

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

O Psicólogo nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens
Uma Abordagem Clínica num Contexto de Intervenção de Segundo nível

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autor: António Manuel Barroqueiro Chaves

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Delane Silva de Castro

Número do candidato: 30000177

Março de 2022

Lisboa

Dedico este trabalho aos meus filhos,
Carolina Barbosa Chaves e Tomás Barbosa Chaves,
e a todas as crianças, desejando que todas possam ser sempre saudavelmente felizes.
Dedico-o também à psicologia e a todos os que contribuem para a nossa saúde e bem-estar.

Agradecimentos

É com muita felicidade, que concluo com este trabalho esta formação académica e, agora alcançada, outros caminhos poderei descobrir. O meu percurso já vem sendo longo e longo continuará a ser, assim como terão de ser estes agradecimentos para poder partilhar pormenorizadamente a riqueza que acumulei até à presente data, pois considero-me muito rico!

Chegou o momento de deixar registado publicamente os meus sentimentos de gratidão e de reconhecimento a todos os que direta ou indiretamente, alimentam os meus conflitos, provocam as minhas transformações pessoais, académicas e profissionais e, assim, me fazem crescer. A todos OBRIGADO por fazerem parte da minha vida e contribuírem para as evoluções do meu self, em particular aos co-gestores das minhas escolhas, fica a minha enorme gratidão.

Aos meus filhos, Tomás e Carolina, seres bonitos e únicos, incomparáveis, de coração enorme e super-sensíveis, seres fantásticos, também prolongamentos de mim, e minha força de vida, muito obrigado pela paciência, por esperarem por mim. A vós meus filhos, estou grato, amo-vos!

Aos meus excelentíssimos professores orientadores, Professora Doutora Cláudia de Castro, Professora Doutora Odete Nunes, Professora Doutora Mónica Pires, pela partilha de informação, enquadramentos e referenciais teóricos, mas muito em particular, pelo suporte às reflexões e pensamentos críticos, obrigado.

À minha orientadora institucional, Dr.^a Inês Monteiro, grato pelo permanente apoio; pela autonomia e pela confiança em mim depositadas; pelos momentos de escuta atenta e reflexões nas quais me fortaleci pessoal e tecnicamente; pela demonstração constante de empenho e dedicação ao trabalho. Obrigado, também pela partilha da noção de que somos humanos e técnicos incompletos, e de que esse estado inquietante nos deve alimentar constantemente a

vontade de (re)aprender. Obrigado pelo trabalho de orientação: desde o seu conteúdo e forma; até a sua intensidade, exatamente nas medidas certas para as minhas necessidades, não poderia ter sido melhor.

Aos meus professores, colegas e colegas de turma, aos amigos, aos técnicos e à instituição de estágio, obrigado.

Recordo agora os amigos, que provocaram “tormentas e ciclones” durante estes tempos, para que eu pudesse, a partir desta data, bater asas e ser livre nesta ciência, a Psicologia, pois foram mesmo fundamentais nos meus percursos, com eles vim mais longe. Certo de que também a partir de agora alimentarei o efeito borboleta e outras transformações provocarei por aí, espero que boas e saudáveis. Pretendo agora destacar e agradecer a cada um individualmente, pelos contributos específicos que me deu para ser quem e como sou: com paixões; com sonhos; dividido entre o gosto de aprender e o de ensinar; com uma enorme resiliência e capacidade de fazer acontecer.

Primeiramente agradeço aos que partiram fisicamente, mas que muitas heranças me deixaram, como os avós, avô Eleutério e madrinha Esperança, cada um à sua medida me solidificaram as raízes dos valores humanos e ambientais, do respeito, e do amor. Ao meu Pai Francisco, persistente no trabalho; no bom humor; nas relações sociais; no procurar viver com alegria e com enorme força para superar as suas dificuldades, sem deixar de referir que sinto em mim algumas das suas atitudes e pensamentos mesmo com o nosso afastamento físico passado e eterno.

