, não basta frequentar um curso de Mestrado em Enfermagem, ainda que reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros. É certo que, é através destas formações avançadas que percebemos e interiorizamos quais as competências inerentes em cada área de atuação.

O estágio e o curso permitiu-nos a aquisição de competências inerentes ao desempenho nos cuidados e ao percurso para concretização da especialidade, tendo sido rico em oportunidades para desenvolver o conhecimento, a prática e a reflexão em Enfermagem.

Neste domínio abordaremos as competências alcançadas através da promoção de uma prática de cuidados, tendo por base o respeito pela pessoa, como um ser multidimensional.

Os cuidados devem ser cada vez mais humanizados, respeitando culturas, religiões e todos os outros previstos no Código Deontológico.

### **- Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Todas as pessoas têm os seus valores próprios, e nós como enfermeiros não somos exceção. Para cuidarmos do outro temos que ter em conta os seus valores, crenças, sentimentos e religiões. Por isso, devemos agir sempre com respeito pelas diferenças e pela singularidade de cada pessoa, adoptando sempre um comportamento ético.

Para a aquisição desta competência tivemos um auxílio muito importante durante o curso das várias disciplinas como: Ética de Enfermagem abrangida na UC Filosofia e Teoria de Enfermagem, na UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem e na UC Enfermagem.

A reflexão proporcionada durante o curso permitiu um crescimento profissional e pessoal que seria difícil sem esse contributo, permitindo assim a aquisição das competências previstas no Regulamento das Competências Comuns para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem.

Durante toda a construção do nosso percurso e tendo em conta as nossas vivências fomos assimilando os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão de enfermagem, nomeadamente nos nossos cuidados ao outro respeitando os princípios básicos, principalmente a autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana.

Desta forma, durante o estágio desenvolvemos as nossas práticas de cuidados, respeitando os direitos humanos e com responsabilidade profissional. Antes de qualquer intervenção informamos as famílias/jovens, o porque da nossa intervenção, nunca esquecendo do consentimento destes para se poder atuar e ajudá-los na aquisição de competências como pais e cuidadores. Para conseguirmos trabalhar em conjunto na aquisição destas competências familiares tivemos em conta vários pressupostos como o respeito pela sua decisão, a sua autonomia, escolhas pessoais e vontade em ser ajudada.

Ter o consentimento destas famílias para a nossa intervenção é um dos passos vital para a aquisição de uma relação entre o enfermeiro e a pessoa, porque salvaguarda o respeito pelo direito à auto-determinação (Artigo 84º- alínea a) a d) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Portugal, Assembleia da República, 2009)).

Quando nos defrontamos com problemas de difícil resolução em que as famílias não nos deixam intervir e ajudar na resolução da crise em que se encontram, isto requer uma análise e uma tomada de decisão da nossa parte. O processo de tomada de decisão é algo que é inerente à prática de cuidados de enfermagem, e que nós temos que saber tomar o mais assertivamente possível.

### **- Melhoria Contínua da Qualidade**

Cada vez mais a qualidade é uma constante a ter em conta na prestação de cuidados em saúde. A qualidade em saúde não se alcança somente com o exercício profissional dos enfermeiros, no entanto este exercício não pode ser descurado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.

Todos os profissionais de saúde deveram dar ênfase à qualidade dos cuidados prestados na sua área de atuação, assumindo um papel fundamental para a concepção de sistemas de qualidade em saúde. No caso dos enfermeiros, o sistema de qualidade permitiu melhorar os cuidados de enfermagem prestados a pessoa/cliente e a concepção de um espaço de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Para a aquisição desta competência é difícil de destacar apenas alguns dos conteúdos leccionados. Contudo, a UC Gestão de Processos e Recursos e UC Enfermagem destacam-se das demais ao facultarem ferramentas que permitam identificar oportunidades para a melhoria da qualidade, bem como de identificação e prevenção de potenciais riscos.

A realização deste projeto permitiu-nos desenvolver aptidões a nível da análise e planeamento de estratégias de qualidade dos cuidados, para além de possibilitar-nos colaborar na realização de atividades na área da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O PIS realizado no âmbito do estágio consentir-nos desenvolver competências na área da concepção, gestão e colaboração de programas de melhoria contínua da qualidade. Para realizar o nosso projeto foi necessário identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades, seleccionar estratégias adequadas aos objetivos estabelecidos e coordenar a sua implementação.

### **- Gestão de Cuidados**

Das competências do enfermeiro de cuidados gerais provêm conceitos centrados na gestão dos cuidados, nomeadamente ambiente seguro, cuidados de saúde multiprofissionais, delegação de tarefas e sua supervisão. Como tal, um enfermeiro especialista é expectável que seja, capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, esteja apto a disponibilizar assessoria aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional e reconhecendo quando é necessária a referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Desde o início, das nossas experiências profissionais que a priorização dos cuidados prestados foi uma preocupação fulcral. O desempenho dos cuidados prestados a pessoa/cliente requer uma elevada capacidade de mudança, necessita de uma atenção redobrada e capacidade de decisão clínica. Cuidar de pessoas em situação crítica, ou crónica não é a mesma coisa, necessitando de um tempo de atuação diferente e de definir prioridades para que a nossa prestação de cuidados, seja atempada e correta.

Para a realização de um projeto implica trabalho em grupo, toda a equipa deve ter conhecimento sobre o tema, de modo a conseguirmos que haja uma mudança de comportamento, como o pretendido com este. Pois os benefícios desta atuação se forem

corretamente executados, poderão contribuir para uma mudança de comportamentos na nossa sociedade.

Podemos dizer que ao termos incluído toda a equipa a participar do projeto, no fornecimento das suas opiniões enquanto peritos na área, antes da elaboração deste, fez com que a equipa se sentisse parte integrante do projeto motivando-a para não deixar desfalecer o que se iniciou.

### **- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

A enfermagem é uma profissão autodirigida no seu processo de aprendizagem, reconhecendo as suas necessidades de formação e a melhor resposta a dar, no sentido de *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar dos cidadãos adotando todas as medidas que visam melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”*<sup>9</sup>

A aquisição desta competência deve-se ao investimento pessoal que cada um de nós teve para nos mantermos atualizados cientificamente e profissionalmente, tendo contribuído para o nosso autoconhecimento e maturação pessoal. Todo o caminho percorrido ao longo da nossa vida contribuiu de uma maneira pessoal e profissional, para o que somos. Ser enfermeiro exige a aquisição de competências de diversificados âmbitos, entre eles, âmbito emocional, comunicacional e relacional. São de salientar todos os contributos teóricos leccionados, durante o curso, que contribuíram para o aumento dos conhecimentos e para novas aprendizagens.

### **1.2. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental**

Ao longo da nossa prestação de cuidados foi traçando um caminho, no sentido de melhorar as competências já desenvolvidas ou adquirir novas, com o intuito de aperfeiçoar a prestação de cuidados à pessoa com doença mental e à sua família. Assim, no estabelecimento e desenvolvimento de uma competência, passamos por cinco níveis sucessivos de proficiência, tendo como finalidade a aquisição do nível de proficiente ou de perito (Benner, 2001).

---

<sup>9</sup> Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro ( art. 76; nº1 – alínea a )

O modelo Dreyfus refere-se às competências e práticas próprias dos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais propondo, num contexto preciso, critérios que permitam saber se a pessoa possui qualidades ou traços caracterizadores de competência. *“O objetivo não é encontrar o indivíduo competente em todos os campos, apesar das circunstâncias ou do nível de formação”* (Benner, 2001, p. 45).

Existe um afastamento, *“uma descontinuidade, entre o nível competente e os níveis proficiente e perita. Se quisermos que as enfermeiras peritas tenham mais atenção perante os pormenores, os modelos ou regras formais, as suas competências deteriorar-se-ão”* (Benner, 2001, p. 62).

A aquisição de competências específicas na área da saúde mental irá possibilitar-nos, ser no futuro enfermeiras especialistas nesta área, mais do que um objetivo é uma aspiração pessoal, estando focados para o conseguir.

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (EESM) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) pensamos no decurso deste estágio ter tocado cada uma das quatro. Certamente, aprofundamos mais umas, do que outras competências.

Assim, relativamente às competências, iremos falar sobre cada uma delas de acordo com as vivências do ensino clínico (D.L. nº 35/2011 de 18 de fevereiro):

**Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;**

Pensamos ter percorrido um grande caminho para chegar ao momento atual. O percurso que foi delineado definiu-nos, não só como pessoa, mas também como enfermeiros. Isto é, o termos frequentado este curso levou ao início de uma descoberta interna, que pretendemos trabalhar mais exaustivamente, tanto a nível pessoal, como profissional. Também o estágio contribuiu de forma marcante e evidente para o desenvolvimento do autoconhecimento e desenvolvimento. A aprendizagem, e consciencialização desta competência tornaram o caminho a percorrer surpreendentemente empolgante e bonito. Foi também através de todo o conhecimento adquirido durante as aulas de Narrativas de Vida que ajudou a conhecer e a colocar-nos no lugar do outro, de modo a compreendê-lo e não fazer juízos de valor. Sentimos que o exercício da partilha nas aulas de Narrativa de Vida foi um momento de confidências e inconfidências, que nos

permitiu focar em nós e nos outros, percebemos que existe espaços e momentos para dar e outros para receber. E mesmo nos momentos em que estamos a dar ao outro, a atenção e o prazer de os escutar, são estes igualmente momentos de receber. Isto é, recebemos o sentimento de agradecimento, implícito ao facto de estarmos ali, com e para o outro, sem juízos, sem expectativas, sem exigências e só com uma coisa: tempo para o outro.

A escuta ativa, a empatia e a congruência são características essenciais para a compreensão do outro. A pessoa tem que ser vista como um todo, um ser holístico, em que o enfermeiro tem que procurar saber de que forma os problemas são vividos pelas famílias.

Compreendemos que conforme o contexto em que nos encontramos a relação com o outro vai-se desenvolvendo, logo isto, exige de nós uma consciência da importância de clarificar os papéis dos intervenientes da ação. Enquanto, características pessoais torna-se claro, para nós a noção dos limites da relação com o outro e consideramos que esta característica é sem dúvida, um aspeto positivo e bem desenvolvido e que envolve às nossas competências profissionais.

Consideramos ser algo nosso, do qual temos consciência, a falta de capacidade de comunicar verbalmente, mas por outro lado temos bem desenvolvida a capacidade de comunicação não verbalmente. Enquanto pessoa emocional envolvemo-nos nas relações com o outro e procuramos perceber se a relação pode ser benéfica ou não para este.

Para se conseguir uma interação com o outro tem que existir uma boa relação de ajuda. Assim, a relação de ajuda é feita de trocas entre o interveniente e o cliente, o que exige uma abertura mútua onde cada um aceita influenciar e ser influenciado, dar e receber. A relação de ajuda segundo Chalifour (2008), consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal, o interveniente adota um modo de estar, de ser e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar com o outro. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.

Não basta ter os conhecimentos teóricos da relação de ajuda, nós como enfermeiros devemos procurar cada vez mais o conhecimento de nós mesmos, pois só assim podemos constituir como um elemento terapêutico. Logo, *“a maneira como uma pessoa se percebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros...”* (Serra, V., 1986, p.58). Por isso, é importante não deixar cristalizar os conhecimentos adquiridos e continuar a evoluir, pois cada vez mais a nossa profissão o exige.

Embora o enfermeiro tenha um papel de grande importância, deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é a única detentora dos recursos básicos para o resolver (Lazure, 1994).

Por isso, podemos também falar um pouco da importância da transferência e contra transferência, um dos aspetos relacionais que muitas vezes se instala numa relação. Para que tal, não influencie a mesma cabe desde sempre ao enfermeiro identificar esses fenómenos de transferência por parte do cliente e consoante o nível relacional estabelecido assim procedera, controlando ele próprio os seus sentimentos, valores e experiências vicariantes, evitando a manifestação de momentos de contratransferência que podem por em causa a relação que se pretende estabelecer.

Em relação aos fenómenos de transferência, Gomez (2005) refere que ocorre quando o cliente revive conflitos não resolvidos que remontam às relações de infância com os pais, e que de alguma forma explica a irracionalidade dos sentimentos. Isto pode, explicar as atitudes que muitos pais têm perante os filhos, passando para estes, tudo o sofrimento, que também sofreram na sua infância. Esta transferência inconsciente de uma relação passada para o presente, pode adquirir um cariz positivo ou negativo. Positiva quando existe amor e a pessoa se apresenta como um progenitor generoso e protetor, ou negativo, quanto a figura parental é cruel, que se distancia e proíbe.

A contratransferência instala-se quando é o profissional de saúde que transfere para o cliente, todas as suas experiências. Contudo, a ideia inicial de que a transferência seria uma contrariedade ao impedir o esclarecimento de memórias escondidas e bloquear o desejo do cliente em ultrapassar às suas dificuldades para fazer ele mesmo a sua análise, permitiu que a transferência se viesse a transformar na ferramenta mais eficaz da psicanálise funcionando, como princípio organizador. A vivência dos conflitos podia ser feita ao vivo, e os resultados seriam *a priori* mais duradouros do que se fossem apenas descritos (Gomez, 2005).

Apesar de muitas das informações obtidas terem-nos causado algum impacto, durante os atendimentos aos jovens/famílias, tentamos sempre não demonstrar qualquer expressão que não a de, disponibilidade para ouvir (escuta ativa), atenção e congruência, desenvolvendo uma relação de ajuda com estes, de modo a poder ajudá-los no caminho que têm a percorrer, para resolver o problema.

Ao realizarmos os atendimentos aos jovens e suas famílias e percebermos, muitas das causas que levaram a ocorrência de maus tratos permitiu-nos avaliar e desenvolver a

nossa capacidade de autoanálise e consciencialização das nossas potencialidades, como futuras enfermeiras especialistas em saúde mental e psiquiátrica. Assim, durante a compilação de todos os dados obtidos durante os atendimentos tentamos sintetizar e organizar todas as ideias para o desenvolvimento das atividades terapêuticas que realizamos, indo ao encontro da individualização da vida de cada família, numa atitude congruente.

Podemos dizer que, ao termos experienciado e contatado com todos os casos que tivemos a oportunidade de acompanhar na CPCJ, levou-nos a pensar que diariamente surgem pedidos de ajuda exprimidos de qualquer forma, mas só a nossa capacidade reforçada pelas competências desenvolvidas através da praxis, nos pode proporcionar momentos destes que, para nós, continuam a ser a fonte de paixão por esta especialidade.

Sendo difícil transmitir as emoções, entendemos que esta experiência por nós vivida foi uma das que nos irá marcar e da qual iremos recordar, quando dúvidas houver, se as houver, sobre as nossas competências e a beleza que envolve a saúde mental, enquanto especialidade.

Para além de uma forte motivação pessoal com que viemos para este curso, a descoberta de nós mesma foi um passo decisivo no âmbito deste projeto para o estabelecimento de uma relação com as crianças/jovens e famílias promotoras da adesão ao tratamento e as nossas intervenções. Aceitar o outro como ele é, é o primeiro passo para compreender os fatores que levam estes a abandonar a nossa intervenção e ajuda.

O projeto tem uma componente reflexiva muito forte, promovendo a aquisição de um profundo conhecimento dos nossos saberes e das nossas práticas. Tem um cunho pessoal vincado, uma vez que, o que começou por ser um trabalho meramente académico acabou por se tornar numa experiência única de crescimento pessoal e profissional.

Em suma, parece-nos que dentro das competências descritas para os especialistas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, conseguimos atingir os requisitos exigidos para a unidade de competência descrita, pois apesar dos receios, este curso ajudou-nos a conhecer melhor, a ultrapassar os obstáculos, a limar as lacunas em termos pessoais e também profissionais, e a compreender muitas das atitudes que por vezes os clientes têm apresentado e que nós enfermeiros, não estávamos despertos para tal.

**Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidades na otimização da saúde mental;**

De acordo com o estágio, julgamos ter consolidado esta competência, acima de tudo porque os aportes facultados no decorrer do ensino clínico, vieram enriquecer os conhecimentos adquiridos anteriormente. Previamente, foi refletido acerca das nossas práticas, tanto como alunas, como profissionais, pois apesar da dicotomia de papéis em que nos encontrávamos, ambos influenciam e potenciam as nossas atitudes. Consideramos ter sido, uma vantagem e privilégio aplicar as aprendizagens, não só no período de estágio, onde nos encontrávamos protegidos pela enfermeira orientadora, como enquanto profissional em contexto de trabalho, como enfermeiros responsáveis pelo turno.

Tivemos a oportunidade de realizar vários acolhimentos aos jovens/famílias. Quando se atende uma família pela primeira vez é muito importante a relação que se estabelece. Pode-se dizer que o primeiro contato com o jovem/família é simultaneamente uma fase de avaliação, mas também terapêutica. É uma fase preliminar a todas as decisões de orientação ou de tratamento a longo prazo. O atendimento realizado é logo à partida apontado numa dinâmica diferente dos acolhimentos que estes estão habituados no seu dia a dia.

Os ganhos que consideramos ter adquirido, no decorrer do estágio, dizem respeito a compreensão e importância de sistematizar e entender quais as principais linhas orientadoras ao elaborar uma entrevista. Para tal, convém saber que tipo de entrevista procuramos ter, em função do que se pensa obter de informação. Se uma entrevista for de acolhimento, pressupõem-se uma descoberta mútua, uma tomada de contato que implica um acolhimento, percepção do outro e ajustamento, ou mesmo bloqueio, defesa e evitamento.

A entrevista pode também revestir-se de um cariz manipulativo, de modo a conseguir que o outro diga e tome consciência de que a sua conduta e maneira de ser deverão mudar. Estas são entrevistas de influenciamento, manifestam dominância do técnico em relação ao cliente, mas com consciência do que se pretende e quais os riscos envolvidos na mesma. Por outro lado, podemos e devemos abusar da entrevista de ajuda, que procura acima de tudo que o cliente obtenha uma compreensão profunda do que com ele se passa e viva a descoberta da maneira como experimenta a situação que lhe gera o problema, facultando e fazendo menção dos meios e recursos que são necessários utilizar ou que tenha utilizado para fazer frente ao seu problema (Salomé, 1995).

Os adolescentes exigem cuidados diferentes devido às suas características inerentes, à sua fase de desenvolvimento. A qualidade das relações terapêuticas futuras e o investimento na terapia por parte deste e da sua família, dependem da qualidade dos primeiros contatos.

Durante a permanência nos atendimentos, tivemos consciência que nem sempre foi fácil obter a colaboração dos jovens/famílias para a entrevista porque estes tanto podiam estar motivados para o diálogo, permitindo um melhor conhecimento deles próprios e dos motivos que os levaram ali, como podiam estar determinados para esconder os sentimentos, mais profundos, as suas preocupações ou dificuldades fundamentais.

Não há dúvidas que para “acolher” os jovens/famílias é imprescindível a relação de confiança que se estabelece em todo o processo terapêutico. Por isso, a importância de realizar um bom atendimento, utilizando todos os recursos que poderão ajudar no acolhimento e na explicação dos motivos que os levaram a estar ali.

Para conseguirmos trabalhar com estas famílias foi necessário uma relação de confiança, tendo por base o que nos foi ensinado, durante as aulas. Sabendo ouvir as opiniões dos pais e valorizar as suas competências parentais, assim como, incentivá-los para a descoberta das competências da criança/jovem.

Durante as entrevistas tivemos a oportunidade de as efetuar em separado, primeiro o jovem e só depois os pais, intencionalmente, para poder obter o máximo de informação de ambos e percebermos quais os problemas que os preocupavam no momento e que gostariam de resolver.

Mas, para conseguirmos trabalhar em conjunto com estas famílias é necessário uma relação de ajuda, indispensável na prática de enfermagem, implicando também um grande empenhamento do enfermeiro, pois trata-se de uma intervenção que vai muito além dos conhecimentos. Pressupõe uma concepção unificadora da pessoa, da ajuda e dos modos de fazer e de ser, para dispensar este auxílio. Além disso, requer da parte do enfermeiro um bom conhecimento das suas referências pessoais (valores morais e experiências passadas) e teóricas, sobre as quais ela apoia as suas observações, o sentido que lhes atribui e as intervenções que decide aplicar (Chalifour, 2008).

A família é a cápsula fundamental da sociedade, o espaço mais importante de realização, desenvolvimento e consolidação da personalidade, o habitat natural de diversas gerações em coabitação, o meio de transmissão e aprofundamento de princípios éticos, espirituais, sociais, cívicos e educacionais, o elo de ligação entre a modernidade e a

tradição (Félix *et al*, 1994, cit. por Marinheiro, 2002). É também o pilar necessário para um bom equilíbrio, não só pessoal, mas também social.

As mudanças sociais têm sido ao longo do tempo, uma constante e para se moldarem às famílias tem que se procurar o seu equilíbrio, levando-as, como refere Ausloos (2003), a serem competentes. Falar de uma família competente, é dar a esta uma competência antes de ter em conta as suas falhas. A posição do terapeuta perante uma família competente não é o de encarregar-se dela, pois esta tem capacidade para resolver os seus problemas, mas sim de ativar um processo no qual a família poderá observar, experimentar e mudar. Se os problemas são exteriores à família e não envolvem o seu funcionamento: desemprego, doença, etc, a função do terapeuta passará por entrevistas de aconselhamento sobre os assuntos que a família não sabe.

Meleis (2010) refere que a vida é um período de grandes mudanças e permanente adaptação às novas condições, todas elas mais ou menos marcadas pela limitação e pela perda. Quando cuidamos de uma família temos que ter em conta a qualidade de vida de cada um, pois esta corresponde à percepção que cada indivíduo tem da sua própria vida, sendo esta moldada pelo contexto cultural e social, refletindo crenças e valores.

Podemos dizer, que ao estar próximo do jovem e da sua família, poder-se-á proporcionar a estes, informações adequadas, confiança, estimular e promover as competências destes facilitando o processo de *empowerment*, para uma correta, responsável e adequada tomada de decisão sobre os seus problemas e “as ofertas” de apoio e tratamento disponíveis.

Com tudo isto, arriscamos dizer que é possível oferecer cuidados de diferentes formas, ao enfermeiro especialista é-lhe conferido dever de prestar cuidados diferenciados que vão de encontro à realidade específica da população pela qual está responsável, numa perspetiva holística e personalizada, numa base de compromisso profissional contribuindo para a preservação da dignidade, da liberdade humana, cooperando para um processo de reabilitação tanto física, como social.

Como verbaliza Meleis (2010) todos nós estamos constantemente a sofrer transferências quer no desenvolvimento, quer no mudar de lugar ou mesmo de saudável para doente. Logo, todos nos temos que prestar cuidados às pessoas sadias ou doentes, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que elas estão integradas, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-as a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente, quanto possível (REPE, 1998).

A profissão de enfermagem insere-se na realidade de uma sociedade que sofreu mudanças extraordinárias nas últimas décadas, no plano político, económico, social e tecnológico (Sagorro, 1992). *“Também a atual autonomização face aos modelos médicos e a maior ênfase dada à prestação de cuidados às populações no seio da comunidade, confere à enfermagem uma posição única e privilegiada no tocante aos cuidados de saúde a prestar direta e individualmente às pessoas”* (Leininger, 1994, p. 66). É nesta perspetiva que surge, o prestar cuidados na CPCJ, não só olhamos para a família como um todo, como damos valor ao que estes estão a passar, pois nem sempre é fácil gerir uma casa de família. Quando recebemos uma sinalização de maus tratos de uma criança/jovem tentamos perceber o que desencadeou aquele comportamento agressivo, como demonstramos no projeto. Logo, é necessário ir a todos os pormenores do dia a dia destas famílias, recolhendo toda a informação necessária e pertinente à compreensão dos comportamentos de cada um. Dai a importância dos encaminhamentos realizados para a consulta de pedopsiquiatria e psiquiatria, de modo a compreender as reações destas famílias e jovens.

Enquanto profissional de saúde acreditamos ter demonstrado algumas capacidades solicitadas nos critérios de avaliação, ainda que com limitações nos conhecimentos e na capacidade de os mobilizar, mesmo quando estão presentes.

**Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;**

Atendendo às unidades de competência envolvidas neste ponto, consideramos que, de uma forma geral conseguimos atingir satisfatoriamente os critérios de avaliação que vêm definidos.