Agora é a vez da Mãe Augusta, pela confiança e autonomia que em mim depositou desde muito tenra idade.

À minha irmã Raquel, muito obrigado por ser empreendedora e comigo se partilhar, por ser um apoio presente na minha vida, cuidadora também dos meus filhos, e porque nunca lho disse diretamente, tenho orgulho em ti! Ao Patrício meu cunhado, tio cuidador, presente e dedicado, pelas horas e tarefas de apoio, obrigado.

Ao meu sogro Joaquim Barbosa: pela sua vasta cultura e ensinamentos; pelos muitos e bons exemplos que levo para a vida; pelos valores que defende e pratica; pelas amizades que alimenta frequentemente; pelo homem que é, muito obrigado!

À Isabel Barbosa, sempre presente e disponível, oferecendo um apoio constante, um porto seguro, tantas vezes frequentado por nós, bem-haja.

E porque há amigos que são família, difícil é saber por onde começar, mas tentarei seguir uma linha cronológica.

Miguel Nadais irmão de vida, grato pelos muitos momentos de partilha, de aventuras, presença atenta e cuidadora, por estares e ajudares nas bases da minha aprendizagem de regulação e gestão emocional, um verdadeiro e sentido abraço.

José Guilherme exemplo de líder, de pessoa justa, de correção e amor ao próximo, de rigor e responsabilidade, de resistência e de luta, por estes e outros exemplos e pelos muitos, muitos apoios, obrigado.

Carla Guedes, irmã de vida, pelas aventuras, pelas partilhas, pelos apoios, pela presença e cuidados, grato.

Nelson Santos, grande amigo, magnífico compadre e companheiro, por ser verdadeiro, genuíno, motivador e sempre presente, apoio na construção do meu self ideal e suporte às minhas responsabilidades parentais, obrigado.

António Fula, apoio aos meus sistemas mnésicos, ao olhar atento e apoios cirúrgicos, pela enorme consideração e gigante amizade entre muito e muito mais, estou-lhe eternamente grato.

Corsino Fortes, sempre com enorme consideração, pensamento fora da caixa, mundivisão e enorme amizade sempre encorajadora.

À Helena Silva, pela amizade, acolhimento, constantes partilha, incentivos e apoios

À Beatriz Regina, agradeço a enorme amizade, agradeço as horas de trabalho dedicado e cuidadoso, os incentivos, as partilhas, os ensinamentos e intervirão.

À Ângela Almeida e Cristina Nogueira, pela amizade, por me manterem ativo, motivado e empenhado, pela consideração, partilhas, apoios ao estudo. Obrigado.

Gilmária Souza, Tânia Ferreira, Marta Antunes, Ana Sofia Lopes, obrigado pelos apoios e amizade.

E porque na vida nos cruzamos com pessoas únicas, mais únicas do que as outras, agradeço-vos terem ficado e assim podermos contemplar tantas coisas da vida.

Dora David pelas horas difíceis e pelas coragens conjuntas, pelas lutas impossíveis e pelas conquistas, pela cooperação além fronteiras, pelo amor às crianças, à educação, e por muito mais que não conseguirei descrever, ou apenas pelo que és e significas para mim, eterna gratidão.

Rafael Simões agradeço também por ser um ser humano admirável, pelo olhar atento e delicado aos meus filhos, por me considerar e confiar de forma tão sólida e constante.

Raquel Francisco agradeço também o porto seguro, verdadeiro, transparente, sólido e justo. Obrigado pela eterna energia, pensamentos e partilhas, do simples ao complexo óbvio, até e principalmente ao invisível.

Ao meu mentor Professor Dr. António Coelho, tão somente por isso mesmo, de forma, intensidade e conteúdo, pelo investimento em mim, e por tudo o que daí resultou, eterna gratidão.

Gabriela Barbosa obrigado: por sempre acreditar; pelo empurrão inicial deste percurso; por tantas e tantas outras coisas; pelos amores comuns; pelo apoio presente, por me fazer sentir que eternamente cuidará dos meus filhos e tudo fará para os fazer felizes, pela segurança e tranquilidade que daí resulta, bem-haja.

Aos médicos e técnicos de saúde que me ajudaram e ampararam até esta nova vida pós-covid, estarei eternamente grato.

Às crianças e famílias que apesar do seu mal-estar e sofrimento, relataram-no e, assim, reviveram-no; partilharam memórias; falaram de sonhos e por vezes acreditaram, desejaram ou lutaram por mudar o presente, querendo um futuro diferente; permitiram que eu estivesse envolvido, nesta fase difícil, aceitando-me e considerando-me. Obrigado!

E assim quase me completo com todas estas ações que em mim fazem efeito, que fortemente contribuíram para fazer este trabalho, que me balizam para além dos referenciais teóricos, estas que são as minhas referências empíricas, humanas e que fortemente contribuirão para as minhas ações e funções de psicólogo e na psicologia.

Agradeço a outras pessoas que não descrevi, pessoas que não destaquei, mas que seguramente se sentirão incluídas, às minhas paixões, evidências de que sou capaz de amar, que me alimentam e fazem viver intensamente e ...

“Porque dentro de mim não sou sozinho.

Sou muitos.

E esses todos disputam minha única vida.”

(in: vozes anoitecidas, Mía Couto)

Resumo

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social é um direito fundamental. No entanto anualmente em Portugal, dezenas de milhares de crianças, são maltratadas, abusadas e incapazes de sozinhas, porem termo às situações de perigo em que vivem. A Constituição da República Portuguesa, atribui à sociedade e ao estado o dever de proteger a família, as crianças e os jovens com vista ao seu desenvolvimento integral. Nesse sentido as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, são constituídas por cidadão e equipas interdisciplinares, nas quais a psicologia, enquanto única ciência dos processos mentais e dos comportamentos humanos, pode ou não fazer parte, uma vez que a lei não obriga à sua integração. Este trabalho procura demonstrar a relevância das ações de um psicólogo de abordagem clínica, numa intervenção de segundo nível, a partir da análise de alguns contributos diferenciadores que este profissional poderá disponibilizar na ajuda da manutenção da saúde, reduzindo o sofrimento psicológico e a remoção do perigo. Neste sentido foram construídos, testados, dinamizados, (re)ajustados e avaliados instrumentos: para programas de sensibilização de direitos, “O Quizizz”; “A SENTI’LAND, terra dos sentimentos”; “Que histórias contas?”, e de reflexão para a parentalidade positiva, “Tertúlias, pais e mães”. Destas atividades, assim como das avaliações sociopsicológicas e acompanhamento de casos, resultaram alterações emocionais, cognitivas e /ou de comportamento dos intervenientes. Resultou também o registo e recolha de alguns indicadores, para contribuir para a reflexão e difusão da necessária obrigatoriedade da psicologia clínica e da saúde na CPCJ.

Palavras-chave: CPCJ, saúde, maus-tratos infantis, perigo, psicologia clínica e da saúde familiar

Abstract

Health is a state of complete physical, mental, and social well-being, as well as a fundamental right. However, every year in Portugal, tens of thousands of children are mistreated, abused and unable to put an end by themselves to the dangerous situations they live in. The Constitution of the Portuguese Republic assigns to the society and the state the duty of protecting the family, children, and youth towards an integral development. With this in mind, the Commissions for the Protection of Children and Youth (CPCJ - portuguese acronym) is composed by citizens and interdisciplinary teams, in which psychology, may or may not be part, since the law does not require its integration. This work seeks to demonstrate the relevance of the actions of a psychologist with a clinical approach, from the perspective of crisis intervention, through the analysis of some of the differentiating contributions that this professional can provide to maintain health and well-being, thus reducing psychological suffering and withdrawing danger. In this sense, instruments were built, tested, dynamized, (re)adjusted and evaluated, such as: “O Quizz”, for rights awareness programs; “A SENTI'LAND, land of feelings”, an emotional regulation tool; and “Tertúlias”, a reflection application for positive parenting. These activities, as well as the socio-psychological assessments and follow-up of cases, resulted in emotional, cognitive and/or behavioral changes in the participants. It also resulted in the recording and collection of some indicators, to contribute to the reflection and dissemination of the necessary obligation of clinical and health psychology in the CPCJ.