As vivências nesta área do estágio possibilitaram a aquisição de um leque de experiências diversificadas que despertaram bastante interesse, uma vez que, ao tentar dar resposta às verdadeiras necessidades da Criança/Jovem/Família/Comunidade tem de se intervir de forma holística na promoção, tratamento e reabilitação da saúde (três níveis de prevenção) a fim de, prestar cuidados de qualidade. Deste modo, a escolha deste local para realizar o estágio, incidiu no contexto da comunidade, porque quando seguimos uma criança ou jovem não olhamos só para este, mas sim para toda a família e comunidade, onde está inserido.

Assim, como verificamos o enfermeiro não lida apenas com o cliente, mas também, direta ou indiretamente, com a sua família. Alguns teóricos que escrevem sobre a família, acreditam que o enfermeiro ao lidar apenas com o indivíduo, quase sempre a sua interação afeta e, é afetada pela sua família (Taylor,1992).

As pessoas estão em constante interação com o que as rodeia, o que implica que, para além dos seus fatores internos, estejam igualmente sujeitas à influência de fatores externos, de forma positiva ou negativa, na sua vida, saúde e bem-estar, a nível individual, familiar e comunitário, ao longo do seu ciclo vital.

Durante o estágio, e ao percebemos os casos que muitas vezes foram sinalizados há CPCJ, verificamos que, há momentos em que não é fácil decidir o que fazer, pois cada caso é um caso, mas todos eles enfrentam dilemas éticos e/ou morais, mesmo em casos que podem parecer vulgares. As dúvidas maiores advêm das situações difíceis e de urgência, para as quais muitas vezes terão de se encontrar soluções acertadas e rapidamente.

No que diz respeito ao contexto da aplicação do projeto, permitiu-nos perceber que o resultado só será alcançado mediante a colaboração do jovem/família, e que não é possível esta colaboração, sem tornar o ambiente da entrevista um espaço securizante.

Em termos da relação estabelecida com a família/cuidador do jovem, é-nos exigido disponibilidade para escutar, somos questionados sobre atitudes que enquanto pais devemos tomar, perguntam-nos por evoluções, e é nosso papel dar resposta a essas solicitações. Também, devemos manter uma atitude empática com os pais, e neutralidade moral, pois eles são nossos parceiros terapêuticos e é necessário a sua adesão para que a relação terapêutica resulte. Este foi um facto que verificamos, e contribuiu para solidificar a importância que deve ser atribuída à família no acto da intervenção.

Também durante o estágio deu para conhecermos melhor as necessidades e os problemas dos jovens, sendo esta uma condição indispensável para se poderem adequar as respostas. Para promover a saúde mental destes é essencial que o enfermeiro conheça e compreenda o processo dinâmico do crescimento e do desenvolvimento do ser humano, em todas as fases do ciclo vital.

Félix (1994, citado por Marinheiro, 2002) refere que é através da comunicação que a família se desenvolve como unidade, que vai constituindo os seus limites e compartilhando afetos, regras, papéis, segredos, expectativas, etc. Wright & Leahey (2002), consideram que a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Estas consideram o cuidado centrado na família como

parte integrante da prática de enfermagem, uma vez que esta está intimamente ligada ao bem-estar e saúde dos seus membros, influenciando os processos de doença dos mesmos. Desta forma, e partindo de bases teóricas de outros autores, criam uma estrutura de avaliação da família, com o objetivo de ajudar a organizar a imensa quantidade de informação aparentemente diversa, propiciando ao mesmo tempo um foco para a intervenção.

Ao elogiar as competências, as forças da família e oferecer uma nova opinião sobre si mesmos, desenvolve-se um contexto para a mudança, consentindo que as famílias descubram as suas próprias soluções, para os problemas. A mudança de visão que apresentam de si mesmos quase sempre lhes permite verem o problema de saúde de outra perspetiva e assim, procurarem soluções mais eficazes (Wright & Leahey, 2002).

As várias transformações produzidas na sociedade, nomeadamente o envelhecimento da população e a alteração dos equilíbrios sociais, determinam necessidades para certos grupos de pessoas, pois exigem uma crescente necessidade de prestação de cuidados, sendo esta a forma mais humanizada de resposta. (Augusto *et al*, 2002)

Desta forma, não podemos encarar o cuidar como algo pontual. Cuidar implica ajudar a viver. Nesta perspetiva, cuidar e ajudar, caminham juntos numa relação interpessoal. Desta união brota algo verdadeiramente significativo, falamos da componente relacional. Esta confere ao enfermeiro a possibilidade de se tornar realmente competente nas ações que pratica.

Assim, apesar de por vezes ser difícil de alcançar uma relação de confiança com estas famílias, conseguimos desenvolver esta competência pois tivemos a oportunidade de acompanhar famílias tanto na CPCJ, como no seu meio habitacional e segui-las.

A maior diferença verificada nesta competência, diz respeito ao enriquecimento profissional dos aportes facultados durante o curso, nomeadamente aqueles que envolvem a compreensão dos fenómenos desencadeados durante o acompanhamento, tanto fora do seu habitat como dentro dele, nas visitas domiciliárias que realizávamos e a sua implicação tanto nos jovens, quanto nas suas famílias. Esta competência procura acima de tudo dirigir-se para uma vertente mais prática do desenvolvimento de um futuro enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, conforme é o nosso caso, em que muita da nossa prática se vê refletida na organização do serviço, onde exercemos funções. Tendo em conta, este mesmo serviço onde exercemos funções, devemos referir que um dos pontos importantes

envolve a entrevista de admissão com o cliente e a sua família, procurando desta forma compreender as necessidades destes, ainda que seja o indivíduo o “objeto” direto do nosso cuidado, anular ou não conceder importância à família, condiciona desde logo qualquer plano de cuidados efetuado.

Sendo difícil transmitir de que forma o nosso estar mudou em todos estes aspetos no dia a dia, podemos tão-somente referir que tal como Benner (2001) refere na sua obra, a perícia está associada às experiências vividas e em tomada de decisões complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática e o desenvolvimento da ciência da enfermagem. As habilidades cognitivas, intuitivas e afetivas necessárias ao enfermeiro desenvolvem-se com o tempo e inclusive no decurso dos desafios colocados pela experiência do quotidiano. Na nossa civilização do imediato, a aquisição da competência pode parecer difícil, mas ela supõe um elemento de maturação e um adquirir de conhecimentos suscetível de favorecer ou acelerar o caminho.

**Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde;**

Atendendo aos critérios de avaliação que englobam as unidades de competência correspondentes a este ponto, consideramos ter ampliado os saberes em todos os âmbitos, mesmo tendo experienciados umas mais que as noutras modalidades.

Podemos dizer que, esta competência também foi desenvolvida, conseguimos assistir à pessoa em todas as etapas do ciclo de vida, mas a mais fortalecida ocorreu na infância e na adolescência, dado a escolha do tema em estudo.

No que concerne ao âmbito psicoeducacional detivemos a oportunidade de concretizar esta competência, dado ser uma das etapas do nosso projeto. Tivemos a oportunidade de realizar vários atendimentos aos jovens e suas famílias, que faziam parte da amostra do nosso estudo.

Como estes jovens passam a maior parte do tempo na escola e sabendo que são os professores que os ajudam no seu desenvolvimento, tentou-se perceber os seus conhecimentos acerca das problemáticas, de que estes jovens sofrem diariamente. Chegou-se a conclusão que existe muitas lacunas nos conhecimentos acerca das problemáticas

sofridas por estes jovens, por isso, achamos oportuno a realização de uma sessão de esclarecimento e partilha de experiências sobre o mundo em que estas crianças/jovens vivem e que escondem das pessoas que os rodeiam diariamente.

Achamos importante esta partilha de modo a mostrar aos outros que se tivermos alertas poderemos prevenir e ajudar estes jovens a terem um desenvolvimento dito normal para a sua idade e não enveredar por maus caminhos.

Podemos dizer que, a passagem também pelo Hospital de Dia da Pedopsiquiatria da Margem Sul do País ajudou-nos a consolidar esta competência, o termos participado na terapia de grupo fez com que percebe-se-mos outras técnicas possíveis de auxiliar estes jovens a ultrapassar os seus problemas. Tal como refere Yalom & Leszcz (2006), a aprendizagem social, ou seja, o desenvolvimento de habilidades sociais básicas, é um fator terapêutico que opera em todos os grupos de terapia. A terapia de grupo oferece aos clientes a oportunidade de beneficiar outras pessoas, e estimular também a versatilidade de papéis, exigindo que os indivíduos alternem papéis, entre o receber e dar ajuda.

Sendo assim, para terminar podemos afirmar que de acordo com Stefanelli (2002), é ao enfermeiro que compete manter um ambiente terapêutico, oferecendo apoio, facilitando a interação com os demais clientes, familiares e membros da equipa durante todo o processo de tratamento, para que eles se sintam seguros e confiantes. Aqui surge como evidência, as competências relacionais dos enfermeiros, nomeadamente a empatia, atitude pró-ativa e as competências técnicas e científicas, para estimular a participação dos clientes e famílias.

Concluimos que é muito importante a presença de uma enfermeira especialista em saúde mental numa CPCJ pois estes mais do que ninguém conhecem as alterações ou modificações durante o desenvolvimento da pessoa e conseguem chegar a fonte do problema e acompanha-los no tratamento, adequando estratégias psicoeducativas, de forma a obter por parte dos envolvidos estilos de vida saudáveis.

Townsend (2005) refere que a reavaliação, planeamento e análise contínuos asseguram que o cliente venha a receber um cuidado de enfermagem adequado e correto durante toda a terapia. Em suma, se por um lado as características deste PIS condicionaram os estágios efetuados, as potencialidades na área de desenvolvimento de competências são uma evidência, assim se possa e se queira utilizar as potencialidades subjacentes aos cuidados de enfermagem.

Talvez as crescentes modificações encetadas estejam a contribuir para uma mudança de paradigma, no que concerne aos objetivos do serviço e da forma em que os enfermeiros se posicionam nesta nova e emergente realidade, que implica uma vez mais esforço adaptativo, mas que irão definir o futuro da enfermagem de saúde mental, deste local.

### **1.3. Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

O Decreto-lei 74/2006 de 25 de março preconiza que, *no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional* (artigo 18º, nº 4). Tendo em conta, os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, vamos falar um pouco das competências desenvolvidas.

#### **1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;**

Perante todas as unidades de competência durante a realização do estágio e no dia a dia, no local onde exercemos funções, temos por base prestar cuidados de forma holística, tendo em atenção a saúde do cliente, família e comunidade abrangendo-os na tomada de decisão dos cuidados.

A área de prestação de cuidados especializada foi a mais trabalhada ao longo deste estágio. Para a prestação de cuidados baseados numa evidência científica, diariamente surgiu-nos a necessidade de mobilizar saberes adquiridos ao longo do curso. Durante o estágio pudemos aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso, relativamente a relação terapêutica com o cliente e sua família.

Atendendo à diferença específica deste serviço, tivemos necessidade de proceder ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados para permitir uma correta identificação dos diagnósticos reais ou potenciais (descritos anteriormente no relatório), para a prática de enfermagem, permitindo o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz e fundamentada.

Dentro do âmbito profissional desenvolvemos ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual, quanto coletivo. Nos cuidados

de enfermagem asseguramos que a prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, capazes de pensarmos criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções, para os mesmos. Realizamos os serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta, que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução dos problemas de saúde, tanto em nível individual, como coletivo.

Durante o estágio houve alturas em que tivemos que apresentar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, isto obrigou-nos a saber improvisar, nomeadamente quando nos deparamos com perguntas do foro sigiloso.

Também os saberes adquiridos durante o percurso profissional e fundamentados durante o curso, bem como a partilha de conhecimentos com os elementos da equipa, ajudaram na aquisição da competência. Foi utilizado um elevado nível de comunicação, tanto nas reuniões de partilha de casos, como depois dos atendimentos, que garantiu a coordenação bem sucedida dos esforços de cada um dos elementos da equipa, ajudando-nos, de forma a fortalecer os relacionamentos, dando-nos um sentimento valioso de pertença e tomada de consciência da importância do trabalho em equipa.

Em termos de gestão de cuidados o curso ajudou a aperfeiçoar a organização. Pois, perante o termos realizado estágio num local que era para nós desconhecido, conseguimos organizar os processos e os registos de acordo com o protocolo do serviço.

Podemos dizer, que em relação a aquisição de competências na área de gestão, esta deu-se no nosso local de trabalho, pois é lá que colaboramos na gestão do serviço, e por vezes na liderança da equipa e na prestação de cuidados.

A qualidade dos cuidados é essencial para o bom funcionamento de um serviço, traduzindo em ganhos em saúde para o cliente.

Esta experiência permitiu-nos concluir a importância e eficácia do trabalho em equipa.

## **2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;**

Sabendo que “*o profissional reconhecido como competente é aquele que sabe agir com competência*”, (Le Boterf, 2003, p. 11) e que o saber agir deve ser distinguido do saber-fazer, pois a competência do profissional está no saber combinatório de recursos

personais (saberes, saber-fazer, aptidões, ou qualidades e por experiências acumuladas), e recursos do meio (equipamentos, materiais, informações e redes relacionais), a situação de trabalho, pelas competências múltiplas que mobiliza, comporta um potencial formativo. E, a aprendizagem realizada supõe a interação da pessoa com as situações (experiência), sendo diferente a situação de trabalho que modifica o trabalhador por repetição ou impregnação, da situação em que a pessoa tem intenção em se empenhar num processo de aprendizagem.

Durante o estágio tivemos a oportunidade de aumentar os nossos saberes acerca desta área pois era para nós desconhecida e por outro lado demos a conhecer a alguns profissionais que trabalham diariamente com crianças/jovens a realidade em que se vive. Gostaríamos, de ter tido oportunidade de realizar várias sessões com estes, e se o tempo não fosse escasso com todos os profissionais que trabalham na primeira linha na prevenção primária.

No nosso local de trabalho mantemo-nos atualizados e participamos várias vezes na formação para os restantes elementos e temos o privilégio de ajudar na integração de alunos ou de novos elementos. Desta forma, pode-se dizer que todos os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade académico/profissional.

Para se ser um profissional competente tem que se apresentar *“um corpus de conhecimentos e habilidades reconhecido e valorizado no mercado de trabalho. (...) Aquele que é reconhecido como um profissional competente possui uma identidade social que vai além do emprego que ocupa”* (Le Boterf, 2003, p. 34). Para isso, é necessário estarmos sempre atualizados e em constante formação, pois só assim se pode dizer que o profissional mobiliza as suas competências em função de um projeto, que para ele tem um significado, um sentido.

### **3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;**

Esta competência é um pouco a repetição das competências de um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica por isso, vamos tentar não ser muito maçudos, pois anteriormente já foi falado do desenvolvimento desta competência.

O cuidar em equipa desenvolve a interação entre os diferentes elementos e o respeito pelas funções inerentes a cada um. Quando esta situação não se verifica, existe risco para a continuidade de cuidados ao cliente e mal-estar dentro da equipa. No entanto, conhecer os objetivos do serviço, planear em função dos focos identificados, assumir as intervenções autónomas, demonstrar a responsabilidade profissional e ética do enfermeiro na gestão do processo, são muitas vezes as atitudes necessárias e fundamentais para uma intervenção em equipa assumindo e fazendo assumir a responsabilidade e o respeito, pela pessoa.

Embora não termos, tido oportunidade durante o estágio em participar na integração de nenhum profissional, já tivemos no local onde exercemos funções, consideramos que para a integração de novos profissionais é muito importante adotar-se procedimentos corretos de acolhimento e socialização – designadamente nos primeiros dias e semanas, após a entrada de um novo enfermeiro. Más experiências vividas nesta fase podem prejudicar a cooperação e as relações de confiança entre os elementos da equipa. Prejudicando os resultados da equipa e o seu nível de satisfação.

Exercer supervisão do exercício profissional, implica por um lado zelar pela qualidade dos cuidados e por outro pela promoção do desenvolvimento profissional e pessoal da equipa de enfermagem. O desenvolvimento pessoal e profissional de cada elemento que constitui a equipa é fundamental para promover a qualidade, através da partilha do conhecimento e realização de formações.

#### **4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:**

Enquanto enfermeiros também são os nossos códigos de conduta que nos regem, os nossos códigos pessoais e os códigos profissionais que nos permitem enquadrar as nossas decisões. Segundo Queirós (2001, p.53) “*consiste nas aplicações das competências éticas na análise e síntese referentes à identificação da situação e dos textos legais e/ou deontológicos que se podem aplicar, bem como os desejos e reações do cliente e família face à doença e ao tratamento*” isso pode levar a que nem sempre o enfermeiro atue como quer mas sim como deve, pois não pode despir-se do seu papel enquanto membro de uma Instituição.

A enfermagem presta cuidados que se querem imparciais e com respetos pelos princípios morais da Autonomia, Justiça, Veracidade, Fidelidade, respeito pela Vida

Humana, Não maleficência e Beneficência. Tentamos identificar as necessidades de cada cliente e agimos de acordo, a que as mesmas sejam supridas de forma apropriada, implicando a seleção de ações de enfermagem e o trabalho colaborativo com outros elementos da equipa de saúde.

Para prestar cuidados de enfermagem de qualidade, é fundamental que o enfermeiro se baseie num quadro conceptual definido, se apoie em determinados conhecimentos científicos e estabeleça uma autêntica relação enfermeiro/cliente e deverá igualmente ser capaz de intervir nos diferentes níveis de prevenção. Assim, pode-se dizer que a competência em enfermagem baseia-se em três elementos fundamentais: no conhecimento de um modelo conceptual dos cuidados de enfermagem, em que o enfermeiro deve saber explicar que tipo de serviço presta à sociedade e determinar qual o seu campo de atuação específico; no conhecimento específico que serve de base aos cuidados de enfermagem, referindo-se à formação e prática que o enfermeiro deve adquirir ao longo da sua carreira e que inclui um vasto leque de saberes, habilidades e atitudes, relacionados com o plano científico, técnico, relacional, ético e legal; no conhecimento do processo científico aplicado aos cuidados de enfermagem, devendo o enfermeiro, consciente do seu papel, submeter os seus saberes e princípios teóricos a um processo rigoroso, o que lhe permitirá realizar o planeamento para a qualidade, individualidade e continuidade, dos cuidados que presta.

O processo científico constitui um instrumento lógico e sistemático de investigação, análise, planeamento e avaliação dos cuidados de enfermagem. Este processo permite o desenvolvimento do seu trabalho em relação ao cliente e confere-lhe ao mesmo tempo rigor científico.

Tendo por base, todos estes saberes que fomos adquirindo ao longo da prestação de cuidados e mesmo com a aquisição de novos saberes ao longo do curso e por curiosidade e experiência, por já termos passado por várias áreas de cuidados de enfermagem, pensamos ter alcançado esta competência. Todos estes saberes só vieram aumentar a nossa competência nos cuidados prestados.

##### **5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;**

No percurso do estágio e com a realização da colheita de dados para a execução do projeto centramos a nossa visão, na realidade. O modo como as pessoas pensam, sentem

e como interpretam e constroem significados, fizeram parte desta abordagem em que o “*empenhamento claro do humanismo para estudar o mundo social com base na perspectiva do indivíduo que interage*” (Lincoln & Denzin, 1994, p.157). O estar no terreno, a proximidade com os jovens/famílias permitiu apreender a subjetividade do ponto de vista estético, emocional, além do cognitivo e apreciar a melhor “arte” de cuidar.

Compreender as perspectivas das famílias e as suas experiências foi, além da observação em diferentes situações (no seu meio habita, aquando das visitas domiciliareis ou fora do seu meio nos atendimentos nas instalações da CPCJ), explorar a natureza e dimensão dos seus interesses e o modo como interpretam e constroem a sua vida. Logo, o intervir na vida das pessoas envolve, como já falado anteriormente, competências de autorregulação, onde o profissional tenta pensar os próprios pensamentos da pessoa, expressa e age do mesmo modo.

Para Hesbeen (2000, p. 10) o conceito de cuidar designa uma “*atenção especial que se dá a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde*”. Sendo atualmente a enfermagem tida em conta como uma ciência mas também como uma arte, os saberes estéticos assumem um papel de destaque na tentativa de alcançar a prestação de cuidados de excelência.

Assim pode-se dizer, que também esta competência foi alcançada, pois como se pode observar no projeto conseguimos despertar e alertar alguns membros da sociedade para este tipo de problemáticas que ocorrem diariamente.

## **6. Realiza, analisa, diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular;**

Como refere Pires (2005, citando Merle, Trépos, Turkal, De Terssac, n.d.), a competência abarca um conceito de construção progressiva, de experiência e aprendizagens contextualizadas, mobilizando os diferentes saberes da pessoa.

A necessidade sentida permanentemente por saberes, diferenciados para uma melhor atuação nos cuidados prestados leva, a que constantemente precisemos de nos atualizar na busca por inovar e suprir as necessidades de atualização na instituição. Também o trabalho em equipa é importante para se aprender, ou seja, para melhorar a

capacidade de cooperar com ações, ideias, sugestões e empenho, investindo assim na equipa, coordenando ações individuais.

Destaca-se que o enfermeiro necessita constantemente de adquirir conhecimentos peculiares que possam garantir-lhe sobreviver no próprio grupo profissional, como também no conjunto formado por outras profissões existentes num determinado espaço social, pois desenvolver competências significa fortalecer atributos como: conhecimentos, habilidades e atitudes, os quais conciliados podem configurar diferentes formas de realizar com sucesso determinadas atividades vinculadas a uma prática profissional.

O enfermeiro deve possuir requisitos que se inserem no campo da administração como: planeamento de estratégias, qualidade da assistência e conhecimento sobre gestão. Para isso é necessário ter em atenção à saúde, a tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerência e educação permanente.

Pode-se dizer, por isso que cada vez mais se exige que os profissionais de enfermagem tenham outras competências que não apenas as do saber-fazer, de forma a responder às incertezas geradas nos novos cenários sociais. A partir da análise das práticas, exercício de criatividade por excelência, os enfermeiros são chamados a reconstruir a sua praxis a partir da vivência e da experiência do quotidiano, de forma a encontrar as respostas mais adequadas às necessidades dos cuidados. Ao proceder à análise das suas ações interiorizando e refletindo acerca das suas práticas, os enfermeiros reavaliam e recriam a sua realidade de trabalho, rompendo com normas e protocolos, tornando-se “agentes de mudança”. Ao realizar uma autoanálise sobre o seu desempenho profissional, o enfermeiro necessita de ter em conta o conhecimento pessoal para avaliar a sua prestação, deve igualmente ter por base o conhecimento científico e ético, socorrendo-se por fim do conhecimento estético para gerar transformação.

Assim sendo, tanto no local de prestação de cuidados como no local de estágio realizamos uma análise pormenorizada dos cuidados a serem prestados ao cliente, colaborando com a equipa na reavaliação do caso e como intervir.

Durante o estágio desenvolvemos o projeto deixando uma visão real dos acontecimentos, contribuindo assim, para a investigação. Também no local de trabalho realizamos vários trabalhos de pesquisa e investigação, colaborando na formação sobre determinados temas relevantes, para os cuidados de enfermagem.

## 8. CONCLUSÃO

A realização de um projeto pressupõe uma componente teórica e outra prática. O projeto pode assim ser definido, como o compilar de um trabalho sobre um tema de modo sistemático e organizado, que deve conter um conjunto de atividades planeadas, orientadas para um determinado fim, para atingir os resultados pré definidos. É um instrumento de mudança, uma vez que visa alterar um determinado contexto, situações, e resolver problemas num local.

Chegados a esta fase resta um balanço final, daquilo que consideramos ter ganho com a realização deste projeto. As práticas clínicas são importantes instrumentos de consolidação de conhecimentos adquiridos em contextos teóricos. Uma prática fundamentada é algo que é essencial para a enfermagem, algo que nos permite avançar na qualidade dos cuidados prestados.

Tendo em conta, os objetivos planeados do projeto e a questão de partida podemos dizer, que foram concretizados, ocorrendo um aprofundamento das competências, tanto técnicas, como relacionais. Isto é, houve um crescimento, uma mudança de atitudes e de comportamento, tanto ao nível da intervenção com o jovem/família, como da relação estabelecida com os outros, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados.