Keywords: CPCJ, health, child abuse, danger, clinical and family health psychology

Índice

Agradecimentos	4
Resumo	9
Índice	11
Índice de Tabelas	12
Índice de Figuras	13
Índice de Apêndices	14
Índice de Anexos	15
Índice de Abreviaturas	16
Índice de Leis	18
Introdução	21
Capítulo I – Revisão de Literatura	27
1.1. Saúde e Bem-estar	27
1.2. Saúde Mental Infantil	32
1.3. Psicologia Clínica	38
1.4. Estudos de Caso	40
Capítulo II – Contextualização da Intervenção	45
2.1. Contexto Institucional	45
2.2. Contexto Pandêmico	50
2.3. Contexto Geográfico	51
2.4. Contexto Sócio-Populacional	51
Capítulo III – Descrição do Estágio	53
3.1. Fase de Acolhimento do Estágio	53
3.2. Observação Diagnóstica	55
3.3. Objetivos	66
3.4. Abordagem de Psicologia Clínica na Comissão	69
Capítulo IV – Descrição das Atividades, Metodologias e Resultados	73
4.1. Atividades Estágio	74
4.2. Estudos de Caso	91
Capítulo V – Discussão e Conclusões	110
Apêndices	153
Anexos	181

Índice de Tabelas

Tabela nº 1 - Tabela de *dados populacionais referentes à população portuguesa, à população menor, aos casos sinalizados e trabalhados em CPCJ's, e a sua representatividade percentual* 56

Índice de Figuras

Figura 1. Pirâmide de subsidiariedade face às situações de perigo	45
Figura 2. Intervenção das Comissões (de Proteção de Crianças e Jovens) e dos Tribunais	47
Figura 3. Jogo Quizizz	83
Figura 4. Cartões de jogo	84

Índice de Apêndices

Apêndice A – Intervenção Sistêmica no Perigo	123
Apêndice B – Definição Maus-tratos e negligência	154
Apêndice C – Definição de Risco / Perigo	155
Apêndice D - Superior Interesse da Criança	156
Apêndice E - Fatores de Risco e de Proteção	160
Apêndice F - Modelo Ecológico Para a Interpretação dos maus-tratos	162
Apêndice G - Processo de Promoção e Proteção	167
Apêndice H - Pirâmide de Subsidiariedade Face às Situações de Perigo	168
Apêndice I - Princípios orientadores de intervenção	170
Apêndice J – Comissão Nacional de Promoção do Direitos e Proteção das Crianças e Jovens	171
Apêndice L - Problemáticas - Matérias de Perigo Sinalizada	173
Apêndice M – Composição da CPCJ	176
Apêndice N – Funcionamento da CPCJ	177

Índice de Anexos

Anexo A – Ficha de planeamento da atividade nº 1 – Acompanhamento de processos	181
Anexo B – Ficha de planeamento da atividade nº 2 – Conhecer e analisar processos instaurados na comissão modalidade restrita	185
Anexo C - Ficha de planeamento da atividade nº 3 – Procedimentos gerais e específicos, fichas e instrumentos	191
Anexo D - Ficha de planeamento da atividade nº 4 – Guia de recursos	195
Anexo E - Ficha de planeamento da atividade nº 5 – webinar	198
Anexo F - Ficha de planeamento da atividade nº 6 – Prevenção dos maus-tratos infantis	202
Anexo G - Ficha de planeamento da atividade nº 7 – Treino e educação sensorial de crianças	206
Anexo H - Ficha de planeamento da atividade nº 8 – Tertúlias de pais e mães	210

Índice de Abreviaturas

APP - Acordo de Promoção e Proteção

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ASCJR - Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

CNSM - Coordenação Nacional para a saúde mental

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

ENDC - Estratégia Nacional para os Direitos da Criança 2021 -2024

IAC - Instituto de Apoio à criança

CNPDCJ - Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

DL - Decreto Lei

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

INE - Instituto Nacional de Estatística

LPCJP - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

MP - Ministério Público

OMS - Organização Mundial Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

ONG - Organização Não Governamental

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

PAFAC - Projeto de Apoio à Família e Criança

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PP - Promoção e proteção

PPP - Processo de Promoção e Proteção

PSIJ - Programa de Saúde Infantil e Juvenil

RERP - Regulação do Exercício das Responsabilidades Parentais

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCF - Unidades Coordenadoras Funcionais

UE - União Europeia

UAL - Universidade Autónoma de Lisboa

Índice de Leis

Leis

Lei n.º 147/99, de 1 de setembro – Lei de proteção de crianças e jovens em perigo;

Lei n.º 166/99, de 14 de setembro - Lei Tutelar Educativa;

Lei n.º 13/2003, de 21 de maio - Rendimento social de inserção;

Lei n.º 31/2003, de 22 de agosto - Altera o Código Civil, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo;

Lei nº 142/2015, de 8 de setembro, - Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro;

Lei nº 23/ 2017, de 23 de maio, - Terceira alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, alargando o período de proteção até aos 25 anos;

Lei nº 26/2018, de 5 de julho, Regularização do estatuto jurídico das crianças e jovens de nacionalidade estrangeira acolhidos em instituições do Estado ou equiparadas (quarta alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e sexta alteração ao regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional);

Decretos-Lei

Decreto-Lei n.º 185/93, de 22 de maio, a Organização Tutelar de Menores e o Regime Jurídico da Adoção;

Decreto-Lei n.º 241/94, de 22 de setembro - Carreira dos técnicos superiores de saúde dos serviços;

Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro – Sistema nacional de Intervenção Precoce na Infância;

Decreto Lei n.º 159/15, de 10 de agosto, do Ministério da solidariedade, emprego e segurança social, (2015) criação da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens;

Decreto Lei n.º 139/17, de 10 de novembro, - procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 159/2015, de 10 de agosto, que criou a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens;

Resolução do Conselho de Ministros

Resolução de Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de novembro - Procede ao reconhecimento público da denominada «rede social»;

Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2004, - Aprova o Programa para a Prevenção e Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil (PETI), que sucede ao Plano para Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil (PEETI);

Portaria

Portaria nº 139/2013, de 2 de abril - Estabelece a forma de intervenção, organização e funcionamento dos centros de apoio familiar e aconselhamento parental;

Portaria nº 1226-GF/200, de 30 de dezembro - regula a criação, a competência e o funcionamento das comissões de proteção de crianças e jovens em todos os concelhos do País;

Despachos

Despacho n.º 31292/2008 do Ministério da Saúde - Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde;

Despacho n.º 11347/2017 do Ministério da Saúde, - Modelo de organização e de funcionamento da Psicologia Clínica e da Saúde no Serviço Nacional de Saúde;

O Psicólogo nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

Uma Abordagem Clínica num Contexto de Intervenção de Segundo nível

O presente documento, resultado de um estágio autoproposto, tem como objetivo contribuir para a reflexão da relevância que a intervenção de um psicólogo tem numa CPCJ. Tal inclui a análise da pertinência de algumas intervenções da psicologia de abordagem clínica no segundo nível de intervenção, destinada a fomentar a subsistência da saúde e do bem-estar das crianças e jovens vítimas de abusos e/ou maus-tratos. É afirmada a sua pretensão enquanto contributo para a alteração de comportamentos, intervindo em crise, removendo o perigo junto das crianças, jovens e famílias referenciadas. Paralelamente, pretende-se para além da apresentação de dois estudos de casos, pretende-se registar o enquadramento teórico, prático e institucional do trabalho dinamizado, da avaliação das ações, do desempenho no estágio realizado, para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento.