As competências adquiridas e desenvolvidas neste âmbito contribuíram para o nosso desenvolvimento profissional, pessoal e social. Esta aquisição de novos saberes fez-nos olhar para o outro com outros olhos, no estabelecimento de uma relação de ajuda, rumo a uma maior humanização dos cuidados.

Podemos dizer que, atualmente apresentamos uma postura mais adaptável e moldável às intervenções do outro, tendo também crescido como profissionais, no estabelecimento de uma relação realmente empática, responsável e securizante com o outro.

Gostaríamos de realçar que cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica tomar a iniciativa para que sejam elaborados planos de intervenção nestas unidades (CPCJ), na prevenção, promoção e recuperação da saúde mental. Um enfermeiro especialista poderá fazer a diferença numa CPCJ se conseguir incutir na equipa os cuidados centrados na pessoa, e para a pessoa.

Pode-se dizer que é uma preocupação para todos nós os problemas dos maus tratos contra a criança/jovem. Este fenómeno faz milhares de vítimas todos os anos, sem que ainda tenhamos acesso ao valor real do número de crianças e jovens mártires deste. Conseguimos assim, afirmar que, apesar de vivermos num mundo moderno e civilizado, continuamos a assistir diariamente a casos de crianças/jovens vítimas de maus-tratos, tanto por parte dos pais, como de outros adultos próximos destes.

Como o “*essencial é invisível aos olhos*<sup>10</sup>” torna-se absolutamente necessário estar atento a todas as formas de comunicação das crianças/jovens, onde se pode detetar sinais de luta e pedidos de socorro ocultos. As crianças vítimas de maus-tratos são sobreviventes de um mundo hostil, provenientes de famílias desorganizadas e sem perspectivas de mudança, onde pais ausentes ou frágeis e inconscientes, não são modelos de referência afetiva para estes.

Depois de terem passado por vivências tão negativas e prejudiciais, capazes de levar à destruição do que a infância tem de bom, o comportamento destas crianças pode desencadear atitudes patológicas, e, conseqüentemente, a não organização da vida futura.

A intervenção na fase da adolescência de carácter preventivo assenta no reconhecimento de um conjunto de fatores que podem favorecer, prejudicar ou alterar o decurso do processo de transformação e evolução individual.

Perante este projeto, concluímos que as reaberturas dos processos na adolescência aparecem associados a contextos familiares precários, disfuncionais ou desestruturados. São, portanto, estes contextos os representativos neste projeto.

Pretendemos assim, não só sensibilizar para a própria questão dos maus tratos infantis/juvenis, como também as conseqüências destes, e criar um instrumento que possa reunir o interesse de todos, essencialmente dos profissionais, que trabalham diretamente com crianças/jovens diariamente.

Muito embora a complexidade da temática deste projeto pudesse merecer um maior aprofundamento, foram alguns condicionalismos que impediram essa observância.

Uma das limitações sentidas deveu-se ao facto dos processos estarem muito desorganizados, principalmente os mais antigos, o que levou a não conseguir recolher toda a informação pretendida. Salientou-se ainda o facto deste projeto, ter sido limitado por aspetos temporais, pois o tempo que dispusemos não permitiu uma pesquisa mais exaustiva, no que se refere a encontrar um instrumento de colheita de dados mais perfeito,

---

<sup>10</sup> Antoine, De Saint-Exupery (2000, p.74). O Príncipezinho. EUA: editorial presença, ISBN:9789322328296

de forma a colher dados mais completos no que concerne às crianças/jovens e seus cuidadores.

Também a pouca adesão por parte dos jovens e famílias a nossa intervenção, tendo sido realizado a avaliação do projeto, através de uma amostra muito pequena.

Evidenciou-se outro impedimento que tivemos para conseguir realizar algumas sessões nas escolas, pois muitas delas fechavam as portas ao pedido que lhes era solicitado. Mas, mesmo assim não se desistiu e foi então que se teve uma grande ajuda da professora de formação dos PIEF, que iria realizar uma formação e cedeu algumas horas para se poder concretizar a sessão pretendida.

Outra das dificuldades foi o facto de se estar no final do ano letivo e não ser possível saber se os jovens vão cumprir o acordo de regressar a escola.

Em tom de conclusão, esperamos que ao procurar compreender o que leva às reaberturas dos processos na CPCJ da Margem Sul do Tejo, através da análise dos processos instaurados e outros já arquivados, estejamos a dar a conhecer a realidade, que nos está mais próxima. E também, com isto demonstrar o esforço destes profissionais, que todos os dias lutam para travar estes maus tratos.

Esperamos, igualmente, que o presente projeto contribua para que a comunidade da Margem Sul do Tejo, ao conhecer a sua realidade ao nível da vulnerabilidade infantil e disfuncionalidade destas famílias, possam mais facilmente apostar na criação e implementação de um plano de intervenções, nesta área.

Para modificar esse cenário e não atuar somente após a identificação dos atos de maus tratos, tornam-se necessárias as ações integradas na escola, nas unidades de saúde, nos centros de assistência social, nas associações de moradores, entre outros serviços, para que identifiquem as crianças/jovens em situação de risco, a fim de proporcionar a adoção de medidas integradas que visem proteger a família, o mais precocemente possível.

Em conclusão, verificou-se com agrado termos conseguido assim contribuir para ser um agente de mudança no serviço através da implementação do PIS, deixando de ser só um estudo académico para ser um trabalho de campo que obtêm visualização do produto do nosso exercício, alcançando reconhecimento e valorização dos pares que nos rodeiam e contribuindo assim, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

## 9. BIBLIOGRAFIA

- Abrapia (1997). *Abuso Sexual: Guia para orientação para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Autores e Agentes Associados.
- Abrapia (2001). *Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção. Guia de orientação para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Autores e Agentes Associados.
- Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual de psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Ed. Masson; In Alberto, I. M. M. (2004). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Alarcão, M. (2000). *Escola-Família: Diálogos e monólogos em torno das dificuldades do aluno/filho*. In I. Soares (Coord.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (in)Adaptativas ao longo da Vida*. Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M. (2002). *(Des) Equilíbrios Familiares (2ªed.)*. Coimbra: Quarteto.
- Alberto, I. (1999). *Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e suas consequências psicológicas em crianças e adolescentes vítimas de maltrato*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Alberto, Isabel Maria Marques. (2004). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, A. (1995). *Os maus tratos às crianças em Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários/AR.
- Almeida, A. (2000). *Olhares sobre a infância: pistas para a mudança*. In vários, Atas do Congresso Internacional. Os mundos sociais e culturais de infância (volº.2). Braga: Universidade do Minho.
- Almeida, A. N., André, I. M. & Almeida, H. N. (1999). *Familiares e maus tratos às crianças em Portugal, Relatório Final*. Instituto de Ciências Sociais: Universidade de Lisboa.
- Almeida, A., André, I., & Almeida, H. (1995). *Os maus tratos às crianças em Portugal – 1ª fase*. Lisboa: C.E.J.
- Almeida, Ana Nunes de., André, Isabel Margarida. & Almeida, Helena Nunes. (2001). *Famílias e Maus Tratos às Crianças Em Portugal: Relatório final*. Lisboa: Assembleia da República.

- Alonso de Bem, L. & Wagner, A. (2006). *Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconómico*. Psicologia em Estudo, (volº.11, nº1), p.63-71.
- Amado (2003) Código Civil Português [Consult. 11 de Jan. 2012]. Disponível em [http://www.ussetubal.pt/Legislacao/crianca\\_01.htm](http://www.ussetubal.pt/Legislacao/crianca_01.htm), p.22.
- American Psychiatric Association (APA) – DSM-IV-TR. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-020-2.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores, ISBN 972-796-020-2
- Anderson, Michael. (1984). *Elementos para a História da Família Ocidental 1500-1914*. Lisboa: Editorial Quercus.
- Araújo, S. & Oliveira-Formosinho, J. (2002). *Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso*. Educação e Pesquisa.
- Ariès, Philippe. (1981). *História Social da Criança e da Família* (2.ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Arruabarrena, M. & Paúl, J. (1997). *Maltrato a los niños en la familia*. Madrid: Pirâmide.
- Assis, S. G. (1991). *Quando crescer é um desafio social: estudo sócio-epidemiológico sobre violência em escolares de Duque de Caxias*. Dissertação - Escola de Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2002). *Manual CORE para o Atendimento de Crianças Vítimas de Violência Sexual*. Lisboa: APAV.
- Augusto et al. (2002). *Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Azevedo, Maria do Céu., Maia, Ângela da Costa. (2006). *Maus-tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barahal, R. M., Waterman, J., & Martin, H. P. (1981). *The social cognitive development of abused children*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, p.49, 508-516.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições, p.70.
- Basanta, Dopico. J. L. (2000). *Intervención Psicopedagógica en Menores*. Galicia: Conselleria de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude/ Dirección Xeral de Familia.

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X, 45-62.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Berger, M. (1998). *A criança e o sofrimento da separação*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em investigação*. Porto: Porto Editora.
- Bolander, V.R. (1998). *Enfermagem Fundamental-Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bolander, Verolyn Era. (1998). *Sorensen e Luckman-Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Loss*. London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1995). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Braconnier, Alain., Marcelli, Daniel. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-56-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde (Série A nº 167)*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Promoção da Saúde*. (2.ed.). Série Pactos pela Saúde 2006. (v.7). Brasília: Ministério da Saúde, p.52.
- Brazelton, T. B., Greenspan, S. I. (2003). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial presença.
- Brissos, Maria Adelaide (2004). *O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao setor da saúde*. Revista de Saúde Pública [Em linha] 22 (1), p. 43-55. [Consult. 29 Dez. 2011]. Disponível em [www:https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/setor-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf](https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/setor-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf)
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto editora.
- Buchsbaum, H. K., Toth, S. L., Clyman, R. B., Cicchetti, D. & Emde, R. N. (1992). *The use of a narrative story-stem technique with maltreated children: Implications for theory and practice*. Development and Psychopathology.

- Burgess, R. (1997). *A pesquisa de terreno – Uma Introdução*. Oeiras: Celta Editora.
- Canavarro, M. Cristina Sousa. (1999). *Relações Afetivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canha, J. (2002). *A criança vítima de violência*. In C. Machado & R. Goncalves (Coords.). *Violência e vítimas de crimes (Vol. 2.) Crianças*. Coimbra: Quarteto.
- Canha, J. (2003). *Criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospetivo de 5 anos*. Coimbra: Quarteto.
- Cantón, M. & Cortés J. (eds.). (1999). *Malos tratos y abuso sexual infantil (3ª ed.)* Madrid: Sigilo Veintiuno de España Editores.
- Cardoso, A.C.A., Coelho, H.M.M., Harada, M.J.C.S., Hirschheimer, M.R., Gikas, R.M.C., Waksman, R.D. et al. (2003). *Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos)*. *Pediatr Mod*; 39(9), p.354-363.
- Carmo, Hermano & Malheiro, Manuela. (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para a Auto – Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, Hermano, Ferreira, Manuela Malheiro (1998). *Metodologias de Investigação – Guia para Autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, p.20.
- Castro, L. (1996). *O Lugar da Infância na Modernidade. Psicologia: Reflexão e Crítica* (v. 9, nº2), p.307-335.
- Chalifour, Jacques. (2008). *A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (vol.1.)*. Loures: Lusodidacta.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). *Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development*. *Psychiatry*, p.56, 96-118.
- Cicchetti, D., & Olsen, K. (1990). *The developmental psychopathology of child maltreatment*. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Cicchetti, D., Ganiban, J. & Barnett, D. (1991). *Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation*. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *Development of emotion regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D.; Conhen, D.(Eds.) (1995). *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation*. New York: Wiley & Sons.

- Cohen, P., Brown, J. & Smailes, E. (2001). *Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population*. Development and Psychopathology, p.13, 981-999.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem* (3ª ed). Lisboa: Lidel.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco. (2010). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Menores em 1998. Análise Nacional e Regional* (vol. 1). Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco. [Consult. 11 de Nov. 2011]. Disponível em <http://www.cnpcjr.pt>
- Conversão dos direitos das crianças (1989) [Consult. 29 Dez. 2011]. Disponível em [www.gddc.pt/direitos-humanos/textos...dh/.../dc-conv-haia-dc.html](http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos...dh/.../dc-conv-haia-dc.html)
- Costa, M. & Duarte, C. (2000). *Violência Familiar*. Porto: Âmbar.
- Cruz Neto, O., Souza, E. R., Assis, S. G. (1993). *Entre o determinismo e a superação: algumas considerações*. In: MINAYO, M. C. (Org.). *O limite da exclusão social: meninos e meninas de rua no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Cruz Neto, O. (1994). *O trabalho de campo como descoberta e criação*. In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (M.C.S. Minayo, org). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. p. 51-66.
- Da Rosa, V. P., e Lapointe, J. (2001). *Culture et Psychologie: Une Approche Antropologique*. Porto: Presses de L'Université Fernando Pessoa.
- Day, V. P., Telles, et al. (2003). *Violência doméstica e suas diferentes manifestações*. *Revista Psiquiatria* (Vol. 25). Rio Grande do Sul. [Consult. 29 Dez. 2011] Disponível em <http://www.Scielo.br>
- De Saint-Exupery, A. (2000). *O Principezinho*. EUA: Editorial Presença, ISBN: 978-9322-328-29-6, p.74.
- DGS (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de Saúde Primários* [Consult. 11 de Jan. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/11/pagina.aspx?codigoms=5526&back=1&codigono=0009>
- Dias, C. A. (2004). *Costurando as linhas da psicopatologia borderland (Estados limite)*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa e da Fundação Calouste Gulbenkian. (2001). Instituto de Lexiologia e Lexicografia. Lisboa: Verbo.
- Diclemente, Ralph J., Hansen, William B. & Ponton, Lynn E. (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. Nova Iorque: Plenum Press.
- Doron, Roland., Parot, Françoise. (2001). *Dicionário de psicologia. Trad. do gabinete de tradução da Climepsi Editores* (1ª ed). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-70-4.
- Elmer, E. (1977). *Fragile families, troubled children: The aftermath of infant trauma*. Pittsburgh, PA: University Pittsburgh Press.
- Erickson, M. F., Egeland, B. & Pianta, R. (1989). *The effects of maltreatment on the development of young children*. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.) *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York: Cambridge University Press.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and Society* (2ª ed.). New York: WW Norton.
- Erikson, E. (1987). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Erikson, E. H. e Erikson, J. (1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Estudantes do 7º CLE da ESS do IPS. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. Revista Percursos. (nº 15, Jan-Mar), ISSN 1646-5067, p.5.
- Felicíssimo, A. *Conhecer a convivência da família com o doente psicótico: Intervenções psicoeducativas na linha comportamental de Fallon*. In Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. (N.º 1 junho 2009). Porto: SPESM. ISSN 1647-2160. p. 23-32.
- Fernandez Del Valle, J. & Zurita, J. F. (2000). *El Acogimiento Residencial en la Protection a la Infância*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ferreira, F. I. (2004). *Ambiguidades das políticas sociais contemporâneas: a participação sem participantes*. [Consult. 30 Dez. 2011]. Disponível em <http://www.ces.us.pt/lab2004/inscrição/propostas/pdfs/fferreira.pdf>.
- Figueiredo, B. (1998). *Maus tratos à criança e ao adolescente (II): considerações a respeito do impacto desenvolvimental*. Psicologia: Teoria, investigação e prática.
- Figueiredo, B., Fernandes, E., Matos, R. & Maia, A. (2002). *Maus tratos na infância: trajetórias desenvolvimentais e intervenção psicológica na idade adulta*. In C.

- Machado & R. Goncalves (Coords.), *Violencia e vítimas de crimes* (Vol. 1) Adultos (163-210). Coimbra: Quarteto.
- Font, Teresa, Porcel, Amparo (1986) *Estúdio sobre técnicas de trabalho social, Colégio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistente Sociales de Catalunya*. Barcelona, p.14.
- Formosinho, J. (2004). *A Criança na Sociedade Contemporânea*. Lisboa: Universidade Aberta, p.250-251.
- Formosinho, J., Sousa, Z. & Araújo, S. (2004). *A Criança Institucionalizada*. In: J. Formosinho (coord.). *A criança na Sociedade Contemporânea*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fracolli, L. A.; Bertrolozzi, M. R. (2001). *A abordagem do processo saúde doença das famílias e do coletivo*. In: Manual de enfermagem - programa de saúde da família. São Paulo: Ministério da Saúde, p.04-08.
- Gallardo, J. (1994). *Maus-Tratos à criança*. Porto: Ambar.
- George, J.B. et al. (2000). *Teorias de enfermagem – Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Giddens, A. (2000). *O mundo na era da globalização*. Lisboa: Editorial Presença.
- Gonçalves, Maria José (2003). *Uma nova perspetiva em saúde mental do bebé: A experiência da Unidade da Primeira Infância. Análise Psicológica* [Em linha] 1 (XXI). [Consult. 21 Nov. 2011]. Disponível em [www:http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n1/v21n1a02.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n1/v21n1a02.pdf). ISSN 0870-8231, p. 5-12
- Gomes, Francisco Allen. (2004). *Paixão Amor e Sexo*. Lisboa: Dom Quixote.
- Gomez, L. (2005). *Uma Introdução às Relações de Objeto*. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-056-1.
- Goulão, Nuno; Almeida, Rita (n.d.) *Psicoeducação para familiares*. [Em linha] s/d. [Consult. 23 DEZ. 2011]. Disponível em [www:http://academiasenior.genialmente.pt/terapia-e-reabilitaca/psicoeducacao-para-familiares/](http://academiasenior.genialmente.pt/terapia-e-reabilitaca/psicoeducacao-para-familiares/)
- Guerra, Isabel (1994). *Introdução à Metodologia de Projeto*. [Consult. 21 abril. 2012]. Disponível em [www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf](http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf)

- Guerra (2000). O novo direito das crianças e jovens [Consult. 12 de Jan. 2012]. Disponível em <http://www.oa.pt/Uploads/%7BE3822C68-0AF7-4A8E-B095-6CB6681B71DF%7D.pdf>
- Haguette, T. M. F. (1997). *Metodologias qualitativas na Sociologia*. (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Hall, Calvin S.; Lindzey, Gardner & Campbell, John B. (2000). *Teorias da Personalidade*. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN 85-7307-655-0.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem - Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN-972-8383-20-7.
- Hesbeen, Walter. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Camarate: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8, 10-118.
- Jones, D.P. (2002). *Is sexual abuse perpetrated by a brother different from that committed by a parent?* [editorial]. *Child Abuse Negl Sep*; 26(9), p.955-956.
- Kelley, B. T., Thornberry, T. P. & Smith, C. A. (1997). *In the wake of childhood maltreatment*. *Juvenile Justice Bulletin*.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (1996). *Técnicas de pesquisa*. (3ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Lazure, Hélène (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência do enfermeiro*. Lisboa: Lusodidacta, ISBN: 972-95399-5-2.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre, Brasil: Artumed Editora, p.11-34.
- Leandro, A. (1998). *A problemática da criança maltratada em Portugal, alguns aspetos jurídicos e judiciais*. Lisboa: Centro de estudos Judiciários.
- Leandro, A. (1999). *Direito e Direitos: Para um real cumprimento dos Direitos da Criança e da Família. Stress e Violência na Criança e no Jovem*. Editor: João Gomes – Pedro. Clínica Universitária de Pediatria. Departamento de Educação Médica.
- Leininger, Madeleine (1994) *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, p.66.
- Leite, Elvira; Malpique, Manuela; Santos, Milice Ribeiro (2001). *Trabalho de projeto: aprender por projetos centrados em problemas* (4º ed.). Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0216-4.

- Lincoln, Y. S. & Denzin, N. K. (1994). *The fifth moment*. In Denzin, N. & Lincoln, Y. S., ed. lit. - Handbook of qualitative research. London: Sage Publications, p.157.
- Lopes, M.V.G., Tavares, P.A. (2000). *Maus-tratos: 57 observações em enfermaria*. *Pediatr Mod*;36(10):684-688.
- Lopes, Manuel José. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-6-x.
- Lynch, M. & Cicchetti, D. (1991). *Patterns of relatedness in maltreated and nonmaltreated children: connections among multiple representational models*. *Development and Psychopathology* (nº3), p.207-226.
- Machado, C. (1996). *Maus tratos de menores, vitimização e poder: proposta de um modelo integrado de análise*. *Psicologia: Teoria, investigação e prática* (nº1), p.133-148.
- Machado, C., Gonçalves, M. & Vila-Lobos, A. J. (2002). *Crianças expostas a múltiplas formas de violência*. In C. Machado & R. Gonçalves (Coords.), *Violência e vítimas de crimes* (Vol.2) – Crianças (135-168). Coimbra: Quarteto.
- Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático para profissionais*. Coimbra: Quarteto Editora, p.34.
- Magalhães, Teresa. (2004). *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. Coimbra: Quarteto.
- Malinowsky-Rummel, R., & Hansen, D. J. (1993). *Long-term consequences of childhood physical abuse*. *Psychological Bulletin*, 114 (1), p.68-79.
- Manly, T., Kim, J. E., Rogosch, F. A & Cicchetti, D. (2001). *Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype*. *Development and Psychopathology* (nº13), p.759-782.
- Marceli, Daniel; Braconnier, Alain (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores, ISBN: 972-8449-86-0, p.584.
- Marcelli & Braconnier. (1989). *Manual de psicopatologia do adolescente*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Marcelli, D e Braconnier, A. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação: Cuidados Pediátricos no Domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8717-16-4.
- Martins, P. C. (1998). *O conceito de maus tratos a crianças. Um estudo das noções dos profissionais da infância*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada, Universidade do Porto, Porto.