Em fase de delineamento do estágio, surgiram um conjunto de dúvidas que posteriormente se converteram na pergunta orientadora, descrita no capítulo III, necessária para orientar as ações desenvolvidas. Assim, as ações do estágio procuraram demonstrar a relevância das da intervenção de um psicólogo de abordagem clínica, numa intervenção de segundo nível, a partir da análise de alguns contributos diferenciadores que este profissional poderá disponibilizar na ajuda da manutenção da saúde e do bem-estar, reduzindo o sofrimento psicológico e contribuindo para a remoção do perigo. As atividades focaram-se no acompanhamento e estudo de casos e de ações de promoção de direitos e eventual prevenção de maus-tratos, descritos no apêndice B.

A presença de maus-tratos e abusos na vida de cada um, em particular das crianças e jovens, causa seguramente sofrimento, sendo impulsionadora de mal-estar psicológico, afetando o seu crescimento integral. Na verdade, apesar de se verificar este impacto no bem-estar bio-psico-sócio-cultural e ambiental em cada uma das crianças, jovens, famílias, comunidades e sociedades, não há, efetivamente, a obrigatoriedade legal, para que, no atual modelo de promoção e proteção de criança em risco, exista a valência da psicologia clínica e da saúde, na equipa interdisciplinar que constitui a CPCJ. Fica deste modo um vazio que é preenchido pela aleatoriedade de haver ou não um psicólogo nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, (CPCJ) ou até preenchido por outros técnicos especialistas que seguramente farão tudo o que for possível para o preencher. Podemos questionar se a eficácia é a mesma, quando numa intervenção de segundo nível, para fomentar a subsistência da saúde e do bem-estar das crianças e jovens vítimas de abusos ou maus-tratos, é feita com ou sem a presença de um psicólogo.

Estas reflexões e observações desmascararam o que seria mais tarde, aquando da aprovação do estágio, a base do problema em estudo. Observava-se que poderia existir um desvalor, e com consequências negativas se não for garantido a obrigatoriedade de um psicólogo em cada comissão.

A observação incluía a intenção do legislador, em 1999 e nos anos seguintes em que foram publicadas revisões à Lei de proteção de crianças e jovens em perigo, Lei nº147/99, em que neste nível de intervenção, segundo nível na pirâmide subsidiária de intervenção em perigo, fosse gerido em equipa multidisciplinar e resultante das sinergias do estado com a comunidade civil.

Foi realizado um levantamento teórico em fase de acolhimento institucional, o qual já incluía a análise e estudo de documentação interna e permitiu delinear e propor atividades

multidimensionais na CPCJ – comissão modalidade restrita e comissão modalidade alargada –, de forma a realizar avaliações (sócio)psicológicas, acompanhamentos de casos referenciados, atendimentos e visitas domiciliárias, (co)gestão processual, articular com equipas, poder satisfazer o cumprimento de outras necessidades da entidade, contribuir para o apoio aos técnicos, dedicar um olhar atento às famílias, às suas responsabilidades parentais, e dedicar às crianças e jovens a criação de instrumentos para processos de identificação e gestão emocional.

O Estágio decorreu numa das quatro Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) em Lisboa, ao longo de 9 meses, nos anos de 2020 e 2021, num total de 436 horas.

A nível pessoal, o foco recai na relação em múltiplas faces, incluindo as de cariz terapêutico – entre profissional e paciente(s) – e de cariz relacionado com o ambiente profissional – a um nível intermédio entre colegas, e macro com a instituição e população com quem se trabalhou.

A relevância do estágio e presente relatório assenta sobre o registo dos dados, das avaliações, conclusões e reflexões, resultantes da intervenção nesta CPCJ e neste contexto atual – descrito no capítulo II deste documento – enquadrado especificamente na relevância que a psicologia, em particular a psicologia clínica pode proporcionar ao trabalho a realizar numa CPCJ, as diferenças que desta podem resultar na gestão processual, (intra)visionada em equipa multidisciplinar, nos contributos para a prevenção de maus-tratos e promoção de direitos da Criança, na remoção dos perigos, no apoio à autonomia e manutenção continuada de fatores de proteção, entre outros.

Durante o estágio surgiu um conjunto de questões, algumas possíveis de responder, que foram estruturantes para o conteúdo aqui exposto. Nesse conjunto encontram-se as seguintes.:

1. Quais as especificidades, os conhecimentos, as abordagens relevantes que se devem aprofundar para uma intervenção realizada pelos psicólogos clínicos e da saúde, em conjunto com crianças e jovens vítimas de maus-tratos?
2. Quais os enquadramentos, teóricos, práticos, jurídicos e funcionais, que o psicólogo terá de solidificar neste contexto de intervenção?
3. Que especificidades e contributos poderá um psicólogo proporcionar a uma equipa multidisciplinar e ao seu trabalho, de remover os fatores de perigo, pôr termo às situações que afetam gravemente o desenvolvimento integral da criança e do jovem, contribuindo para garantir condições de segurança, educação, saúde e bem-estar?
4. Deverá ser uma intervenção com a envolvência da família e da comunidade? Como se intervém com a família, após a referenciação das crianças como vítimas e /ou da família como não cuidadora?
5. E como poderá o psicólogo ou esta equipa, contribuir para que não surjam novos casos, e /ou novas complexidades para além das existentes?
6. E após a intervenção da CPCJ que apoio tem a psicologia clínica nas crianças e famílias? Quais os impactos (bio-sócio) psicológicos que uma intervenção pode causar e como autonomizar, pós intervenção, que recursos psicológicos são necessários?

De referir também com particular ênfase: a relevância que os pais têm com as suas responsabilidades parentais, e da parentalidade que se deseja positiva; a família como primeiro garante dos cuidados base para um desenvolvimento integral, numa visão de família cuidadora; a importância de pessoas idóneas, determinantes na instauração do equilíbrio e bem-estar da Criança? e a comunidade como enquadradora de valores de referências e de envolvência do ambiente social.

Às entidades também cabe um papel de extrema importância, tanto mais necessário e complexo quanto a complexidade de situações. Desta forma as entidades que atuam em matéria de infância e juventude são o primeiro nível de intervenção em risco, expresso graficamente na pirâmide da subsidiariedade, no capítulo II, deste documento. É assim necessário observarmos a mesma para enquadrar as ações.

No entanto, por vezes esta comunidade “falha”, o risco agrava e o perigo surge, (há uma diferença clara entre o risco e o perigo, a qual poderemos analisar mais detalhadamente no apêndice C), e instala-se na vida das crianças /jovens, sendo necessária uma intervenção muito urgente de segundo nível. Importa, portanto, avaliar e intervir também diretamente nos fatores específicos em cada comunidade e os processos em si, que alimentam este desequilíbrio. É assim clara a necessidade, de também durante a realização do estágio, contribuir para sensibilizar, identificar e indicar recursos e contribuir para uma articulação e co-gestão de processos verdadeiramente integrada, ou seja, envolvendo a família, a comunidade e entidades.

Tendo como base os princípios orientadores de uma intervenção em segundo nível, as CPCJ's, (descritos no apêndice I), na sua modalidade restrita – termo este referente ao modo como as estruturas internas que a compõem se organizam –, assumem, com o consentimento dos pais, a função de avaliar/diagnosticar e, se verificado o perigo, propor uma Medida de Promoção e Proteção (PPP, descrito no apêndice G) com vista à remoção dos fatores de perigo, observados aquando da avaliação da situação. Neste sentido, as ações do estágio visam especificamente, mediante uma abordagem clínica, a participação e gestão supervisionada das sessões de atendimento a crianças, jovens, e famílias, com recurso à anamnese, entrevista, avaliação, diagnóstico e registo de diligências.