- Martins, P. C. (2001). *O mau trato infantil na comunicação social*. Infância e juventude (nº3), p.59-64.
- Martins, P. C. (2002). *Maus tratos a crianças – o perfil de um problema*. Braga: C.E.S.C.-U.M.
- Matos, Margarida Gaspar de *et al.* (n.d.). *A saúde dos adolescentes portugueses: hoje e em 8 anos*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/ Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL/Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA/Health Behaviour in School-aged Children / OMS/Fundação para a Ciência e a Tecnologia/Ministério da Ciência.
- Meleis, Afaf I. (2010). *Transitions Theory – Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, Afaf I., et al. (2000). *Experiencing Transitions: an Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), Set.
- Malik, N.M. (2008). *Exposure to domestic and community violence in a nonrisk sample*. *J Interpersonal Violence*. 23(4). p. 490-504.
- Martins, Paula Cristina Marques (2004). *Proteção De Crianças e Jovens em Itinerários de Risco: representações sociais, modos e espaços*. Universidade do Minho: Instituto de Estudos da Criança [ <http://repositorium.sdum.uminho.pt>]
- Minayo, M.C.S. (1992). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Ministério da Saúde (1993). *Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente* (vol.I e II). Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.
- Monteiro, Manuela. SANTOS, Milice. (1999). *Psicologia* (1ª ed.) Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-42104-5.
- Monteiro, Manuela. Santos, Milice. (2002). *Psicologia*. 1ª e 2ª parte (1ª ed.) Lisboa: Porto Editora. ISBN 972-0-42107-x.
- Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto.
- Moreno, C., Jiménez, J., Oliva, A., Palacios, J., & Saldanã, D. (1995). *Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad autónoma Andaluza*. *Infancia y Aprendizaje* (nº71), p.33-47.
- Musgrave, P. W. (1979). *Sociologia da Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Naar-King, S., Silvern, L., Ryan, V., & Sebring, D. (2002). *Type and severity of abuse as predictors of psychiatric symptoms in adolescence*. *Journal of Family Violence*, 17 (2) June, p.133-149.
- Nodin, Nuno (1999). *A depressão nas perturbações da alimentação. Análise Psicológica* [Em linha] 4 (XVII), p. 687-694. [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em [www: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n4/v17n4a05.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n4/v17n4a05.pdf). ISSN 0870-8231
- Nogueira, C. (2001) *A Análise do Discurso*. [Consult. 31 julho de 2011]. Disponível em [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4355/1/Capitulo\\_analise%20do%20discurso\\_final1.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4355/1/Capitulo_analise%20do%20discurso_final1.pdf).
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 9788573077247.
- Organização mundial de saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Canadá: OMS*. [Consult. 11 Fev 2012]. Disponível na Internet em <http://www.Opas.Org.Br/Promocao/Uploadarq/Ottawa.Pdf>.
- OMS. (2004) *Prevenção dos transtornos mentais*. [Consult. 2 Nov. 2011]. Disponível em [www.pt.scribd.com/doc/.../59/Transtornos-mentais-graves-e-persistentes](http://www.pt.scribd.com/doc/.../59/Transtornos-mentais-graves-e-persistentes)
- Palácios, J., Jimenez, J., Oliva, A. & Saldaria, D. (1998). *Maios tratos a los ninos en la familia*. In M. Rodrigo & J. Palácios (Eds). *Família y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial, p.399-419.
- Palácios, J., Moreno, M. e Jiménez, J. (1995). *El maltrato infantil: concepto, tipos, etiologias*. *Infancia y Aprendizaje* (n.º 71).
- Papalia, Diane E. Olds, Sally Wendkos; Felman, Ruth Duskin (2001). *O Mundo da Criança*. McGraw-Hill.
- Pereira, D., & Canavarro, M. C. (2004). *Uma perspectiva sobre o comportamento parental em situação de maus tratos na infância: implicações para a intervenção*. *Revista Psychologica* (nº36), p.131-148.
- Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.
- Pires, A. (1999). *Inovação e desenvolvimento de novos produtos*. Lisboa: Edições Silabo, Lda, p.47
- Pires, Ana L. de Oliveira. (2005). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagem e de*

- competências*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Ministério da Ciência e do Ensino Superior.
- Pires, J.M., Vieira, E.M., Nava, T.R., Feldens, L., Castilho, K., Simas, V. et al. (2005). *Barreiras para a notificação pelo pediatra de maus-tratos infantis*. Ver. Bras Saúde Mater Infant (volº.5, nº1), p.1-9.
- Queirós, Ana Albuquerque (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, ISBN: 972-8717-107-5, p.53.
- Reis, César Ferreira. (1993). *A Criança Maltratada, Algumas considerações gerais sobre o problema* (Vol. II, Nº.3). Lisboa: Nascer e Crescer, p.155- 161.
- Ribeiro, E. A. (2008). *A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa*. Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais, Araxá/MG, 4 (5), p.129-148.
- Rieder, C, & Cicchetti, D. (1989). *Organizational perspective on cognitive control functioning and cognitive-affective balance in maltreated children*. Developmental Psychology, 25 (3), p.382-393.
- Rocha, L. (2003). *Défices que estruturam a síndrome do autismo*. Sonhar, Setembro-Dezembro, p.159-171.
- Rodrigues, Ana Nascimento (2005). *Seminário “Infância, Deficiência & Violência”*. Lisboa: FENACERCI editora.
- Rodrigues, E. (1997). *Menores em Risco: Que Família de Origem?*. In: M. Carneiro (coord.). *Crianças de Risco*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, p.541-661.
- Rodrigues, Luís (2001). *Psicologia* (1º Vol.; 2ª ed.). Lisboa: Plátano Editora. ISBN 972-770-109-4.
- Rodrigues, M., Macedo, P. & Montano, T. (2007). *Manual do Formador - Formação dos membros das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens*. Lisboa: Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, p.54.
- Rogosch, F. A, Cicchetti, D., Shields, A., & Toth, S. L. (1995). *Parenting dysfunction in child maltreatment*. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Applied and Practical Parenting* (volº. 4). New Jersey: Erlbaum Associates.
- Ruivo, Maria Alice. et al. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. Percursos [Em linha] 15, p. 2-37. [Consult. 2 Nov. 2011]. Disponível em [www:http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf). ISSN 1646-5067

- Sagorro, J. (1992). *Importância atribuída pelos enfermeiros ao acolhimento do doente no Hospital de Vila Franca de Xira*. Dissertação apresentada no Curso Administração Serviços Enfermagem, ESEMFR. Lisboa.
- Sales-Peres, A., Silva, R.H.A., Lopes-Junior, C., Carvalho, S.P.M. (2008). *Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos*. *Odontologia Clínic- Científ* (volº.7, nº3), p.185-189.
- Salomé, J. (1995). *Relação de Ajuda: Guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional*. (2ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes, ISBN: 85-326-1152-4.
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M., & Rosário, M. (1993). *The effects of physical abuse on children's social relationships*. *Child Development* (nº64), p.169-187.
- Sani, A. (2002). *As crianças e a violência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Santoro, M.J. (2002). *Maus – tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual*. *Pediatr Mod*. (volº.6, nº38), p.279-283.
- Santos, J. (1983). *A Caminho de uma Utopia...Um Instituto da Criança*. Lisboa: Livros Horizonte. ISBN-978-9722-40-5522.
- Santos, J. (1983). *Ensaio sobre Educação II. O falar das letras*. Lisboa: Livros Horizonte, p.15-16.
- Santos, L. E. S., Ferriani, M. G. C. (2007). *A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola* (vol.60, nº5). São Paulo: Revista Brasileira de Enfermagem, p. 524-529, set./out.
- Saraceno, C., Naldini, M. (1992). *Sociologia da família*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Serra, V. A. (1986). *A importância do autoconceito*. *Psiquiatria Clínica* (vol.º 7, nº 2), p.57-66.
- Silva, C.G. (1999). *Síndrome da criança espancada*. In Marcondes E. *Pediatria básica*. (8º ed.) São Paulo: Sarvier.
- Silveira, J.L.G., Mayrink, S., Sousa, Néto O.B. (2005). *Maus-tratos na infância e adolescência: Casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC*. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* (volº.5, nº2), p.119-126.
- Skuse, D. & Bentovin, A. (1994). *Physical na Emotional Maltreatment*. In: M. Rutter, E. Taylor e L. Hersov (eds). *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Oxford: Blackwell Sciences.

- Sousa, C., & Figueiredo, B. (2000). *Prespectiva ecológica na compreensão dos maus tratos infantis*. *Infância e juventude* (nº4), p.79-97.
- Stefanelli, M.C. (2002). *Importância do Processo de Comunicação na Assistência de Enfermagem*. *Revista da Escola de Enfermagem. USP.* (v.15, nº3). São Paulo, p.239-245.
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Hamish, D. L., & Wei, E. (2001). *Maltreatment of boys and the development of disruptive and delinquent behaviour*. *Development and Psychopathology* (nº13), p.941-955.
- Tavares, Antonio (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos.
- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness* (13ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tomey, Ann Marriner.& Alligood, Martha. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Lusociência. ISBN: 972-8383 -74-6.
- Townsend, M.C. (2005). *Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Universidade Presbiteriana Mackenzie (2004). Dicipédia. Porto Editora [Consult. 2 Nov. 2011]. Disponível em [www.agirweb.com.br/psic/amac/amac.html](http://www.agirweb.com.br/psic/amac/amac.html).
- Vieira, E.L.R., Katz, C.R.T., Colares, V. (2008). *Indicadores de maus-tratos em criança e adolescentes para uso na prática de odontopediatria*. *Odontologia Clín-Científ.* (volº.7, nº2), p.113-118.
- Viterbo, Valentina Supino. (2005). *A Criança Mal Amada*. Lisboa: Vega editora.
- Weber, L. N. D. et al. (2002). *Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência*. *PsicoUSF.* (vol. 7, nº 2). Itatiba. [Consult. 2 Nov. 2011]. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br>.
- Wenar, C. (1994). *Risks in the interpersonal context: child maltreatment and divorce*. In *Developmental Psychopathology: from infancy to adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Went (2004). Capacity Building International, Germany - *Theory and practice of the project-based method*. [Em linha] [Consult. 29 Dez. 2011]. Disponível em [www:http://star-www.inwent.org/starweb/inwent/docs/Lehrbrief\\_10\\_engl.pdf](http://star-www.inwent.org/starweb/inwent/docs/Lehrbrief_10_engl.pdf). ISBN: 3-937235-27-2

- Widom, C. S. (2000). *Childhood victimization: early adversity, later psychopathology*. National Institute of Justice Journal, p.2-9.
- Widom, C. S. (2003). *Understanding child maltreatment and juvenile delinquency: the research*. In J. Wiig, C. S. Widom & J. Tuell (Eds.) *Understanding child maltreatment and juvenile delinquency: from research to effective program, practice and systematic solutions*. Washington DC: CWLA Press.
- Winnicott, C. et al. (1994). *Explorações Psicanalíticas D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (2002). *Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Wolfe, D. A. (1985). *Child-abusive parents: an empirical review and analysis*. Psychological Bulletin, 97 (3), p.462-482.
- Wright, Lorraine M. Leahey, Maureen. (2002). *Enfermeiras e Famílias – um guia para avaliação e intervenção na família*. (3ª ed.). São Paulo: Editora Roca Lda. ISBN: 85-7241-346-4, p.327.
- Yalom, I., Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de Grupo, teoria e prática* (5ª ed.). São Paulo: Artemed Editora, ISBN: 0-465-09284-5.
- Zagonel, Ivete. (1999). *O cuidado transicional na trajetória de enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem (vol. 7, n.º 3). Ribeirão Preto. ISSN: 0104–1169.
- Zagonel, Ivete Palmira Sanson (Jul 1999). *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem*. Revista latino-americana enfermagem. (vol. 7, n.º3), p. 25-32 [Consult. 13 maio 2012]. Disponível na Internet em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.

### **Decretos-Lei:**

- D.L. nº 35/2011 de 18 de fevereiro – Competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria
- D.L. nº 74/06 – 25/03/2006, artº.18, nº4
- D.R. nº 300 – 30/12/2000, nº 1226 – CF/2000 de 30 de dezembro
- D.R. nº33 – 08/02/1996 – I Série – B, portaria nº 27/96 de 8 de fevereiro
- DECRETO-LEI nº 161/96, de 4 de setembro (alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril). **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.**

Lei nº 147/99 de 1 de setembro de 1999

Regulamento nº 129/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. D.R. II Série. 35 (18-02-11) 8669-8673

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I - ARTIGO

## **A Porta Giratória dos Maus Tratos às Crianças e Jovens numa CPCJ**

Revolving Door of Abuse to Children  
and Youth in CPCJ

**Bernardete Sousa Sidrónio<sup>11</sup>;**  
**Joaquim Manuel de Oliveira**  
**Lopes<sup>12</sup>**

**Resumo:** No presente estudo, que teve por base a metodologia de projeto, foram identificados os motivos pelos quais ocorreram reaberturas de processos de crianças/jovens, anteriormente seguidos numa Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, daí foram planeadas e executadas intervenções de enfermagem para contribuir para a melhoria do problema de negligência por abandono e absentismo escolar. Para tal, foram realizadas intervenções com os jovens/famílias, com o intuito de prevenir a ocorrência de psicopatologias e sessões de psicoeducação com os professores (PIEF), que proporcionou um espaço de reflexão e partilha de experiências sobre o tema dos Maus Tratos.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Intervenção

especializada, prevenção das reaberturas dos processos, Metodologia de projeto e CPCJ.

**Abstract:** The current study was based on a methodology project, were identified the reasons for the reopening of cases of children/ youth, previously followed by the Commission on Protection of children and Youth, were planned and executed nursing interventions to improving the care to problem at negligence in education - school absenteeism and dropout. For the, performed of this interventions was youth/family, to prevent the occurrence of psychopathology and psycho-education sessions for teachers (PIEF), that would provide a space for reflection and sharing experiences on the topic maltreatment.

**Key-words:** Mental Health and Psychiatric Nursing, Specialist Intervention, Preventing reopening cases, Methodology project, CPCJ.

### **INTRODUÇÃO**

Cada vez mais, nos apercebemos que, tanto em Portugal como em todo o mundo, as crianças não estão a ser tratadas com a consideração e o respeito fundamental que merecem, levando a que

---

<sup>11</sup> Enfermeira; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;  
bernardetesidronio@gmail.com

<sup>12</sup> Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria  
Doutorado em Enfermagem;  
joaquim.lopes@ess.ips.pt

sejam futuros adultos violentos ou com problemas do foro mental.

Este artigo surge da necessidade crescente de investigação, aquisição de conhecimentos e competências por parte do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica acerca do acompanhamento das crianças/jovens vítimas de maus tratos a nível da prevenção primária, durante o período de tempo posterior ao arquivamento do processo e a sua reabertura, numa CPCJ da Margem Sul do Tejo, com o intuito de aumentar a evidência científica da eficácia das intervenções precoces e a sua repercussão em ganhos em saúde.

Foi realizada uma metodologia de revisão narrativa da literatura através da pesquisa nas bases de dados *online* da Ebsco, Lilacs e biblioteca Cochrane, publicados entre os anos de 2000 e 2012. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: Maus Tratos a Crianças, Prevenção dos Maus Tratos, Saúde Mental e Qualidade de Vida.

De acordo com, o Relatório Mundial de Saúde de 2001, estima que 10 a 20% destas crianças/jovens que vivenciam tais abusos apresentam problemas de saúde mental, o que leva a pensar que algo se tem que fazer, para que este número diminua. Deste modo, apercebemo-nos que a intervenção em saúde mental com

os jovens/família que se encontram em situação de risco/perigo quer a nível do desenvolvimento, quer a nível psicológico, são escassos, ou seja, entre o arquivamento do processo e a nova sinalização da situação à CPCJ, subsistem vários problemas como a negligência, o absentismo ou abandono escolar, os comportamentos desviantes, entre outros. Existe assim, a necessidade de perceber o que se passou com o jovem, a razão pela qual apresenta determinado tipo de comportamento ou atitude, acompanhá-lo e se necessário encaminhá-lo, para outros profissionais de saúde.

## **A PORTA GIRATÓRIA DOS MAUS TRATOS – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIRIA**

Para uma abordagem inicial é crucial a identificação das manifestações clínicas que, muitas vezes, passam despercebidas colmatando-se em um aumento do risco de complicações associadas (Guedes, L.U., 2009). O enfermeiro é o profissional de saúde que mais contato tem com a comunidade logo, será o que conseguirá chegar melhor aos jovens. O enfermeiro interage com o jovem, o qual faz parte de um contexto sociocultural,

numa condição de saúde/doença e vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação. A interação enfermeiro/jovem organiza-se em torno de uma objetivo que conduz a ação para promover, restabelecer ou facilitar a saúde (Meleis, 2007).

A dificuldade na adaptação ao novo papel pelas mudanças psicológicas, familiares e sociais; a vulnerabilidade na gestão das pressões ambientais; o desequilíbrio das situações contraditórias e a falta de resiliência poderão estimular o jovem para um mundo de perturbações e sofrimento psicopatológico, com repercussões ao nível das relações sociais e familiares, como também, dificuldades no desempenho escolar (Marceli & Braconnier, 2005).

Na maioria estes jovens que são sinalizados a CPCJ ficaram com marcas devido a experiências de vida traumáticas e insucessos repetidos em meio escolar, com acentuada desvalorização das suas capacidades, levando a uma recusa do pensar/aprender que se expressa em sintomas de instabilidade e agressividade, ou então numa forte inibição cognitiva e relacional.

Muitas das vezes os sinais e sintomas mais visíveis neste período são as perturbações disruptivas do comportamento. Por isso cabe-nos a nós

como profissionais de saúde estar atentos a estes sinais de alerta. Quanto mais precocemente se prevenir, maiores serão as hipóteses de evitar este desajustamento.

Perante os estudos verificamos que a presença de um enfermeiro, nos atendimentos a estes jovens/famílias, não no sentido da cura dos sintomas, mas na tentativa de resolver a situação que está na origem da desadaptação, e na criação de condições favoráveis à cura espontânea, tentando manter ou introduzir novas técnicas ou instrumentos.

## **RESULTADOS**

Este trabalho foi baseado num estudo centrado num problema identificado numa CPCJ da Margem Sul do Tejo e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Para alcançar esta finalidade foi feito uso da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto em que se pretende atuar, tornando-se assim, fonte de origem de uma praxis fundamentada e baseada na evidência, munindo a profissão de Enfermagem, de ferramentas que permitem uma visibilidade cientificamente credível.

Para a elaboração do diagnóstico de necessidades, recorreremos a análise

documental, a observação, a entrevista aos vários técnicos e jovens/famílias, ao questionário aos jovens/famílias e a escala FMEA.

Após termos compilado toda a informação, surgiu o diagnóstico da situação. Ou seja, surgem os sujeitos que irão ser o alvo da atenção, para a problemática em estudo – todas as crianças/jovens e seus pais/família com processo reaberto. Sendo uma amostra de 162 processos reabertos entre 2006 e 2011. O estudo foi limitado a todos os processos de 2011, reduzindo a amostra para 39 jovens, com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos. Verificou-se também que, apesar de existir muitas sinalizações de adolescentes a maior parte é devido ao abandono escolar e absentismo, passando assim a amostra final para 24 jovens com processo reaberto só em 2011 por estes motivos.

## **INTERVENÇÃO**

Depois desta recolha de informação, iniciamos a implementação das atividades planeadas, em que foram contactados todos os jovens e os seus pais (da população em estudo que apresentavam processo reaberto por abandono escolar e absentismo – 24 jovens) por carta

registada, para se dirigirem a CPCJ da Margem Sul do Tejo.

Dos 24 jovens em abandono e absentismo escolar que se encontravam no momento da pesquisa com processo reaberto, só 10 compareceram. Tendo a nossa população alvo sido constituída por 4 raparigas e 6 rapazes, com idades compreendidas entre os 13-18 anos. Em termos das famílias dos jovens compareceram as 10 mães e simplesmente 2 pais.

Os objetivos da nossa intervenção durante estes atendimentos foram o apoio emocional ao jovem/família em crise. Phaneuf (2005, p. 461) refere que “*o suporte à família é um conjunto de intervenções da enfermeira que visam levar apoio emotivo aos próximos da pessoa doente, ajudá-los a atravessar este momento penoso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo calmamente.*”

Percebeu-se que muitos dos jovens que abandonaram a escola ou que se encontravam em absentismo estavam em sofrimento, necessitando de ajuda imediata para conseguirem ultrapassar os obstáculos e apresentarem um desenvolvimento físico e mental saudável.

Dentro das atividades desenvolvidas durante a execução do projeto, foi a visita domiciliar, promovendo a aproximação

do enfermeiro com os membros da família e favorecendo um espaço privilegiado de intervenções. Foram realizadas visitas domiciliares a todas as crianças/famílias, que faziam parte da população alvo, de modo a perceber as condições socioeconómicas em que viviam e o funcionamento do seio familiar.

Quanto ao papel dos professores, é valioso na medida em que identificam situações, encaminham, ouvem e acolhem a família, começando assim, uma atuação interdisciplinar (Cruz Neto, 1993; Santos & Ferriani, 2007).

Baseado nessas premissas, este trabalho objetivou também realizar uma sessão de psicoeducação para os professores alertando-os para a ocorrência de maus tratos e suas consequências no desenvolvimento do jovem, verificando o conhecimento e a percepção que estes tinham sobre o tema. Esta sessão foi dirigida a todos os professores que trabalhavam no PIEF, tendo em vista que esses profissionais desempenham um papel fundamental na sinalização destas situações, por ter contato direto e diário com os jovens.

## **AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Com base na análise dos resultados apresentados, anteriormente, pudemos

concluir que, de certa forma, os resultados obtidos corresponderam ao que encontramos na literatura sobre os fatores de risco que podem desencadear o abandono escolar. Ora vejamos: os indicadores de risco que em média foram considerados pelos participantes como de maior risco ao abandono escolar correspondem aos itens: 1) relações parentais negligentes ou abusivas; 2) absentismo escolar; 3) fraco investimento na vida escolar; e 4) vida familiar disfuncional. Indicadores, segundo a literatura, de ordem individual e familiar. E de acordo com a literatura, os fatores familiares e os individuais são, precisamente aqueles que são considerados mais importantes no estudo do abandono precoce da escola (Tavares, 1990; Benavente *et al.*, 1994; Murdock, 1999; Mata, 2000; Aloise-Young & Chavez, 2002; Marks, 2007). Relembremos que segundo Aloise-Young & Chavez (2002) os fatores individuais e os familiares são, sem dúvida, os mais referidos e os que detêm um maior destaque na maioria dos estudos.

Como tal, foi executada a avaliação deste projeto por estimativa pela quantidade de jovens que ficaram inscritos em cursos profissionais, pois não foi possível verificar se realmente iriam estar presentes ou não, no próximo ano letivo.

Quanto à sessão para os professores foi avaliada com base na adesão e pelas suas reflexões sobre o tema abordado. Esta sessão teria dado mais fruto se tivesse sido alargada às várias entidades de primeira linha que existem na comunidade, pois só assim se conseguiria fazer prevenção a todos os níveis.

## CONCLUSÃO

Também o refletir sobre o problema dos maus tratos contra a criança e o jovem é uma tarefa complexa. A violência praticada contra estes no ambiente intrafamiliar tornou-se uma grande preocupação para a saúde pública, que se apresenta atual e bastante relevante no nosso país. Podemos assim, afirmar que, apesar de vivermos num mundo moderno e civilizado, continuamos a assistir diariamente a casos de crianças/jovens vítimas de maus-tratos, tanto por parte dos pais, como de outros adultos próximos destes.

Perante este estudo, concluímos que as reaberturas dos processos na adolescência aparecem associados a contextos familiares precários, disfuncionais ou desestruturados. São, portanto, estes contextos os representativos neste projeto. Importa, porém, referir que os maus tratos não constituem uma realidade exclusiva dos contextos mais

desfavorecidos, sendo praticados também, nas classes sociais mais altas.

Com este estudo pretendemos, não só sensibilizar para a própria questão dos maus tratos infantis/juvenis, como também criar um instrumento que possa reunir o interesse de todos os profissionais que trabalham diretamente com crianças e jovens diariamente.

Para modificar esse cenário e não atuar somente após a identificação dos atos de maus tratos, tornam-se necessárias as ações integradas na escola, nas unidades de saúde, nos centros de assistência social, nas associações de moradores, entre outros serviços, para que identifiquem as crianças/jovens em situação de risco, a fim de proporcionar a adoção de medidas integradas que visem proteger a família, o mais precocemente possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aloise-Young, P. & Chavez, E. (2002). Not all School Dropouts are the Same: Ethnic Differences in the Relation Between Reason for Leaving School and Adolescent Substance Use. *Psychology in the Schools*, 39(5), 539-547.

Benavente, A., Campiche, J., Seabra, T. & Sebastião, J. (1994). *Renunciar à Escola: o Abandono Escolar no Ensino Básico*. Lisboa: Edições Fim de Século.

DGS (2009). Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de Saúde Primários [Consult. 11 de Jan. 2012]. Disponível em

<http://www.dgs.pt/ms/11/pagina.aspx?codigoms=5526&back=1&codigono=0009>

Cruz Neto, O., Souza, E. R., Assis, S. G. (1993). *Entre o determinismo e a superação: algumas considerações*. In: MINAYO, M. C. (Org.). *O limite da exclusão social: meninos e meninas de rua no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

Guedes, Luciana Ulhôa; Vicente, Laélia Cristina Caseiro; Paula, Cassiana Maria de; Oliveria, Elizete de; Andrade, Emilene Aparecida de; Barcelos, Wanessa Conceição de Oliveira, (2009). [Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia](#);14(3):372-380.

Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v14n3/v14n3a14.pdf>

Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra* (5º ed).

Porto Alegre: Artmed.

Marcelli, Daniel; Braconnier, Alain (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores, ISBN: 972-

8449-86-0, p.584.

Marks, G. (2007). Do Schools Matter for Early School Leaving? Individual and School Influences in Australia. *School Effectiveness and School Improvement*, 18(4), 429 – 450.

Mata, I. (2000). *Sucessos e Insucessos de uma Experiência Pedagógica com Jovens em Risco de Exclusão Escolar*. Tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Meleis, Afaf I. (2010). *Transitions Theory – Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Murdock, T. (1999). The Social Context of Risk: Status and Motivational Predictors of Alienation in Middle School. *Journal of Educational Psychology*, 91(1), 62-75.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência,. ISBN 972-8383-84-3.

Tavares, Antonio (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos.

APENDICE II - TABELA DE REABERTURAS DE PROCESSOS  
DE 2006 A 2011

Reabertura	Data nac.	Sx	Abertura	Arquivado	Seguida	Mãe	Est civil	Esc	Profissão	Pai	Est civil	esc	profissão	Seg. Psiq	Agreg. Familiar	Problemática	Sinalização	Dat Sinal.	Gestor	Outros
26-04-2006	19-08-1993	M	22-05-1997	25-06-1999 06-02-2010	Não	1952	div.	?	Trabalha	1953	div.	?	Trabalha	Não	Mãe, padrasto e 2 filhos Mãe e 2 filhos	Maus tratos físicos Negligência	IAC Escola	Mai-97 Abr-06	Seg. S. Educação	Tem mais irmão; maltratado pelo padrasto Arq 2º-Tribunal, não cumpriu acordo
10-05-2006	18-09-1990	M	12-05-2001	24-12-2003 21-04-2007	Não	1965	cas.	?	Doméstica	1965	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filho Pais e filho	Negligência Negligência familiar	Familiar Anônimo	Mai-01 Mai-06	Seg. S.	
17-11-2006 17-12-2007	25-06-1989	F	02-03-2002	17-01-2005 22-11-2006 07-07-2010	Psic.	1957	sol.	An alf.	Trabalha	1953	sol.	An alf.	Trabalha	Não	Pais e filhos	Negligência Comportamentos Desviantes Abandono Escolar	Escola EFE Escola	Jan-05 Nov-06 Dez-07	Seg. S.	Arq 1º- Tribunal, não Cumpriu acordo Arq 2º- Tribunal, não se conseguiu atuar Arq 3º Encaminhado para CAFAP
17-11-2006 17-12-2007	14-08-1992	M	02-03-2002	17-01-2005 26-11-2006 07-07-2010	Não	1957	sol.	An alf.	Trabalha	1953	sol.	An alf.	Trabalha	Não	Pais e filhos	Negligência Comportamentos Desviantes Abandono Escolar	Escola EFE Escola	Jan-05 Nov-06 Dez-07	Seg. S.	Arq 1º- Tribunal, não Cumpriu acordo Arq 2º- Tribunal, não se conseguiu atuar Arq 3º Encaminhado para CAFAP
01-02-2006 18-03-2011	30-09-1995	F	16-01-2004	24-01-2005 10-12-2008	Não	1958	cas.	?	Doméstica	1958	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e 2 filhos Pais, 2 filhos, tio e sobrinho Pais, 2 filhos, tio e sobrinho	Maus tratos físicos Absentismo escolar Maus tratos físicos	Anônimo Escola GNR	Jan-04 Fev-06 Mar-11	Seg. S.	Acompanhado pelo RSI
23-10-2006	31-08-2003	M	17-09-2004	02-01-2005 12-05-2008	Não	1975	sol.	?	Trabalha	1975	sol.	?	Desempregado	Não	Mãe e 2 filhos Avó e 2 netos	Negligência Abandono pela mãe	Centro de saúde Avó	Set-04 Out-06	CMP	Arq 1º- CPCJ residência Mãe entrega filho a avó em 2007 e este veio entrega-lo para institucionalizar
23-10-2006	15-03-2002	M	17-09-2004	02-01-2005 21-02-2008	Não	1975	sol.	?	Trabalha	1975	sol.	?	Desempregado	Não	Mãe e 2 filhos Mãe, padrasto e filho	Negligência Negligência	Centro de saúde Centro de saúde	Set-04 Out-06	CMP	Arq 1º- CPCJ residência Foi retirado a família - institucionalizado
10-01-2006	19-06-1989	M	21-12-2004	28-03-2005 01-03-2006	Não	1964	sep.	An alf.	Desempregada	1964	sep.	?	Trabalha	Não	Mãe e 3 filhos IAT	Abandono Morte da mãe	Centro de saúde Tribunal	Dez-04 Jan-06	Seg. S.	Mãe doente oncológica Reab- mãe faleceu
10-01-2006	06-11-1990	M	21-12-2004	28-03-2005 01-03-2006	Não	1964	sep.	An alf.	Desempregada	1964	sep.	?	Trabalha	Não	Mãe e 3 filhos IAT	Abandono Morte da mãe	Centro de saúde Tribunal	Dez-04 Jan-06	Seg. S.	Mãe doente oncológica Reab- mãe faleceu
10-01-2006	07-10-2003	M	21-12-2004	28-03-2005 01-03-2006	Não	1964	sep.	An alf.	Desempregada	1964	sep.	?	Trabalha	Não	Vizinha e criança IAT	Abandono Morte da mãe	Centro de saúde Tribunal	Dez-04 Jan-06	Seg. S.	Mãe doente oncológica Reab- mãe faleceu
16-10-2006	12-12-1990	F	10-01-2006	03-04-2006 10-05-2007	Psic. Pedop.	1953	solt.	?	Desempregada	1952	solt.	?	Trabalha	Não	Pais e filha Mãe e filha	Absentismo escolar Abandono Escolar	Escola GNR	Nov-05 Out-06	Saúde	

Reabertura	Data nac.	Sx	Abertura	Arquivado	Seguida	Mãe	Est civil	Esc	Profissão	Pai	Est civil	esc	Profissão	Seg. Psiq	Agreg. Familiar	Problemática	Sinalização	Dat Sinal	Gestor	Outros
19-03-2007	25-10-1995	F	30-10-1997	26-06-2000 21-09-2009	psic.	1970	cas. div.	?	Desempregada	1970	cas. div.	?	Trabalha	Não	Pais e filhas Mãe, padrasto e filhos	Negligência Absentismo escolar	HSB Escola	Out-97 Fev-07	Educação	2009- esteve institucionalizada Arq 2º-tribunal
22-01-2007 07-02-2011	05-04-1994	M	05-01-2000	12-10-2002 14-05-2009	psic.	1974	cas. div.	?	Desempregada	1976	cas. div.	?	Desempregado Trabalha	Não	Pais e 3 filhos Pai, companheira e 2filhos Mãe, padrasto e filhos	Negligência Negligência Exp. Comp. Desv	Escola Escola Anônimo	Jan-00 Jan-07 Fev-11	CMP	Acompanhado pelo RSI e CAFAP Padrasto rouba e é toxicodependente
22-01-2007 07-02-2011	05-03-1997	M	05-01-2000	12-10-2002 14-05-2009	pedop.	1974	cas. div.	?	Desempregada	1976	cas. div.	?	Desempregado Trabalha	Não	Pais e 3 filhos Pai, companheira e 2filhos	Negligência Negligência	Escola Escola	Jan-00 Jan-07	CMP	Acompanhado pelo RSI e CAFAP Ficou a viver com o pai
19-11-2007	03-09-1992	F	01-04-2000	26-06-2000 21-09-2009	psic.	1970	cas. div.	?	Desempregado	1970	cas. div.	?	Trabalha	Não	Pais e filhas Mãe, padrasto e filhas	Negligência Absentismo escolar	Serviço de saúde Escola	Abr-00 Mar-07	Educação	Arq- tribunal irmã 97 2009- teve institucionalizada arq2º- tribunal
29-10-2007	28-05-1996	F	02-02-2002	29-10-2007 13-10-2008	pedopsq	1968	div.	4º	Trabalha	1954	div.	?	Trabalha	Sim pai	Mãe efilho Mãe e filho	Negligência Maus tratos psicológicos pai	Pai Mãe	Fev-02 Out-07	CMP	irmão 185/2010 arq- tribunal
29-10-2007 29-11-2010	04-02-2001	M	03-10-2002	19-04-2004 30-03-2009	Não	1971	cas.	?	Trabalha	1974	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e criança Mãe, companheiro filho Mãe e filho	Maus tratos físicos Abandono escolar Negligência	Escola Escola CPCJ B.	Out-02 Out-07 Nov-10	CMP	
18-06-2007	16-11-1992	M	18-05-2003	02-05-2004 05-05-2008	Não	1970	sol.	?	Trabalha	1970	sol.	?	Trabalha	Sim mãe	Avós, mãe e 3 crianças Avós e crianças	Absentismo escolar Abandono escolar	Escola Escola	Fev-07 Mai-03	Educ.	Beneficiários de RMG
18-06-2007	16-11-1992	M	18-05-2003	02-05-2004 05-05-2008	pedopsq	1970	sol.	?	Trabalha	1970	sol.	?	Trabalha	Sim mãe	Avós, mãe e 3 crianças Avós e crianças	Comportamento desv. Absentismo escolar	Avó Escola	Fev-07 Mai-03	Educ.	Beneficiários de RMG
16-04-2007 14-06-2010	08-05-1996	M	10-07-2003	10-10-2005 19-03-2009	pedopsq	1964	cas.	?	Doméstica	1957	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos Pais e filhos	Maus tratos físicos Absentismo escolar	Anônimo Escola	Jul-03 Mar-09	Seg. S.	arq- CPCJ competente Acompanhado pelo RSI e APAV pai alcoólico - consulta de alcoolismo
21-04-2007	13-03-1995	M	07-07-2004	06-07-2006 17-07-2008	Não	1968	div.	?	Trabalha	1968	div.	?	Trabalha	Não	Pai, avó e criança Pai, avó e criança	Negligência Comportamento desv.	Escola Escola	Jul-04 Jul-07	Educ.	Pelas 2 vezes não cumpriram acordo, foram para tribunal
29-06-2007 08-01-2010	03-11-1995	M	21-10-2004	18-07-2005 23-04-2007 06-10-2011	pedop	1978	cas.	?	Trabalha	1978	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos Mãe e filhos	Violência doméstica Comportamento desv. Comportamento desv.	GNR Escola Escola	Out-04 Jun-07 Jan-10	Seg. S.	- Irmã também acompanha Apoio junto da mãe por 12 meses

18-01-2007 07-02-2011	08-11-2000	M	19-11-2004	03-05-2006 15-02-2009	Não	1974	sol.	?	Trabalha	1974	?	?	Trabalha	Não	Mãe companheiro e 3 filhos Pai, madrasta e filhos Mãe companheiro e 3 filhos	Maus tratos físicos  Negligência  Exp. Comp.dev	Pai  Mãe  Escola	Nov-04 Jan-07 Fev-11	CMP	Irmão também acompanhados 07/08/2000
19-03-2007	10-02-2005	M	15-03-2005	02-02-2006 02-07-2007	Não	1970	cas. div.	?	Trabalha	1970	cas. div.	?	Desempregado	Não	Pais e filhos  Avó e criança	Negligência  Negligência	Centro de saúde  Tribunal	Mar-05 Fev-07	Fund. Coi	Pais queriam dar a criança para adoção  Avó fica com poder paternal.
11-06-2007	14-01-1993	M	20-10-2005	17-04-2006 22-04-2009	Psic.	1962	cas.	4º	Desempregada	1962	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos  Pais e filhos	Abandono escolar  Abandono escolar	Escola  Escola	Set-05 Jun-09	Seg. S.	Apoio junto dos pais por 6 meses
29-10-2007	04-07-1998	M	03-07-2006	23-10-2006 16-06-2008	Psic.	1970	cas. div.	?	Trabalha	1970	cas. div.	?	Trabalha	Não	Mãe, pai e 3 filhos  Mãe e 3 filhos	Negligência familiar  Negligência familiar	Escola  Escola	Abr-06 Abr-08	CMP Educação	separados depois da reabertura.
19-03-2007	31-10-1995	M	19-07-2006	06-12-2006 13-09-2009	Psic.	1968	sol.	?	Desempregada	1967	sol.	?	Trabalha	Não	Pais e filho  Pais e filho	Comportamento dev.  Comportamento dev.	Escola  Escola	Jul-06 Mar-07	Centro social	
15-01-2007	02-10-1992	F	03-07-2006	24-07-2006 12-02-2007	Não	1978	sol.	?	Trabalha	1978	sol.	?	Desempregado	Não	Avós e criança  Avós e criança	Abandono escolar  Abandono escolar	Escola  Escola	Out-06 Out-05	Educação	

Reabertura	Data nac.	Sx	Abertura	Arquivado	Seguida	Mãe	Est civil	Esc	Profissão	Pai	Est civil	esc	Profissão	Seg. Psiq	Agreg. Familiar	Problemática	Sinalização	Dat Sinal.	Gestor	Outros
12-09-2008	16-01-1993	M	06-03-2007	07-01-2008	Não	1978	sol.	?	Trabalha	1978	sol.	?	Trabalha	Não	Avó e criança Tia e criança	Absentismo escolar Absentismo escolar	Escola Escola	Mar-07 Set-08	Educação	Mãe vive na Madeira com outros filhos arq1º- tribunal encaminhado PIEF
23-05-2008	30-05-1994	F	01-07-2002	29-09-2003 03-11-2008	Não	1980	cas.	?	Desempregada	1980	cas.	?	Trabalha Desempregado	Não	Pais e 2 filhos Pais e 2 filhos	Abandono escolar Negligência	Escola Anónimo	Jun-02 Mai-08	Educação	Arquivado para cpej residência Acompanhado RSI - vivem numa barraca
27-10-2008 12-04-2010	01-12-1995	M	05-01-2004	23-05-2004 23-11-2009	psic. pedop.	1958	cas.	?	Trabalha	1958	cas.	?	Desempregado Preso	Sim mãe	Pais e criança Mãe e criança	Maus tratos físicos Comportamentos desviantes Abandono escolar	Saúde Escola Escola	Jan-04 Out-08 Abr-10	Seg. S.	arq- tribunal arq2º- institucionalizado pai preso arq3º 28/03/2011 tribunal não consentimento do pai
11-03-2008 14-12-2009	08-02-2004	M	12-03-2004	02-01-2007 04-04-2010	Não	1979	cas.	?	Trabalha	1979	cas.	?	Trabalho	Não	Pais e filhos Pais e filho	Negligência Abandono escolar Maus tratos físicos	Anónimo Escola Irmã	Fev-04 Abr-08 Dez-09	CMP	067/2002irmã arq2º- CPCJ residente
16-06-2008	28-11-1993	F	30-01-2004	05-07-2004 10-10-2008	Não	1975	cas.	?	Desempregada	1975	cas.	?	Desempregado	Não	Pais e filha Pais e filha	Negligência Absentismo escolar	Vizinha Mãe	Jan-04 Set-08	Educação	pais toxicodependentes arq- tribunal arq- tribunal
28-07-2008	12-11-1998	M	12-01-2005	22-05-2006 30-03-2009	Não	1979	sep.	?	Trabalha	1979	sep.	?	Trabalha	Não	Mãe e filho	Absentismo escolar Maus tratos físicos padrasto	Anónimo Avó	Jan-05	CMP	arq2º tribunal acompanhada CAFAP
16-06-2008	09-11-1996	M	31-05-2005	20-02-2007 19-04-2010	Não	1956	cas.	?	Doméstica	1966	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos	Negligência Absentismo escolar	Escola Escola	Mai-05 Mai-08	Seg. S.	
05-05-2008	23-09-1993	F	14-01-2006	07-07-2008 08-02-2010	Não	1930	cas.	?	Desempregada	1958	sol.	?	Trabalha	Não	Pai, avó, tio e criança	Bulling Absentismo escolar	Tribunal Escola	Dez-05 Mai-08	Seg. S.	Acompanhado RSI
07-07-2008	30-08-2005	F	04-01-2006	23-06-2006 30-07-2008	Não	1979	sol.	?	Trabalha	1971	sol.	?	Trabalha	Não	Pais e criança Avó e criança	Rapto pelo pai Abandono mãe	Mãe Pai	Jan-06	fund. COI	Mãe seropositiva e pai toxicodependente arq- tribunal
06-05-2008 28-09-2009	10-02-1998	F	03-02-2006	05-05-2007 13-01-2009 09-10-2009	Não	1972	sol.	?	Desempregada	1972	sol.	?	Trabalha	Sim mãe	Mãe e filhos Pai e filho Pais e filhos	Negligência Absentismo escolar	Anónimo Escola Negligência	Fev-06 Mai-08 Set-09	CMP	Acompanhado pelo RSI; o pai levou o menores p França reab 2º- pais alcoólicos crianças passam o dia num café arq- tribunal
06-05-2008 28-09-2008	09-06-1997	F	03-02-2006	05-05-2007 13-01-2009	Não	1972	sol.	?	Desempregada	1972	sol.	?	Trabalha	Sim mãe	Mãe e filhos	Negligência Absentismo escolar	Anónimo Escola	Fev-06	CMP	Acompanhamento RSI

06-05-2008 28-09-2008	19-08-2003	M	03-02-2006	05-05-2007 13-01-2007	Não	1972	sol.	?	Desempregada	1972	sol.	?	Trabalha	Sim mãe	Mãe e filhos	Negligência Absentismo escolar	Anônimo Escola	Fev-06	CMP	Acompanhamento RSI
31-03-2008	27-08-1992	M	21-03-2006	02-10-2006 09-03-2009	Não	1970	cas.	4º	Doméstica	1970	cas.	4º	Trabalha	Não	Pais e 6 filhos	Negligência Absentismo escolar	Escola Escola	Mar-06 Nov-08	Fund. COI	arq- tribunal por não cumprimento do acordo
31-03-2008	26-07-1994	M	21-03-2006	02-03-2006 09-03-2009	Não	1970	cas.	4º	Doméstica	1970	cas.	4º	Trabalha	Não	Pais e 6 filhos	Negligência Absentismo escolar	Escola Escola	Mar-06 Nov-08	Fund. COI	arq- tribunal por não cumprimento do acordo
31-03-2008	23-03-1996	M	21-03-2006	02-03-2006	Não	1970	cas.	4º	Doméstica	1970	cas.	4º	Trabalha	Não	Pais e 6 filhos	Negligência Absentismo escolar	Escola Escola	Mar-06 01-Nov	Fund. COI	arq- tribunal por não cumprimento do acordo
31-03-2008	15-11-2000	M	21-03-2006	02-03-2006	Não	1970	cas.	4º	doméstica	1970	cas.	4º	Trabalha	Não	Pais e 6 filhos	Negligência Maus tratos psicológicos	Escola Escola	Mar-06 Nov-08	Fund. COI	arq- tribunal por não cumprimento do acordo
31-03-2008	11-10-2004	F	21-03-2006	02-03-2006	Não	1970	cas.	4º	doméstica	1970	cas.	4º	Trabalha	Não	Pais e 6 filhos	Negligência Maus tratos psicológicos	Escola Escola	Mar-06 Nov-08	Fund. COI	arq- tribunal por não cumprimento do acordo
07-07-2008	05-11-1993	M	23-01-2006	24-07-2006 15-09-2008	Não	1981	cas.	?	Desempregada	1980	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e criança	Abandono escolar Abandono escolar	Escola Escola	Jan-06 Jul-08	Educação	arq- tribunal arq2º- CPCJ competente
29-05-2008 16-11-2009	14-01-1995	F	20-11-2006	26-03-2007 18-01-2009 18-01-2010	Não	1968	cas.	12º	Desempregada	1965	cas.	?	Trabalha	Não	Mãe e filha	Maus tratos físicos e psic. Absentismo escolar Abandono escolar	SOS criança Escola Escola	Nov-06 Mai-08 Nov-09	Educação	pais separados
19-11-2008	25-08-2005	M	10-10-2006	27-11-2006 31-05-2010	Não	1980	sol.	?	Trabalha	1978	sol.	?	Trabalha	Não	Pais e criança Mãe e criança	Conflitos conjugais Negligência	Mãe Irmã	Out-06 Nov-08	Seg. S.	irmão- 166/2007 arq- CPCJ competente.
31-03-2008	09-01-2002	F	06-08-2006	10-09-2007 11-12-2008	psic.	1982	sep.	6º	Trabalha	1980	sep.	6º	Trabalha	Não	Mãe e padrasto e filhos	Maus tratos físicos Maus tratos físicos padrasto	Anônimo Pai	Ago-06 Mar-08	Seg. s.	pais separados arq- tribunal não cumpriram
31-03-2008	09-01-2002	F	06-08-2006	10-09-2007 11-12-2008	psic.	1982	sep.	6º	Trabalha	1980	sep.	6º	Trabalha	Não	Mãe e padrasto e filhos	Maus tratos físicos Maus tratos físicos padrasto	Anônimo Pai	Ago-06 Mar-08	Seg. s.	pais separados arq- tribunal não cumpriram
30-06-2008	24-01-2000	F	14-05-2007	31-03-2008 09-11-2009	Não	1985	sol.	?	Desempregada	1987	sol.	?	Desempregada	Não	Tios e criança Tio, avó e criança	Negligência Regulação parental	Escola Familiares	Abr-07 Jun-08	CMP	abandonado pela mãe arq- tribunal

22-12-2008	08-06-2002	M	21-11-2007	12-08-2008 03-08-2009	Não	1984	sol.	9º	Desempregada	1984	sol.	8º	Trabalha	Não	Pais e 2 filhos Mãe e filhos	Maus tratos físicos Absentismo escolar	Familiares Escola	Set-06 Out-08	CMP	arq- CPCJ residência
19-05-2008	28-10-1994	M	02-09-2007	11-02-2008 19-07-2007	psic.	1970	cas.	?	Doméstica	1970	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos	Negligência Absentismo escolar	Saúde Escola	Ago-07 Mai-08	Seg. S.	
31-03-2008	19-02-1999	M	22-10-2007	11-01-2008 11-01-2010	pedop.	1964	cas.	?	Trabalha	1966	cas.	?	Desempregado	Não	Pais e filhos	Doença bipolar Agressão aos colegas	Anónimo Escola	Out-07 Mar-08	Educação	encaminhamento. 1º linha saúde
03-11-2008	17-03-2000	F	10-10-2007	10-01-2008 31-05-2010	Não	1980	cas.	?	Doméstica	1980	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos	Carência económica Negligência	Escola Anónimo	Out-07	Seg. S.	arq- CPCJ competente.

Reabertura	Data nac.	Sx	Abertura	Arquivado	Seguida	Mãe	Est civil	Esc	Profissão	Pai	Est civil	esc	profissão	Seg. Psiq	Agreg. Familiar	Problemática	Sinalização	Dat Sinal.	gestor	Outros
29-01-2009	18-12-1994	M	01-10-1996	12-05-1998 18-01-2010	psic.	1952	div.	?	Desempregada	1952	div.	?	Trabalha	Não	Avós e criança	Negligência Absentismo escolar	Vizinhos Escola	Out-96 Jan-09	CMP	arq- CPCJ competente.
27-04-2009	04-08-1997	M	18-03-1998	21-05-1998	Não	1972	cas.	?	Doméstica	1972	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos	Negligência Abandono escolar	Anónimo Escola	Mar-98 Abr-09	CMP	
02-02-2009 13-06-2011	09-06-1998	M	06-06-2000	02-05-2002 20-12-2010	psic.	1973	sol.	4º	Reformada invalidez	1952	cas.	4º	Trabalha	Não	Mãe e filhos Mãe e filhos, tios e primos	Problemas de Saúde Negligência Absentismo escolar	Saúde Escola Escola	Jun-00 Dez-08 Jun-11	Seg. Social	relação extra conjugal encaminhados RSI
02-02-2009 13-06-2011	17-06-1999	M	06-06-2000	02-05-2002 20-12-2010	Não	1973	sol.	4º	Reformada invalidez	1952	cas.	4º	Trabalha	Não	Mãe e filhos Mãe, filhos, tios e primos	Problemas de Saúde Negligência Absentismo escolar	Saúde Escola Escola	Jun-00 Dez-08 Jun-11	Seg. S.	relação extra conjugal encaminhados RSI
30-11-2009	20-10-1992	M	21-02-2001	10-06-2003 20-12-2010	Não	1979	sol.	?	Desempregada	1979	sol.	?	Trabalha	Não	Pais r filhos Pai e filhos	Comportamentos desviantes Dificuldades económicas	Escola Familiars	Fev-01 Nov-09	CMP	
19-10-2009 04-04-2011	25-05-2000	M	17-05-2002	12-02-2003 25-02-2010	pedop.	1972	div.	?	Trabalha	1972	div.	?	Trabalha	Não	Mãe e filho Pai e avó e criança Tios e criança	Negligência Comportamentos desv. Negligência	Anónimo Familiar CAFAP	Mai-02 Out-09 Out-11	CMP	tribunal- responsabilidades parentais
19-01-2009	10-02-1994	M	26-05-2003	02-04-2004 18-01-2010	Não	1975	div.	?	Trabalha	1975	div.	?	Trabalha	Não	Mãe, padrasto e filhos (muitos companheiros)	Maus tratos físicos Comportamentos desviantes	Familiar GNR	Fev-03 Dez-08	CMP	Acompanhamento. RSI arq 2º- tribunal por incumprimento do acordo- mãe não consegue por regras ao filho
16-03-2009	04-08-1997	M	18-12-2003	23-10-2006 09-11-2009	Não	1935	cas.	?	Trabalha	1935	cas.	?	Reformado	Não	Avós e irmão	Dificuldades económicas Regulação parental	Familiar Familiar	Set-03 Mar-09	Seg. S.	arq 2º- regulação parental para os avós
16-03-2009	04-08-1997	M	18-12-2003	23-10-2004 09-11-2009	Não	1935	cas.	?	Doméstica	1935	cas.	?	Reformado	Não	Avós e irmão	Dificuldades económicas Regulação parental	Familiar Familiar	Set-03 Mar-09	Seg. S.	arq 2º-regulação parental para os avós
04-05-2009	10-07-2003	M	03-05-2003	25-01-2005 05-07-2010	psic.	1982	sol.	?	Desempregada	1970	sol.	?	Trabalha	Sim mãe	Pais e criança	Negligência Negligência	Anónimo Anónimo	Mai-03 Mai-09	Seg. S.	Acompanhamento. RSI arq 2º- CPCJ competente
08-06-2009	01-04-2004	M	20-04-2004	22-06-2009 21-01-2010	Não	1986 (mãe) 1957 (avó)	sol. cas.	?	Estuda Doméstica	1982 (pai) 1954 (avó)	sol. cas.	?	Estuda Trabalha	Não	Mãe, criança e avós Pais e criança	Negligência Maus tratos físicos	Pai Anónimo	Abr-04 Jun-09	Fund. COI	

09-11-2009	02-12-1996	F	19-08-2004	31-03-2008 08-11-2010	psic.	1957	viu.	?	Desempregada	faleceu		?		Não	Avó e criança	Abandono da mãe Comportamentos desviantes	CAFAP Escola	Jul-04 Nov-09	CMP	pai faleceu. Criança com défice cognitivo. Acompanha. CAFAP 1º arq tribunal por incumprimento do acordo
27-04-2009	21-11-1996	M	04-04-2004	17-05-2005 19-10-2009	Não	1957	div.	9º	Desempregada	1957	div.	?	Trabalha	Não	avós e criança	Absentismo escolar Violência doméstica	Escola Escola	Abr-04 Abr-09	Seg. S.	arq2º- CPCJ competente
15-06-2009	31-12-1991	F	23-03-2006	11-02-2008 31-05-2010	Não	1973	cas.	?	Trabalha	1973	cas.	?	Trabalha	Não	Mãe, padrasto e filha	Absentismo escolar Negligência	Escola Anónimo	Mar-06 Jun-09	CMP	
16-11-2009	25-01-1994	M	07-10-2006	31-03-2008 16-11-2009	Não	1957	sol.	?	Trabalha	1957	sol.	?	Reformado	Não	Avós e criança	Abandono Dificuldades económicas	Tribunal GNR	Out-06 Nov-09	Seg. S.	pai faleceu. Criança com défice cognitivo. Acompanha. CAFAP pais toxicodependentes
16-11-2009	16-09-1995	M	07-10-2006	31-03-2008 16-11-2009	Não	1957	sol.	?	Desempregada	1957	sol.	?	Reformado	Não	Avós e criança	Abandono Dificuldades económicas	Tribunal GNR	Out-06 Nov-09	Seg. s.	
29-09-2008 16-11-2009	14-01-1995	F	15-11-2006	26-03-2007 30-03-2009	Não	1960	cas.	12	Desempregada	1960	cas.	?	Trabalha	Não	Mãe e criança	Maus tratos físicos e psc Absentismo escolar	Irmão Escola	Nov-06 Nov-08	Educação	reab- abandono escolar arq- 18/01/2010 curso CEF
18-05-2009	09-03-1993	M	26-10-2006	27-11-2006 12-07-2010	psic. psiq	1966	div.	?	Trabalha	1966	div.	?	Trabalha	sim mãe	Mãe e criança Avós e criança	Maus tratos físicos Maus tratos psicológicos	Anónimo Irmão	Out-06 Mai-09	CMP	pais separados encaminhado CAFAP
13-07-2009 17-01-2011	06-06-1996	M	23-03-2007	08-10-2007 31-05-2010	pedop.	1977	união de facto	6º	Doméstica	1977	união de facto	5º	Trabalha	Não	4 filhos e pais	Comportamento desviante Absentismo escolar Abandono escolar	Escola Escola Escola	Fev-07 Jul-09 Jan-11	Fund. COI	encaminhado CAFAP
16-11-2009	29-01-1995	M	19-03-2007	12-02-2008 18-01-2010	Não	1970	div.	6º	Trabalho	1975	div.	6º	Desempregado	Não	Pai e criança Mãe e criança	Negligência Abuso sexual	Anónimo Anónimo	Mar-07 Nov-09	CMP	encaminhado CAFAP pai abusou do filho e foi preso tribunal
11-05-2009 18-01-2010	26-08-2006	F	03-03-2007	29-06-2008 28-09-2009 07-09-2010	Não	1974	sol.	?	Trabalha	1974	sol.	?	Trabalha	Não	Tios e criança Tios e criança	Abandono pais Negligência Abandono escolar	Anónimo Anónimo Escola	Mar-07 Mai-09 Jan-10	Seg. S.	pai preso arq2º-tribunal o pai n assinou arq3º- foi para Espanha
05-01-2009	13-09-1993	M	14-01-2008	25-02-2008 26-01-2009	Não	1960	div.	?	Trabalha	1960	div.	?	Desempregado	Não	Mãe e filha	Comportamento desviante Abandono escolar	Anónimo Escola	Dez-07 Out-08	Educação	Encaminhada para PETI/ prob, económicos. Graves Esta a frequentar o PIEF
13-04-2009	09-12-1993	M	17-03-2008	09-02-2009 14-09-2009	psic. psiq.	1968	sol.	?	Desempregada	1968	sol.	?	Trabalha	Não	Pais e filha	Comportamentos desadequados Absentismo escolar	Escola Escola	Mar-08 Abr-09	Seg. social Educação	Encaminhado para tribunal - consumo de droga encaminhado CAFAP- arq enviado p outra CPCJ

21-09-2009	29-03-1999	F	31-03-2008	22-06-2009 19-07-2010	Não	1975	sol.	4º	Trabalha Desempregada	1969	sol.	?	Trabalha Holanda	Não	Avós paternos e crianças	Abandono da mãe Carência económica	Anónimo Familiare	Mar-08 Set-09	Seg. social	Apoio junto de outros familiares a mãe vai buscar de 15 em 15 dias
21-09-2009	13-08-2004	M	31-03-2008	22-06-2009 19-07-2010	Não	1975	sol.	4º	Trabalha Desempregada	1969	sol.	?	Trabalha Holanda	Não	Avós paternos e crianças	Abandono da mãe Carência económica	Anónimo Familiare	Mar-08 Set-09	Seg. social	Apoio junto de outros familiares a mãe vai buscar de 15 em 15 dias
07-09-2009	21-01-1992	F	25-10-2008	22-06-2009 18-10-2010	Não	1975	sol.	?	Trabalha	1975	sol.	6º	Trabalha	Não	Pai, companheira e filhos	Abandono escolar Adolescente grávida	Escola Saúde	Out-08 Set-09	CMP	Lar Luisa Navarro no Porto
16-11-2009	04-02-2008	M	13-04-2009	20-04-2009 16-11-2009	Não	1976	sol.	?	Trabalha	1974	sol.	?	Desempregado	Não	Mãe e criança	Negligência Maus tratos psicológicos mãe	Avó Pai	Mar-09 Nov-09	CMP	pais separados não existe perigo os progenitores é que então em conflitos
21-05-2010	26-10-1992	F	02-11-2009	12-01-2010 25-10-2011	Não	1972	cas.	?	Trabalha	1971	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e crianças	Negligência Abandono escolar	Familiare Escola	Nov-09 Mai-10	USSC M	

Reabertura	Data nac.	S x	Abertura	Arquivado	Seguida	Mãe	Est civil	Es c	Profissão	Pai	Est civil	esc	profissão	Seg. Psiq	Agreg. Familiar	Problemática	Sinalização	Dat Sinal.	gestor	Outros
15-11-2010	26-11-1996	M	02-12-2002	12-07-2010	Não	1973	cas.	?	Trabalha	1973	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e 4 criança	Absentismo escolar Comportamentos Desviantes	Escola Escola	Dez-02 Nov-10	Educação	
16-09-2010	16-05-2002	M	09-03-2003	02-04-2005 07-07-2011	Não	1974	cas.	?	Desempregada	1975	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e criança Tios e criança	Rapto da criança por parte do pai Responsab. Parentais	Familiar Familiar	Ago-03 Set-10	Seg. Social	processo enviado p tribunal, criança teve institucionalizada e os tios foram busca-la. Neste momento vive com pai e companheira
02-08-2010	12-01-2003	M	22-08-2003	07-05-2007	Não	1986	sol.	?	Trabalha	1985	sol.	?	Desempregado	Não	Mãe, 3 filho e avós Avós e criança	Negligência Comportamentos Desviantes	Avó Escola	Ago-03 Ago-10	CMP	pai preso arq tribunal institucionalizado em 11/2010 por incapacidade avos
26-07-2010	23-04-2000	F	08-01-2007	14-04-2008 12-09-2011	Não	1975	div.	4º	Desempregada	1975	div.	?	Trabalha	Não	Avós segundo tribunal	Negligência Familiar Violência doméstica	Centro de saúde Vizinhos	Jan-07 Jul-10	Seg. Social	Esteve em Sintra a viver mãe alcoólica e avó também na reab.
29-11-2010	31-12-2003	F	22-03-2006	05-05-2008	Não	1974	cas.	?	Desempregada	1973	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos	Negligência Negligência	Centro Comunitário	Mar-06 Nov-10	CMP	RSI
29-11-2010	13-02-2005	F	22-03-2006	05-05-2008	Não	1974	cas.	?	Desempregada	1973	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos	Negligência Negligência	Centro Comunitário	Mar-06 Nov-10	CMP	
25-05-2010	29-06-1998	F	05-05-2006	26-06-2008	Não	1971	cas.	?	Desempregada	1965	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e 5 filhos	Negligência Negligência	Escola Escola	Mai-06 Mai-10	Educação	
21-06-2010 25-07-2011	12-04-2003	M	12-09-2006	30-03-2007	Não	1980	div.	?	Desempregada	1981	div.	?	Trabalha	Não	reab- mãe seg. tribunal Pai, criança e avós	Família disfuncional Negligência pai Negligência	Centro de saúde Mãe Familiares	Jun-06 Jun-10 Jul-11	CMP	criança c atraso no desenvolvimento psicomotor e paralisia facial
25-01-2010	18-06-2006	F	06-09-2006	17-03-2008 19-07-2010	Não	1988	sol.	?	Desempregada	1988	sol.	?	Trabalha	Não	Mãe e criança Pai desde 2009	Adolescente grávida Negligência mãe	Tribunal Anónimo	Set-06 Jun-09	CMP	enviada CPCJ competente
15-11-2010	23-08-1997	M	15-01-2007	15-01-2007 26-12-2011	Não	1905	sol.	?	Trabalha	1905	sol.	?	Trabalha	Não	Pais e criança	Negligencia Abandono escolar	Familiar Escola	Jan-07 Nov-10	CMP	arq- fora do território nacional
26-07-2010	25-09-2002	F	18-09-2007	28-12-2008 24-06-2011	Não	1955	avó cas	?	Desempregada	1952	cas.	?	Trabalha	Não	Avós e criança	Absentismo Escolar Absentismo Escolar	Escola Escola	Set-07 Jul-10	Educação	criança c os avós pais separados

18-10-2010	23-09-2003	M	12-09-2007	26-05-2008 10-10-2011	Não	1962	cas.	?	Desempregada	1961	cas.	?	Desempregado	Sim mãe	Pais e irmão Mãe e filho	Maus tratos psicológicos Dificuldades económicas	Tribunal Familiare	Set-07 Out-10	Seg. S.	encaminhado CAFAP
18-10-2010	23-09-2003	F	12-09-2007	26-05-2008 10-10-2008	Não	1962	cas.	?	Desempregada	1961	cas.	?	Desempregado	Não	Pais e irmão Pai e filho	Maus tratos psicológicos Maus tratos psicológicos	Tribunal Tribunal	Set-07 Out-10	Seg. S.	encaminhado CAFAP
26-09-2010	30-04-1997	M	10-10-2007	30-03-2009 26-09-2010	Não	1962	sol.	?	Trabalha	1960	sol.	?	Trabalha	Não	Mãe, padrasto e filho	Maus tratos físicos Maus tratos físicos padrasto	Avó Escola	Out-07 Set-10	CMP	arq-tribunal esgotada todos os meios remetido tribunal
22-06-2010	04-02-1994	F	26-06-2008	21-09-2009 09-05-2011	Não	1975	Sol.	?	Trabalha	1970	Sol.	?	Desempregado	Não	Mãe, padrasto, irmã, ela	Absentismo escolar Negligência	Estabel. Ensino Anónimo	Jan-08 Set-10	Educação	dois irmãos, acomp. 1º linha serv. Ação social no âmbito do RSI e CAFAP grávida e vai viver c o namorado q trab
12-07-2010 05-12-2011	13-12-1995	M	30-04-2008	12-02-2009 22-11-2010	Não	1975	cas.	?	Trabalha	1974	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e irmão	Abandono escolar Absentismo escolar Abandono escolar	Escola Escola Escola	Abr-08 Jul-10 Dez-11	Educação	
08-03-2010	24-12-1995	F	30-06-2008	14-09-2009	Não	1960	sol.	?	Trabalha	1960	sol.	?	Trabalha	Sim pai	Pais e filha Mãe e filha	Abandono Escolar Abandono Escolar	Escola Escola	Jun-08 Mar-10	Educação Aida	
29-11-2010	10-11-2007	F	16-06-2008	28-07-2008 24-10-2011	Não	1972	cas.	9º	Trabalha	1974	cas.	?	Desempregado	Sim mãe	Mãe, avós e crianças	Maus tratos psicológicos Negligência na Educação	Familiare Escola	Jun-08 Nov-10	CMP	Família encaminhada para terapia familiar
29-11-2010 12-09-2011	07-05-2005	F	16-06-2008	28-07-2008 24-10-2011	Não	1972	cas.	9º	Trabalha	1974	cas.	?	Desempregado	Sim mãe	Mãe , avós e crianças Avós e criança	Maus tratos psicológicos Exp. Comportamentos desviantes Violência doméstica	Familiare Escola Familiare	Jun-08 Nov-10 Set-11	CMP	mãe jovem; irmã da anterior acompanhados em apoio familiar
18-10-2010	06-04-2006	F	05-09-2008	19-07-2010	Não	1974	cas.	?	Trabalha	1975 padrast	cas.	?	Trabalha	Não	Mãe, padrasto e 2 filhos	Negligência Maus tratos físicos	Anónimo Vizinha	Set-08 Out-10	Seg. S.	irmã 24/2010
01-08-2010	22-03-2003	M	04-12-2008	12-01-2009 11-10-2010	psic. Pedop.	1970	cas.	?	Trabalha	1968	cas.	?	Trabalha	Sim mãe	Pais e filho	Violência doméstica Abuso emocional pelo pai	Vizinhos Mãe	Set-08 Ago-10	CMP	pais separados foi para tribunal
29-11-2010	18-08-1998	M	24-11-2008	22-02-2010	Pedopsiq	1980	cas.	?	Trabalha	1980	cas.	?	Desempregado	Não	Pais Pais	Abandono Escolar Negligência	Escola Anónimo	Nov-08 Nov-10	Educação	A criança apresenta perturbações depressivas
25-10-2010	19-02-1995	F	05-11-2008	09-11-2009 28-03-2011	Não	1971	sol.	?	Desempregada	1969	sol.	?	Trabalha	Não	Pais Irmã	Maus tratos psicológicos Comportamentos desadequados	GNR Escola	Out-08 Out-10	Educação Aida	institucionalizada em 04-02-11, fica a guarda da irmã 9-11-09 Violada desde os 7 anos e substituiu-se em 02-11, fugiu p os pais -tribunal

13-12-2010	23-07-1994	M	11-02-2009	05-04-2010	psic.	1954	sep.	?	Trabalha	1954	sep.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos Mãe e 2 filhos	Abandono Escolar Abandono Escolar	Escola Escola	Fev-09 Dez-10	Educação	criança hiperativa- pai tem mais 3 filhos o irmão esta preso - pai alcoólico e vive sozinho e exerceu violência domestica quando casado e a mãe desta criança
08-11-2010	22-11-2008	M	05-02-2009	09-11-2009	Não	1986	sol.	?	Trabalha	1984	sol.	?	Desempregado	Não	Pais e filhos	Negligência Negligência	Caritas Anônimo	Fev-09 Nov-10	Saúde	arq- tribunal esgotada todos os meios acompanhados CAFAP
08-11-2010	27-01-2007	F	05-02-2009	09-11-2009	Não	1986	sol.	?	Trabalha	1984	sol.	?	Desempregado	Não	Pais e filhos	Negligência Negligência	Caritas Anônimo	Fev-09 Nov-10	Saúde	
15-11-2010	15-08-1993	M	16-02-2009	02-08-2010 03-12-2010	pedopsiq	1978	sol.	?	Trabalha	1975	sol.	?	Trabalha	Não	Tios Tios	Comportamentos desviantes Comp. Desviantes	Escola Familiar	Dez-08 Nov-10	USSC M	mãe abandonou o filho
11-10-2010	22-11-2004	M	02-03-2009	06-04-2009	S. Interv. precoce	Avo 1960 Mãe 1989	cas. sol.	?	Doméstica Desempregada	Avô 1947 Pai 1982	cas. sol.	?	Trabalha	Não	Pai e Avós paternos	Negligência Negligência	Equipa de RSI - COI Equipa de RSI - COI	Fev-09 Out-10	Seg. Social	A avó bebia e continua a beber. Seguidos pela Equipa RSI A mãe já tem mais 2 filhos.
15-11-2010	16-09-1993	M	26-03-2009	16-11-2009 14-03-2011	Não	1975	sep.	?	Trabalha	1970	sep.	?	Trabalha nigeriana	Não	Pais e filho Pai e filho	Negligência Absentismo escolar	PIEF Pinhal Novo Escola	Mar-09 Nov-10	Educação	mãe abandonou lar criança vive sozinha- álcool e droga- tribunal não assinou consentimento
08-02-2010	03-02-1994	M	27-03-2009	09-11-2009 22-02-2010	psic.	1970	div.	?	Trabalha	1974	div.	?	Desempregado	Não	Mãe e criança	Absentismo escolar Agressão a um colega	Escola GNR	Mar-09 Fev-10	Educação	encaminhado PIEF
25-10-2010	08-02-1993	F	07-04-2009	04-05-2009 13-12-2010	Não	1961	div.	?	Trabalha	1961	div.	?	Desempregado	Não	Mãe e filha Mãe e filha	Maus tratos físicos Comp. Desviantes	Anônimo Familiar	Abr-09 Out-10	Seg. S.	criança bate na mãe
15-11-2010	23-02-1995	M	18-05-2009	16-11-2009 29-11-2010	pedopsiq	1978	sep.	?	Trabalha	1978	sep.	Lic.	Trabalha	Sim mãe	Vive c a mãe Vive c o pai	Absentismo escolar Maus tratos físicos pai	PIEF Pinhal Novo Mãe	Mai-09 Nov-10	CMP	mãe depressão tribunal por não consentimento
25-01-2010	21-03-1995	M	18-05-2009	22-08-2009 21-03-2011	psicologia pedopsiq	1974	div.	?	Desempregada	1974	div.	?	Trabalha	Não	Fica c pai	Absentismo escolar Comportamentos desviante	Escola Escola	Mai-09 Jan-10	Educação	mãe toxicodependente acomp por 1º linha fund. COI CPCI competente
21-05-2010	16-09-1995	M	16-07-2009	14-09-2009 24-01-2011	pedop. psic.	1971	viu.	9º	Trabalha	1982 padrasto	sol.	6º	Desempregado	Não	Pai faleceu vive mãe padrasto Avó	Negligência Abandono escolar	Escola Escola	Jul-09 Set-10	USSC M	Criança hiperativa e provocadora. Remetido para 1º linha RSI;
21-09-2010	26-10-1992	F	16-07-2009	16-09-2009 24-09-2011	Não	1971	viu.	9º	Trabalha	1982	sol.	6º	Desempregado	Não	Mãe, padrasto e irmão Avó	Negligência Abandono escolar	Escola Escola	Jul-09 Set-10	USSC M	Criança fugiu de casa, mas regressou. Remetido para 1º linha RSI- arq por maioridade
14-06-2010	16-09-2009	F	09-10-2009	10-05-2010	Não	1993	sol.	?	Desempregada	1969	div.	?	Trabalha	Não	Mãe, pai e filha Avós e mãe	Grávida adolescente Negligência	CHS Anônimo	Set-09 Jun-10	Saúde	encaminhados 1º linha RSI e CAFAP apoio por 12 meses- arq para tribunal

19-07-2010	12-09-1998	M	08-02-2010	01-03-2010 29-06-2011	pedo psiq	1982	sol.	?	Trabalha	1980	sol.	?	Desempregado	Não	avos mãe e 2 filhas avos	Exp. Comp. Desviantes Negligência	Familiar Escola	Fev-10 Jul-10	CMP	Tem uma irmã arq CPCJ residência -
18-10-2010	06-08-2008	F	08-02-2010	19-07-2010	Não	1974	div.	?	Trabalha	1975	div.	?	Trabalha	Não	Mãe padrasto 2 filhos	Negligência Negligência	Escola Anónimo	Fev-10 Out-10	Seg. S.	arq- CPCJ residência
08-11-2010 28-03-2011	21-06-2004	F	15-02-2010	04-10-2010 24-10-2011	Não	1988	div.	?	Desempregada	1987	div.	?	Trabalha	Sim	Mãe, padrasto e filhas Avós Mãe, padrasto	Maus tratos físicos Negligência Negligência	Mãe Anónimo CPCJ	Fev-10 Nov-10 Mar-11	CMP	arq- CPCJ residência reab porque regressou arq criança com avos
08-11-2010 08-11-2011	22-06-2009	F	15-02-2010	04-10-2010	Não	1988	div.	?	Trabalha	1987	div.	?	Trabalha	Sim	Mãe, padrasto e 2 filhos Avós Mãe, padrasto	Maus tratos físicos Negligência Negligência	Mãe Anónimo CPCJ	Fev-10 Nov-10 Mar-11	CMP	irmã da anterior
28-06-2010	16-06-2005	F	01-03-2010	01-03-2010	Não	1979	sol.	?	Trabalha	1978	sol.	?	Trabalha	Não	Vive com o pai Pai, mãe e filha	Negligência Abuso emocional	Mãe CAFAP Azeitão	Jun-05 Jun-10	Seg. Social	CPCJ competente encaminhamento CAFAP
22-11-2010 03-10-2011	28-07-2008	M	07-07-2010	12-09-2010 25-07-2011	Não	1990	sol.	4º	Desempregada	1980	sol.	6º	Trabalha	Não	Pai e 2 crianças	Violência Domestica Negligência Negligência	Anónimo Anónimo Anónimo	Jul-10 Nov-10 Out-11	CMP	arq por CPCJ resi mudança constante de residência arq2º CPCJ resid encaminhado CAFAP e apoio económico

Reabertura	Data nac.	Sx	Abertura	Arquivado	Seguida	Mãe	Est civil	Esc	Profissão	Pai	Est civil	esc	profissão	Seg. Psiq	Agreg. Familiar	Problemática	Sinalização	Dat Sinal	gestor	Outros
13-06-2011	25-04-1996	M	06-03-1998	15-06-1998	psic.	1971	cas.	?	Doméstica	1969	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e 5 filhos	Negligência Dificuldades económicas	Escola Família	Mar-98 Jun-11	CMP	RSI
10-10-2011	11-04-1998	F	03-09-2001	17-09-2001	psic.	1981	sol.	?	Reforma invalidez	1978	sol.	?	Trabalha	não	Avós, mãe e irmão Avós e irmão	Comportamentos desviantes Violência doméstica	Avó Escola	Ago-01 Out-11	Seg. S.	vive com os avós, a mãe teve um acidente ficou com para parestia neste momento vive com pai e companheira
20-06-2011	10-11-2002	M	09-03-2004	13-03-2006	pedop.	1972	cas.	?	Trabalha	1970	cas.	?	Trabalha	Não	Pais Avós primos e criança	Maus tratos físicos Dificuldades económicas	Ministério público RSI	Mar-04 Jun-11	USSC M	tribunal entrega guarda a avos- pais toxicodependente RSI
25-07-2011	10-02-1994	F	22-04-2004	24-01-2005 19-09-2011	Não	1970	cas.	?	Trabalho	1975	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e 2 filhas	Abuso Sexual Abuso Sexual	Anónimo APAV	Abr-04 Jul-11	CMP	arq- tribunal tribunal
17-01-2011	21-10-2001	M	05-06-2005	20-02-2006 07-11-2011	Não	1976	div.	?	Trabalha	1976	div.	?	Trabalha	Não	Mãe e filho Mãe, padrasto e filho	Negligência Maus tratos psicológicos	Pai Anónimo	Jun-05 Jan-11	educação CMP	
06-06-2011	23-06-1997	M	03-07-2006	24-11-2008 06-12-2011	Não	1973	div.	?	Trabalho	1971	div.	?	Desempregado	Não	Mãe, padrasto e irmã	Abandono escolar Exposição a modelos parentais	Escola Escola	Mar-06 Jun-11	Seg. Social	
31-01-2011	27-08-1992	F	15-01-2007	06-03-2008 07-02-2011	Psicologia	Avó 1955	cas.	4 ano	Doméstica	Avó	cas.	4 ano	Trabalha	Não	Avós e ela	Violência doméstica Negligência alimentar	Anónimo Vizinhas	Jan-07 Jan-11	USSC M	
05-12-2011	31-08-1995	M	07-12-2007	20/14/2009	Não	1974	Div.	?	Desempregada	1976	Div.	?	Trabalha	Não	Mãe e 2 filhos	Abandono escolar Exp. Comp. Dev. Negligência	Escola Escola	Fev-07 Dez-11	Educação	
03-01-2011	17-10-1998	F	02-06-2007	02-06-2007 24-01-2011	Não	1980	div.	?	Desempregada	1982	div.	?	Trabalha	Não	Mãe, padrasto e 3 filhos Mãe e 3 filhos	Maus tratos físicos Abuso sexual - padrasto	Escola Mãe	Jun-07 Jan-11	CMP	Foi para tribunal por não autorização dos pais Foi para tribunal por suspeita de abuso sexual
04-07-2011	13-08-1995	F	19-02-2007	24-07-2007	Psicologia	1965	Solt.	7º ano	Trabalha	1962	?	?	Desempregado	Sim	Tios/primos/Mãe/criança/Avó Mãe/Avó/Criança	Abandono Escolar Comportamentos desadequados	Escola Escola	Fev-07 Abr-11	Educação	família c/ problemas financeiros pais separados, pai toxicodependente .
11-07-2011	06-07-1996	M	17-10-2007	22-10-2007	Não	1974	Div.	?	Trabalho	1974	Div.	?	Desempregado	Não	Mãe e filho Um mês c pai e outro c mãe	Abandono escolar Absentismo escolar	Escola GNR	Out-07 Jul-11	Educação	pais separados, regulação parental
30-05-2011	01-09-2002	M	14-01-2008	25-01-2009 30-11-2011	Não	1985	solt.	7º	Desempregada Trabalha	1986	solt.	4º	Desempregado	Não	Pais e filho Vive pais e filhos	Negligência Violência física	Anónimo CAFAP	Jan-08 Mar-11	Seg. Social	dificuldades económicas - vivem numa barraca encaminhados RSI e CAFAP

30-05-2011	15-10-2004	F	14-01-2008	25-01-2009 30-11-2011	Não	1985	sol.	7º	Desempregada Trabalha	1986	sol.	4º	Desempregado	Não	Pais e filho Vive pais e filhos	Negligência Violência física	Anónimo CAFAP	Jan-08 Mar-11	Seg. Social	dificuldades económicas - vivem numa barraca encaminhados RSI e CAFAP
11-04-2011	08-02-2007	F	10-03-2008	04-02-2009 30-05-2011	Não	1985	cas.	10º	Trabalha	1980	cas.	12º	Trabalha	s mãe	Pais e irmão Avós, mãe e filhos	Negligência Violência física	Anónimo Anónimo	Mar-08 Abr-11	Educação	arq 1º- tribunal - pai toxicodependentes.
04-07-2011	05-07-1996	M	21-04-2008	22-03-2010	Não	1965	cas.	?	Trabalha	1964	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos	Absentismo escolar Absentismo escolar	Escola Escola	Abr-08 Jul-11	Educação	irmã 155-2008 doença respiratória
21-11-2011	08-09-2005	M	16-06-2008	22-09-2008	Não	1985	cas.	?	Doméstica	1986	cas.	?	Desempregado	Não	Pais Avós pai e criança	Negligência Exp. comportamentos desviantes	Avós Anónima	Jun-08 Nov-11	Seg. Social	pais toxicodependente. Mãe abandonou a casa criança foi viver c avos
04-07-2011	07-09-2001	F	21-04-2008	22-03-2010	pedopsic.	1965	cas.	?	Trabalha	1964	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e filhos	Absentismo Escolar Abandono escolar	Escola Escola	Abr-08 Jul-11	Educação	encaminhado CAFAP criança com medo de ir a escola
23-05-2011	12-01-2006	M	19-11-2008	23-01-2009 16-04-2011	não	1956	cas.	?	Desempregada	1956	cas.	?	Trabalha	Não	Pais e crianças Mãe e criança	Violência física Negligência	Anónimo Pai	Mar-08 Mai-11	Fund. COI USSC M	arq- tribunal
14-03-2011	18-03-1998	F	14-11-2008	12-06-2009 15-05-2011	pedopsic.	1966	div.	?	Trabalha	1968	div.	?	Trabalha	s pai e mãe	Pais e avó Pais e avó	Negligência Abandono escolar	Anónimo Escola	Nov-08 Mar-11	Saúde Educação	mãe doente mental - psiq criança obesa acolhida institucional durante algum tempo
09-05-2011	05-03-2003	F	21-11-2008	12-05-2009 16-11-2011	não	1969	div.	?	Trabalha	1972	div.	?	Trabalho	Não	Mãe e filho Mãe, padrasto e filho	Negligência Abuso sexual	Saúde Familiar	Nov-08 Fev-11	Seg. S. CMP	arq tribunal
06-06-2011	10-12-1996	M	04-11-2008	19-07-2010	Não	1966	sol.	?	Trabalha	1966	sol.	?	Trabalha	Não	mãe e filho mãe padrasto e filho	Maus tratos psicológicos Comportamentos desviantes	Anónimo Escola	Nov-08 Jun-11	Seg. S.	acomp. CAFAP e RSI
24-01-2011	28-03-2002	F	04-03-2009	09-10-2009 04-12-2011	psic.	1973	div.	lic.	Trabalha	1976	div.	lic.	Trabalha	Não	Mãe e 2 filhos Mãe, padrasto e 2 filhos	Negligência Maus tratos físicos	Anónimo Anónimo	Fev-09 Jan-11	Seg. S.	Encaminhamento para o CAFAP irmã da seguinte
24-01-2011	04-03-2008	F	04-03-2009	09-10-2009 24-07-2011	Não	1975	cas.	?	Desempregada	1974	cas.	?	Desempregado	Não	Pais e filho	Negligência Negligência	Familiares Anónimo	Mar-09 Jan-11	Seg. S.	Encaminhamento para o CAFAP
04-04-2011	11-12-1998	M	04-05-2009	14-09-2009	não	1960	cas.	?	Desempregada	1955	cas.	?	Desempregado	Não	Pais e filho Pais e filho	Absentismo escolar Comportamentos de risco	Escola GNR	Mai-09 Abr-11	USSC M	encaminhado CAFAP
13-06-2011	25-12-2005	F	18-05-2009	29-11-2010	psic.	1979	sol.	?	Trabalha	1977	sol.	?	Trabalha	Não	Mãe e filha Mãe, padrasto e filha	Negligência Maus tratos psicológicos	GNR Pai	Mai-09 Jun-11	CMP Seg. Social	

09-05-2011	06-07-1999	F	16-07-2009	05-07-2010	Não	Faleceu				07-03-1973	alcoólico	div.	?	Trabalha	Não	Pai e companheira	Negligência	CPCJ S.	Jul-09	CMP	pai e comp alcoólicas
																	Negligência	Anónimo	Mai-11		Acomp. CAFAP
09-05-2011	10-09-2004	F	16-07-2009	05-07-2010	Não	Faleceu				07-03-1973	alcoólico	div.	?	Trabalha	Não	Pai e companheira	Negligência	CPCJ S.	Jul-09	CMP	
																	Negligência	Anónimo	Mai-11		Acomp. CAFAP
07-02-2011	24-03-1994	F	13-10-2009	25-01-2010	não	1965	cas.	?	Doméstica	1958	cas.	?	Trabalha	Não	Padrasto, mãe e 2 filhas	Gravidez adolescente	Out-09	Escola	Jul-10	Saúde	
				01-08-2011											Tios, mãe, padrasto, filha e neta	Exp.comportamentos desviantes	Fev-11	Escola			rsi mãe e filha
09-05-2011	10-01-2003	M	04-01-2010	18-03-2010	não	1964	cas.	?	Doméstica	1965	cas.	?	Trabalha	não	Pais e filhos	Absentismo escolar	Escola	Jan-10	Seg. Social	arq- tribunal jovem fugiu de casa- etnia cigana	
				09-05-2011											paradeiro desconhecido	Paradeiro desconhecido	Escola	Mai-11			não se sabe da menor - tribunal
18-04-2011	29-03-1995	M	08-02-2010	08-02-2010	não	1971	cas.	?	Doméstica	1970	cas.	?	Trabalha	não	Pais e 2 filhos	Vitima de roubo	GNR	Fev-10	Educação	arq- CPCJ residente	
				19-09-2011											Pais e 2 filhos	Abandono escolar	Escola	Abr-11			
21-02-2011	26-03-1994	F	22-03-2010	08-11-2010	Não	1984	div.	?	Trabalha	1983	div.	?	Desempregado	Não	Mãe e filha	Abandono escolar	Escola	Mar-10	Educação	Pais separaram-se. Ela anda a roubar e falsificar documentos.	
															Mãe, padrasto e filha	Comportamentos de risco	Escola	Fev-11			
28-03-2011	07-03-1996	F	26-07-2010	04-10-2010	pedopsiquiatria	1969	Div.	?	Trabalha Doméstica	1968	Div.	?	Bombeiro	Não	Avó, mãe e filha	Abandono escolar	Pai	Jul-10	Seg. Social	Processo de divórcio, a mãe não deixa o pai ver a filha	
															Avó, mãe e filha	Negligência familiar	Pai	Set-11			Mãe beneficia do RSI
14-10-2011	11-10-2002	M	20-09-2010	11-10-2010	Não	1904	viúva	?	Reformada por invalidez	Falecido		?		Sim	Pais	Negligência familiar	Centro comunitário	Set-10	USSCM	Mãe em est terminal, quer q o filho vá p uma instituição. relação	
															Padrinhos	Negligência familiar	Fundação COI	Out-11			
19-09-2011	06-01-1999	M	19-09-2010	18-04-2011	psic.	1975	Casa d.	12º	Trabalha	1968	Casa d.	12º	Encarregado	Não	Mãe/pai/criança e irmã	Agressão efetuada pelo menor	PSP Lisboa	Fev-07	Psicologia	Foi contactado o tribunal a avisar a problemática	
															Maus tratos físicos	Maus tratos físicos	Pessoa não parente - C.R.	Set-11	Seg. Social		
10-01-2011	06-09-1995	M	06-10-2010	29-11-2010	Não	1977	div.	?	Desempregada	1974	div.	?	Trabalha	sim	Mãe e 2 filhos	Abandono escolar	Escola	Out-10	Educação	pais separaram-se, o pai não dá pensão de alimentos	
				17-10-2011											Tios e criança	Comp. Desviante	Anónimo	Jan-11			arq- tribunal por gravidade da situação
03-10-2011	01-05-2007	M	07-07-2010	12-09-2010	Não	1990	sol.	4º	Desempregada	1980	sol.	6º	Trabalha	Não	Pai e 2 crianças	Violência Doméstica	Anónimo	Jul-10	CMP	arq por CPCJ resid mudança constante de residência	
				25-07-2011												Negligência	Anónimo	Out-11			arq2º CPCJ resid encaminhado CAFAP e apoio económico
12-07-2011	21-08-2006	F	13-02-2010	22-03-2011	psiq	1972	div.	?	doméstica	10-07-1969	div.	?	Trabalha	sim	mãe e filha	Violência Doméstica	Anónimo	Fev-10	Seg. Social	1ª linha centro social	
															mãe, padrasto e filha	Abuso emocional	Pai	Jul-11	CMP		a criança recusa ir p o pai ao fim de semana

## APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO AOS JOVENS

## Inquérito Por Questionário aos Jovens

Com as questões que se seguem gostaria de recolher informações sobre a tua escola. Não há respostas certas nem erradas, o importante é responderes com sinceridade colocando uma cruz (X) na opção que achares mais correta. O inquérito é anónimo e confidencial. **Obrigado pela tua ajuda!**

### Caracterização Pessoal

1. Sexo:

- Feminino
- Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Com quem vives?

- Pais
- Avós
- Tios
- Padrinhos
- Família de Acolhimento
- Instituição de Acolhimento
- Outros. Quem? \_\_\_\_\_

4. Quais são as habilitações literárias (completadas) pelos teus pais?

	Pai	Mãe
Não sabe ler nem escrever		
Sabe ler e escrever		
4º ano		
6º ano		
9º ano		
12º ano		
Curso médio/superior		
Não sabe		

5. Qual a profissão dos teus pais?

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

6. Irmãos:

Número \_\_\_\_\_

Lugar que ocupa entre os irmãos:

- Irmão mais velho
- Irmão do meio
- Irmão mais novo

**6.1. Antecedentes de absentismo escolar nos irmãos:**

- Não
- Sim
- Não sabe

**Vida Social**

**1. Em relação à tua vida social, fora da escola:**

Como ocupa os tempos livres? Que lugares frequentas habitualmente?

---

---

**A Tua Escola**

**1. Há quanto tempo frequentas esta escola?**

- Há menos de um ano
- Entre um ano e dois anos
- Entre dois e quatro anos
- Há mais de quatro anos
- Não sabe

**2. Na tua opinião quais são os problemas mais graves na tua escola? (escolhe apenas duas opções)**

- Desigualdades sociais
- Drogas
- Pobreza
- Violência
- Vandalismo
- Conflitos entre alunos e professores
- Racismo
- Indisciplina
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_
- Não sabe

**3. Gostas de andar na tua escola?**

- Sim
- Não

**4. Diz duas razões para gostares da tua escola:**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_

**5. Diz duas razões para não gostares da tua escola:**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_

**6. A maior parte das aulas são (escolhe apenas duas opções):**

- Fáceis
- Difíceis
- Interessantes
- Aborrecidas
- Estimulantes
- Desmotivantes
- Valem a pena
- Uma perda de tempo
- Não sabe

**7. Costumas faltar às aulas?**

- Sim
- Não

**8. Quando faltas às aulas, onde permaneces?**

- DENTRO do recinto escolar
- FORA do recinto escolar

**9. Por que motivo faltas às aulas? (escolhe pelo menos duas opções)**

- Doença
- Desinteresse das aulas
- Não gostas das aulas
- Falta de material
- Chegas atrasado
- Tens que cuidar dos teus irmãos
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**10. Já reprovaste algum ano?**

- Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_
- Não

**11. Como te relacionas com os teus colegas de escola? (escolhe pelo menos duas opções)**

- Inseres-te facilmente
- Preferes isolar-te
- És isolado pelos teus colegas
- Tens um ou dois amigos
- Tens um grupo de amigos
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**12. Na sala de aula:**

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Sento-me em cima das mesas					
Falo com o colega do lado					
Presto atenção ao professor					
Adormeço					
Atiro coisas para o ar					
Vou ao quadro fazer um exercício					
Faço comentários aos professores					
Tiro apontamentos da matéria dada					

**13. Relativamente às frases abaixo indicadas sobre os teus professores, diz se concordas totalmente, concordas, não concordas nem discordas, discordas, discordas totalmente:**

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordas nem discordas	Concordo	Concordo Totalmente
São competentes e organizados					
Controlam os alunos fora das aulas					
Sabem impor a ordem nas aulas					
Não são capazes de ensinar os alunos					
Falam pessoalmente com os alunos					
Ajudam os alunos a superar as dificuldades					
Preocupam-se com os alunos fora das aulas					
Entram em conflito com os alunos					

**14. De um modo geral, em relação à tua escola, sentes-te:**

- Nada satisfeito
- Pouco satisfeito
- Sem Opinião
- Satisfeito
- Muito satisfeito

15. Quais os planos que tens para o teu futuro?

---

16. Que profissão gostarias de ter?

---

### **Relação Pais/Escola**

1. Os teus pais/encarregados de educação costumam estar a par da tua vida escolar?

- Nada
- Pouco
- Bastante
- Muito
- Não sabe

2. Os teus pais/encarregados de educação ajudam-te a fazer os trabalhos de casa?

- Nunca
- Poucas Vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Sempre

**Obrigado pela colaboração.**

APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO AOS PAIS DOS JOVENS DO  
ESTUDO

## INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO AOS PAIS

Com as questões que se seguem gostaria de recolher informações sobre o seu/sua filho/a. Não há respostas certas nem erradas, o importante é responder com sinceridade colocando uma cruz (X) na opção que achares mais correta. O inquérito é anónimo e confidencial. Obrigado pela sua ajuda!

### 1. Identificação

Sexo: Masculino  Feminino

#### Idade:

De 24 a 30 anos  De 31 a 35 anos  De 36 a 40 anos

De 41 a 45 anos  De 46 a 50 anos  De 51 a 55 anos

De 56 a 60 anos  Mais de 60 anos

#### Estado Civil

Solteiro(a)

Casado(a)

Viúvo(a)

União de facto

Separado(a)

Divorciado(a)

### 2. Habilitações Literárias:

---

### 3. Profissão

Indique a sua profissão atual: \_\_\_\_\_

Qual a sua situação profissional, coloque uma cruz X na situação em que se encontra:

Empregado

Reformado

Pensionista

Desempregado

Recebe Subsídio de desemprego

Recebe Subsídio de Reinserção social

### 4. Agregado Familiar

Quantos elementos fazem parte do agregado familiar? \_\_\_\_\_ elementos.

Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_

Quantos rapazes? \_\_\_\_\_ Quantas raparigas? \_\_\_\_\_

Quantos filhos vivem consigo em casa? \_\_\_\_\_

### 5. Caracterização da residência

Local onde mora? \_\_\_\_\_

Há quantos anos habita nesse local? \_\_\_\_\_

Está satisfeita com o local onde habita? Sim  Não

Se **NÃO**. Porquê?

---

---

---

**6. Onde gostaria de viver?**

---

### **7. Contexto Familiar**

**A. Conversa com o(a) seu(sua) filho(a), sobre a escola?:**

Raramente  Pouco  Algumas vezes  Frequentemente

**B. Em sua opinião, como é a relação do(a) seu/sua filho(a) com os irmãos?**

Muito má  Má  Nem boa/Nem má  Boa

Muito boa

**Como considera o seu ambiente familiar?**

Muito Mau  Mau  Sem Opinião  Bom

Muito Bom

Se respondeu **Muito Mau**, na questão anterior, em sua opinião entre quem existem os conflitos?

---

---

**Se pudesse mudar alguma coisa na sua família o que mudaria?**

---

---

**C. Notou alguma diferença no comportamento do(a) seu (sua) filho(a) durante este ano letivo face à escola?**

Nenhuma

Passou a estar mais interessado pelas coisas da escola

Passou a ter mais vontade de ir à escola

Manteve-se desinteressado

**D. Enquanto mãe e encarregada de educação, que tipo de relação teve com a escola durante este ano letivo?**

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Participei em todas as reuniões para que fui convocada.					
Interessei-me pelas atividades extra curriculares da escola.					
Nunca compareci na escola.					
Compareci na escola apenas para tratar assuntos relacionados com o comportamento do (a) meu (minha) educando(a).					
Fui à escola sempre que quis saber do aproveitamento e comportamento do(a) meu (minha) educando(a).					
Fui à escola apenas para justificar as faltas do(a) meu (minha) educando(a).					

**E. Acha importante o seu filho andar na escola?**

Sim

Não

Justifique?

---

---

---

**Muito Obrigada pela sua participação**

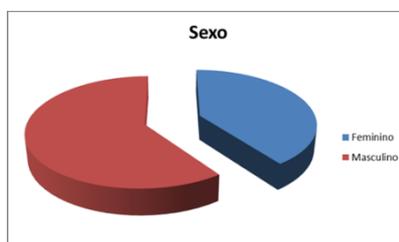
## APÊNDICE V – RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

## Resultado dos questionários aos jovens em abandono escolar

### Caracterização pessoal

#### Sexo:

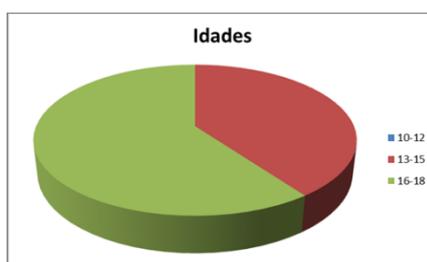
Sexo	Total
Feminino	4
Masculino	6
Total	10



Mesmo a amostra não ser significativa, podemos verificar que existe em média mais rapazes do que raparigas a abandonarem a escola.

#### Idade:

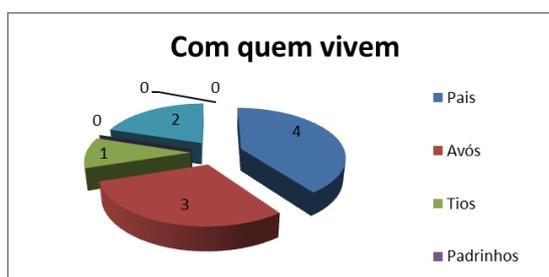
Idades	Total
10-12	0
13-15	4
16-18	6
Total	10



Verificamos que os jovens começaram a deixar de ir a escola a partir dos 13 anos, sendo a amostra mais significativa entre os 16 e 18 anos, idade que já vão conseguindo arranjar alguns trabalhos para fazer.

#### Com quem vivem:

Habitam com	Total
Pais	4
Avós	3
Tios	1
Padrinhos	0
Família de Acolhimento	2
Instituição de Acolhimento	0
Outros	0
Total	10



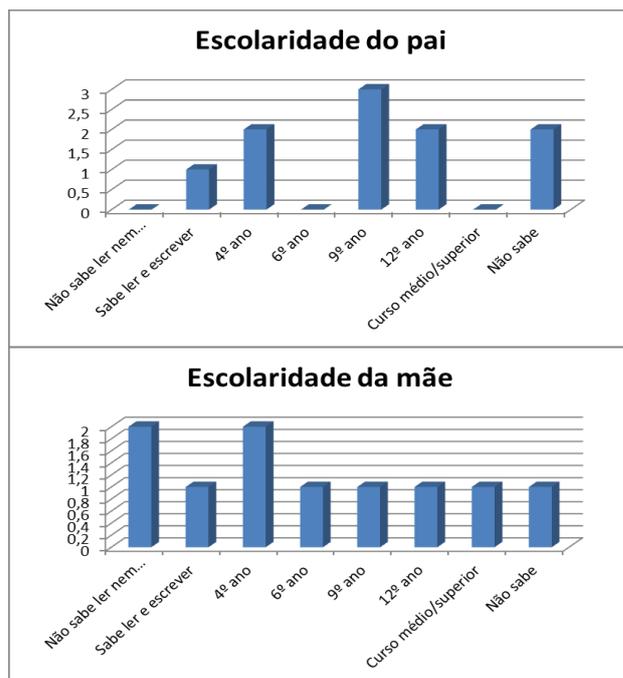
Muitos destes jovens habitam com os pais, ou com os avós quando abandonados pelos pais, ou quando foram retirados aos pais por não apresentarem condições socioeconómicas e mentais para terem ao seu cuidado crianças ou jovens.

Existindo também jovens que se encontram com outras pessoas como famílias de acolhimento ou família mais chegada os tios.

Podemos concluir que muitas destas famílias são disfuncionais e não tem capacidade de exercer o seu poder parental.

### Quais as habilitações literárias (completadas) pelos teus pais?

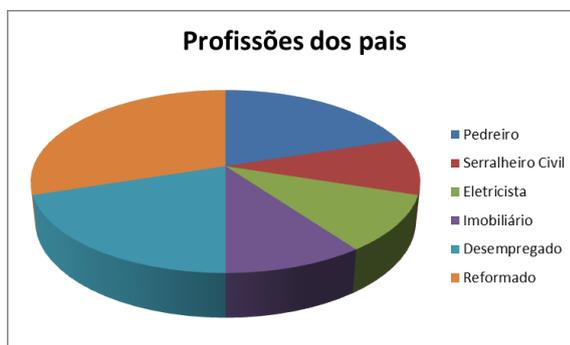
Escolaridade	Pai	Mãe
Não sabe ler nem escrever	0	2
Sabe ler e escrever	1	1
4º ano	2	2
6º ano	0	1
9º ano	3	1
12º ano	2	1
Curso médio/superior	0	1
Não sabe	2	1
Total	10	10



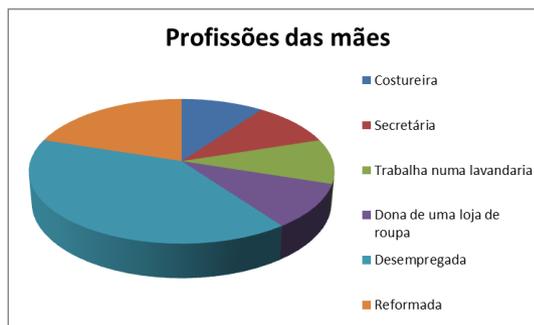
Muitos dos jovens seguem os passos dos pais, deixando de estudar muito cedo, como vemos em termos da escolaridade dos pais ou responsáveis legais. Percebemos também que muitos destes pais não tem argumentos ou possibilidades económicas para os jovens continuarem a estudar, sendo por vezes obrigados a saírem.

### Qual a profissão dos teus pais?

Profissões	Pai
Pedreiro	2
Serralheiro Civil	1
Eletricista	1
Imobiliário	1
Desempregado	2
Reformado	3
Total	10



Profissões	Mãe
Costureira	1
Secretária	1
Trabalha numa lavandaria	1
Dona de uma loja de roupa	1
Desempregada	4
Reformada	2
Total	10



Percebe-se que nestas famílias encontram-se muitos casais desempregados ou com empregos precários, não ajudando também para as despesas dos filhos nas escolas.

### Irmãos:

Número de irmão	Quantidade
1 Irmão	3
2 Irmãos	4
+ de 3 Irmãos	3
Total	10



Percebe-se que estas famílias são numerosas que existem casais com mais de 3 filhos menores. Das famílias atendidas todas elas tem pelo menos dois filhos em idade escolar.

### Lugar que ocupa entre os irmãos:

Lugar que ocupa entre os irmãos	Quantidade
Irmão mais velho	3
Irmão do meio	5
Irmão mais novo	2
Total	10

Pelo que se verifica, a maior parte tem irmãos mais velhos que também estes já deixaram a escola, por várias razões descritas no relatório.

### Antecedentes de absentismo escolar nos irmãos:

Absentismo nos irmãos	Quantidade
Sim	3
Não	5
Não sabe	2
Total	10



Verifica-se que os irmãos até agora não faltaram às aulas, muitos porque são mais novos e ainda não começaram a seguir os mesmos caminhos que os irmãos.

## Vida Social

### 1. Em relação à tua vida social, fora da escola:

#### Como ocupa os tempos livres? Que lugares frequentas habitualmente?

Alguns referem que a escrever no blog, outros a tocar guitarra ou jogos no computador ou futebol. A passear com os amigos, no parques ou na jardinagem. A ouvir música ou a ver televisão.

## A Tua Escola

### Há quanto tempo frequentas esta escola?

Quantos anos	Quantos jovens
Há menos de um ano	1
Entre um ano e dois anos	2
Entre dois e quatro anos	5
Há mais de quatro anos	2
Não sabe	0
Total	10

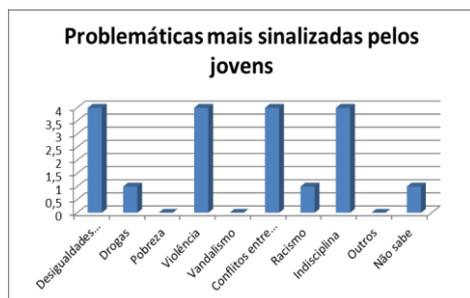


Muitos destes jovens já estão na mesma escola há mais de dois anos, conhecendo a realizada onde estão inseridos.

Estes jovens referem que não se conseguiram integrar na escola, sentem-se discriminados.

### Na tua opinião quais são os problemas mais graves na tua escola? (escolhe apenas duas opções)

Problemáticas	Problemáticas mais sinalizadas pelos jovens
Desigualdades sociais	4
Drogas	1
Pobreza	0
Violência	4
Vandalismo	0
Conflitos entre alunos e professores	4
Racismo	1
Indisciplina	4
Outros	0
Não sabe	1



Percebe-se que muitos destes jovens de discriminação por parte dos colegas e são vítimas de bullying. Podemos também constatar que estes jovens apresentam conflitos com os professores ou indisciplina.

### Gostas de andar na tua escola?

	Gostas de andar na tua escola
Sim	3
Não	7
Total	10



A maioria dos jovens não gostam de andar na escola, muitos pelas problemáticas acima descritas.

#### 4. Diz duas razões para gostares da tua escola:

Tem as condições básicas de ensino; são espaçosas; ter amigos dentro da sala de aula e os professores motivarem os alunos; visitas de estudo e a comida;

Os restantes jovens não respondem a pergunta.

#### 5. Diz duas razões para não gostares da tua escola:

*“Puxarem muito pelos alunos nos testes e a maneira como ensinam”*; *“o estar 1h30 numa sala fechado e também a falta de motivação dos professores”*; *“a existência de indisciplina entre os alunos e racismo”*; *“a atitude dos alunos que frequentam a minha escola”*.

Os restantes também não respondem.

#### A maior parte das aulas são (escolhe apenas duas opções):

As aulas são	Jovens
Fáceis	1
Díficeis	1
Interessantes	2
Aborrecidas	6
Estimulantes	0
Desmotivantes	5
Valem a pena	0
Uma perda de tempo	5
Não sabe	0



Muitos destes jovens estão desmotivados de andarem na escola. Para eles a escola não é importante acabando por ser uma perda de tempo para muitos.

### Costumas faltar às aulas?

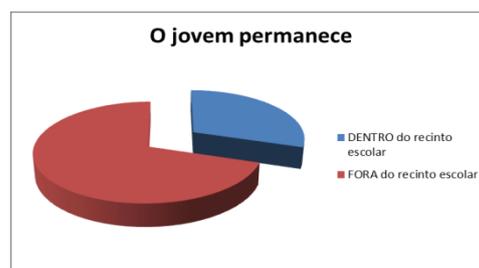
Faltas às aulas	Jovens
Sim	9
Não	0
Não responde	1
Total	10



A maioria dos jovens refere faltar as aulas.

### Quando faltas às aulas, onde permaneces?

Permanece	Jovens
DENTRO do recinto escolar	3
FORA do recinto escolar	7
Total	10



Muitos dos jovens quando faltam não chegam a entrar no recinto da escola. Saem de casa todas as manhãs como se fossem para a escola, mas passam o tempo noutros locais e com outros colegas que nem sempre são as melhores companhias.

Os pais só acabam por saber destas faltas quando são chamados a escola e se apercebem que o filho não tem ido às aulas.

### Por que motivo faltas às aulas? (escolhe pelo menos duas opções)

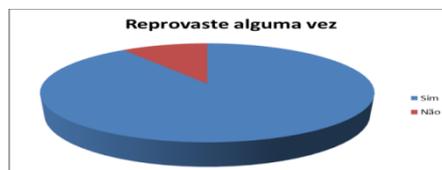
Motivos para faltar às aulas	Jovens
Doença	2
Desinteresse das aulas	6
Não gostas das aulas	5
Falta de material	1
Chegas atrasado	2
Tens que cuidar dos teus irmãos	3
Outro	1



Estes jovens referem estar desinteressados das aulas. Mas alguns também referem ter que ficar a tomar conta dos irmãos, para os pais irem trabalhar, havendo aqui um sacrifício do filho mais velho.

### Já reprovaste algum ano?

Reprovaste alguma vez	Jovens
Sim	9
Não	1
Total	10



Podemos ver que a maior parte destes jovens já chumbaram várias vezes.

### Quantas vezes?

Quantas vezes reprovaste	Jovens
1 vez	1
2 vezes	5
3 vezes	4
4 vezes	0



Só um jovem nesta amostra reprovou uma única vez os restantes já é normal reprovarem.

### Como te relacionas com os teus colegas de escola? (escolhe pelo menos duas opções)

Relação com os colegas da escola	Jovens
Inseres-te facilmente	3
Preferes isolar-te	4
És isolado pelos teus colegas	7
Tens um ou dois amigos	2
Tens um grupo de amigos	3
Outro	1
Total	10



Como podemos ver estes jovens já reprovaram tanta vez que em cada ano que vai novamente para o mesmo ano acaba por apanhar jovens muito mais novos. Deste modo estes jovens acabam por se sentir descriminados ou mesmo rejeitados pelos colegas da turma.

**Na sala de aula:**

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Sento-me em cima das mesas	10				
Falo com o colega do lado		2	1	3	4
Presto atenção ao professor	2		8		
Adormeço	8	2			
Atiro coisas para o ar	3	4	2	1	
Vou ao quadro fazer um exercício		5	4	1	
Faço comentários aos professores	2	1	2	4	1
Tiro apontamentos da matéria dada		4	4	2	

Pelo observado na tabela muitos destes jovens não estão atentos às aulas conversando com os colegas ao seu lado, não tirando apontamentos das aulas e fazendo distúrbios durante a aula.

**Relativamente às frases abaixo indicadas sobre os teus professores, diz se concordas totalmente, concordas, não concordas nem discordas, discordas, discordas totalmente:**

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordas nem discordas	Concordo	Concordo Totalmente
São competentes e organizados		2	3	4	1
Controlam os alunos fora das aulas	1	3	5	1	
Sabem impor a ordem nas aulas		3	3	4	
Não são capazes de ensinar os alunos		3	3	2	2
Falam pessoalmente com os alunos	2	1	2	4	1
Ajudam os alunos a superar as dificuldades		1	1	6	2

Preocupam-se com os alunos fora das aulas		3	5	2	
Entram em conflito com os alunos	1	3	2	4	

Muitos destes jovens não têm uma boa relação com os professores.

### De um modo geral, em relação à tua escola, sentes-te:

Relação com a escola	Jovens
Nada satisfeito	2
Pouco satisfeito	4
Sem Opinião	2
Satisfeito	2
Muito satisfeito	0
Total	10



Maior parte dos jovens, estão pouco satisfeitos com a escola, pois esta não os cativa para lá andarem.

### Quais os planos que tens para o teu futuro?

Muitos destes jovens não têm planos para o futuro. Uns dizem que não sabem, outros não respondem e existe alguns que querem ir para um curso profissional, mas ainda estão no 6 ano.

### Que profissão gostarias de ter?

Todos eles pensam em profissões que não precisam de ir continuar os estudos no ensino normal, poderão seguir para um curso profissional. Alguns querem ser mecânicos, jardineiro, bombeiros, esteticista, técnico informático, auxiliar num lar, pedreiros e cabeleireira.

## Relação Pais/Escola

### Os teus pais/encarregados de educação costumam estar a par da tua vida escolar?

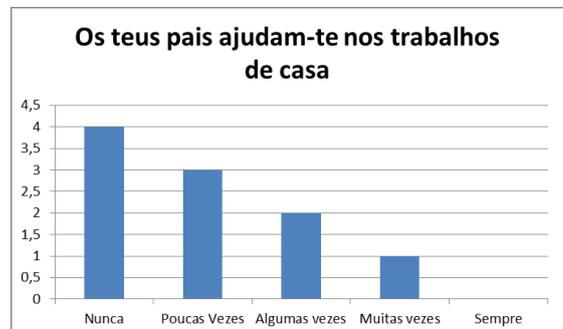
Os teus pais costumam saber como esta a tua vida escolar	Jovens
Nada	3
Pouco	3
Bastante	2
Muito	0
Não sabe	2
Total	10



Os jovens referem que os pais não estão a par da sua vida escolar, só quando são chamados a escola. Alguns destes pais não vão a escola dos filhos saber como estes se estão a comportar.

### **Os teus pais/encarregados de educação ajudam-te a fazer os trabalhos de casa?**

Os teus pais ajudam-te nos trabalhos de casa	Jovens
Nunca	4
Poucas Vezes	3
Algumas vezes	2
Muitas vezes	1
Sempre	0



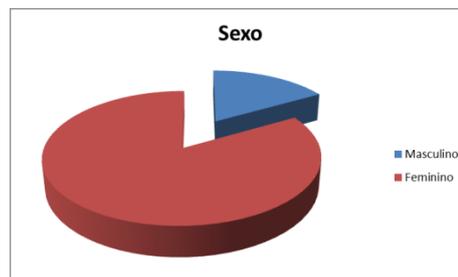
Os pais como trabalham e chegam a casa também cansados não ajudam os jovens a realizar os trabalhos de casa, por vezes nem lhes perguntam se já os fizeram.

Também devido a estes pais terem poucos estudos dificulta a ajuda aos filhos.

## QUESTIONÁRIO AOS PAIS

### Identificação

Sexo	
Masculino	2
Feminino	10
Total	12

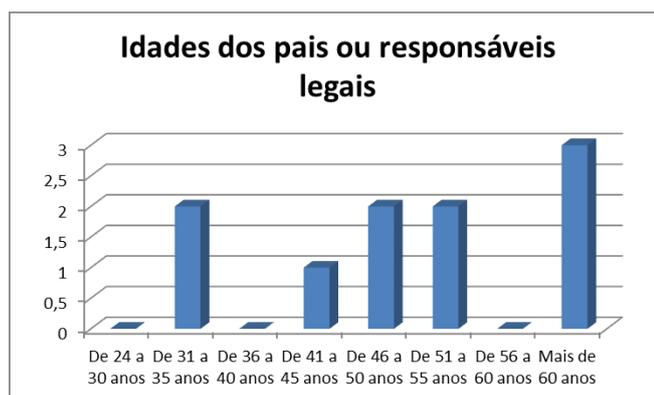


Pelas respostas do questionário verificou-se que são mais as mães que se encarregam da educação dos filhos e que participam e vão as reuniões quando solicitada.

Pois durante os atendimentos só apareceram dois casais os restantes apareceram sempre só a mãe com o jovens, uns porque são filhos de pais separados outros porque o pais esta a trabalhar e não quer faltar.

### Idade:

Idades	
De 24 a 30 anos	0
De 31 a 35 anos	2
De 36 a 40 anos	0
De 41 a 45 anos	1
De 46 a 50 anos	2
De 51 a 55 anos	2
De 56 a 60 anos	0
Mais de 60 anos	3

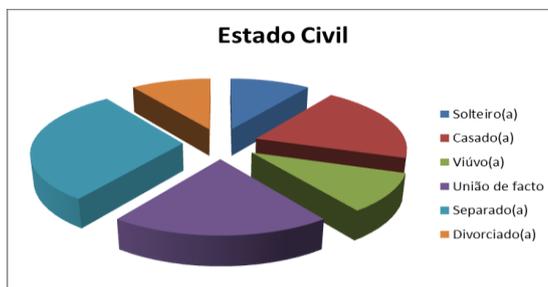


Muitos destes pais têm idades ainda para poderem estar a trabalhar. Existindo 3 pessoas que são os avós que cuidam dos jovens.

Existem também duas mãe que foram mães muito jovens e que não estão preparadas para assumir uma responsabilidade destas.

### Estado Civil

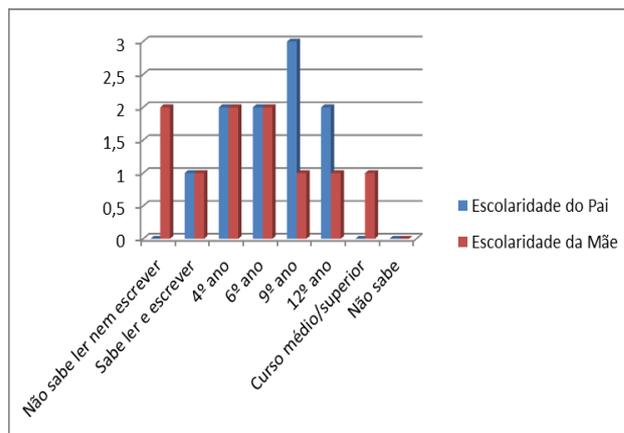
Estado Civil	
Solteiro(a)	1
Casado(a)	2
Viúvo(a)	1
União de facto	2
Separado(a)	3
Divorciado(a)	1



Podemos verificar que existem todo o tipo de famílias a cuidarem destes jovens.

### Habilitações Literárias:

Escolaridade	Pai	Mãe
Não sabe ler nem escrever	0	2
Sabe ler e escrever	1	1
4º ano	2	2
6º ano	2	2
9º ano	3	1
12º ano	2	1
Curso médio/superior	0	1
Não sabe	0	0
Total	10	10

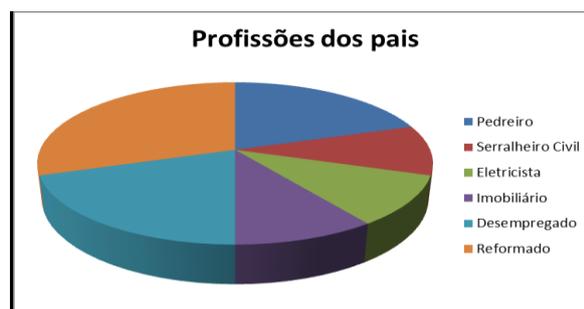


Como foi descrito anteriormente no questionário dos jovens a escolaridade destes pais é baixa.

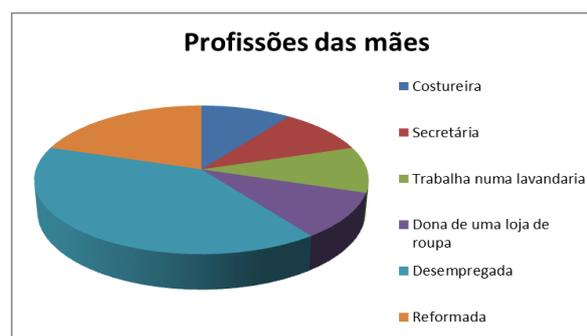
### Profissão

#### Qual a profissão dos teus pais?

Profissões	Pai
Pedreiro	2
Serralheiro Civil	1
Eletricista	1
Imobiliário	1
Desempregado	2
Reformado	3
Total	10



Profissões	Mãe
Costureira	1
Secretária	1
Trabalha numa lavandaria	1
Dona de uma loja de roupa	1
Desempregada	4
Reformada	2
Total	10



Como visualizado nas respostas dadas no questionário dos jovens, percebe-se que estas famílias encontram-se desempregadas ou com empregos precários, não ajudando também para as despesas dos filhos nas escolas.

## Agregado Familiar

### Quantos elementos fazem parte do agregado familiar?

A maior parte das famílias são constituídas por 5 ou mais elementos.

### Quantos filhos têm?

As famílias atendidas têm de 2 a 4 filhos.

### Quantos rapazes? Quantas raparigas?

Existem famílias só com raparigas, outros só com rapazes.

### Quantos filhos vivem consigo em casa?

Todos os filhos vivem com os pais, pois são todos menores de idade.

## Caracterização da residência

### Local onde mora? Há quantos anos habita nesse local?

Todas as famílias vivem no concelho de Palmela e habitam na suas casas já há muitos anos.

### Está satisfeita com o local onde habita?

Todas as famílias verbalizam que estão satisfeitas no local onde vivem.

### Onde gostaria de viver?

Todas as famílias verbalizam gostarem de viver na zona onde vivem.

## Contexto Familiar

### A. Conversa com o(a) seu(sua) filho(a), sobre a escola?

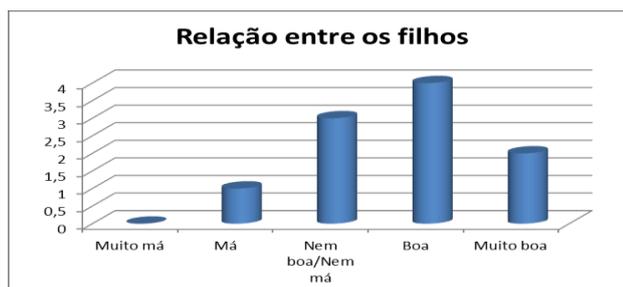
Conversa com os seus filhos	Pais
Raramente	0
Pouco	0
Algumas vezes	4
Frequentemente	6
Total	10



A maior parte dos pais verbalizam que falam com frequência com os seus filhos. Mesmo os filhos acharem que não é o suficiente, o tempo que os pais disponibilizam para estar com eles.

### B. Em sua opinião, como é a relação do(a) seu/sua filho(a) com os irmãos?

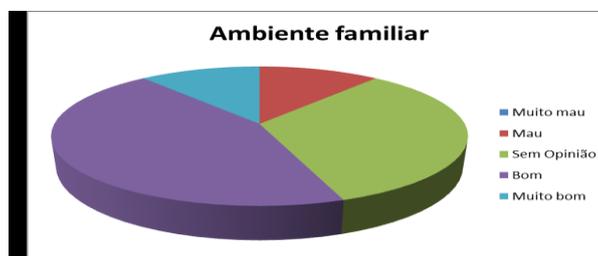
Relação entre os filhos	Quantidade
Muito má	0
Má	1
Nem boa/Nem má	3
Boa	4
Muito boa	2



Os pais referem que os filhos na maioria das vezes os filhos se relacionam muito bem uns com os outros. Mesmo, muitos deles terem uma grande diferença de idades ou mesmo feitos diferentes.

### Como considera o seu ambiente familiar?

Ambiente familiar	Quantidade
Muito mau	0
Mau	1
Sem Opinião	3
Bom	4
Muito bom	1



Maior parte das famílias referem que o ambiente familiar é bom, mas existe algumas que não querem expressar a sua opinião sobre o ambiente em que vivem, isto muitas das vezes significa que o ambiente não é bom, mas tem medo de o dizer.

### Se pudesse mudar alguma coisa na sua família o que mudaria?

Muitos dos pais mudariam o comportamento do filho em casa e na escola.

### C. Notou alguma diferença no comportamento do(a) seu (sua) filho(a) durante este ano letivo face à escola?

Alteração do comportamento do filho perante a escola	
Nenhuma	1
Passou a estar menos interessado pelas coisas da escola	5
Passou a ter mais vontade de ir à escola	1
Manteve-se desinteressado	3



Maior parte das famílias concorda que os filhos cada vez mais estiveram desinteressados pela escola.

### D. Enquanto mãe e encarregada de educação, que tipo de relação teve com a escola durante este ano letivo?

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Participei em todas as reuniões para que fui convocada.	0	1	5	3	1
Interessei-me pelas atividades extra curriculares da escola.	1	5	3	1	0
Nunca compareci na escola.	2	3	4	1	0

Compareci na escola apenas para tratar assuntos relacionados com o comportamento do(a) meu (minha) educando(a).	3	0	5	2	0
Fui à escola sempre que quis saber do aproveitamento e comportamento do(a) meu (minha) educando(a).	0	0	3	3	4
Fui à escola apenas para justificar as faltas do(a) meu (minha) educando(a).	1	4	3	2	0

Muitos destes pais só vão as escolas quando solicitados pelos diretores de turma. Poucos são aqueles que têm vontade de participar na vida escolar dos filhos.

### E. Acha importante o seu filho andar na escola?

Importância do filho ir a escola	
Sim	10
Não	0
Total	10

Todos os pais concordaram que os filhos deveriam de estudar para poderem ter um futuro melhor e emprego.