Igualmente, visou-se a participação em reuniões da comissão modalidade restrita enquanto equipa multidisciplinar, de inter e introvisão. Decorreram também momentos de supervisão, para a análise e discussão de estudos de casos em co-gestão processual do estagiário. Foram também estudados os existentes instrumentos de trabalho, de registo e de divulgação, e criados novos meios e materiais para tal fim, complementarmente com a organização de campanhas de prevenção.

Outros programas foram criados, com o objetivo de serem trabalhados, ou por técnicos de áreas diversas, como instrumentos de prevenção primária, e/ou na área da psicologia, alguns destes próximos do modelo de abordagem de psicoeducação. Destes, destacam-se: SENTI'LAND - A terra dos sentimentos - o jogo imaginário das emoções; *Quizizz* – questionário sobre os direitos - jogo competitivo de perguntas e respostas on-line; Jogo dos direitos – Mural de palavras cruzadas: *Que história contas?* – dinâmica para a criação de história criativas a partir de desenhos concebidos para o efeito, alusivos a comportamentos saudáveis e comportamentos de maus-tratos.

O presente trabalho está dividido em cinco capítulos, através dos quais se pretende relatar detalhadamente o decurso do presente estágio: capítulo I: Revisão da literatura, capítulo II: Contextos para a realização do estágio, capítulo III: Descrição do estágio, capítulo IV: Descrição das atividades, Metodologias e resultados, capítulo V: Discussão e conclusões.

Capítulo I – Revisão de Literatura

1.1. Saúde e Bem-estar

A Organização Mundial de Saúde analisou e aprovou em 1946, a definição da saúde, na qual a saúde é mais do que a ausência de doença ou enfermidades. Segundo esta, a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, “um direito fundamental de todo ser humano sem distinção de raça, religião, política, crença, condição econômica ou social” (p. 16). Neste trabalho são aprofundados fatores que influenciam a saúde da criança e do jovem, e consequentemente, as famílias e comunidades (sendo a ocorrência dos fatores um espelho do estado desses mesmos grupos). Este compreender global de influências, causas e efeitos complexos provém da noção de um todo que envolve cada uma das suas partes de modo integral e vice-versa. Esta envolvimento tem repercussões no bem-estar individual e coletivo (Engel, 1977). Engel (1977), quando publica o modelo biopsicossocial, acrescenta ao modelo biomédico as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da doença.

Compreender a pessoa como um todo nas suas interações consigo, com os outros e com o meio envolvente suplanta-se em Smuts (1936), especificamente na definição do termo holismo. A teorização do holismo é um pilar da interpretação do que é saúde, fortalecendo a crescente visão de abordagem global, compreensiva, completa, isto é, holística, na saúde (na qual assentam as condições de interação ecológica e social do ser humano, desde o emprego, educação, lazer e todos os condicionantes de um padrão de saúde) é benéfica (Neto & da Nóbrega, 1999).

1.1.2. Saúde Social

A natureza do ser humano é social e a da sociedade, congruente, interconectada ou em rede entre os seus agentes ou componentes (Russel, 1973), portanto a conceptualização de

saúde requer a inclusão de noções sociais (Russel, 1973). A OMS (2022) destaca de forma clara a relação entre a posição económica e condições de saúde, assim a doença segue um gradiente social, países com menos dinheiro têm menos saúde. Um conjunto de fatores influenciam o estado de saúde, as condições do quotidiano, as condições do nascimento, crescimento e de trabalho, a forma como se vive. Estes formam um conjunto de sistemas político-sócio-económicos que moldam essas condições são também determinantes sociais da saúde (DSS) definidas pela OMS (2022).

Para se atingir um estado satisfatória de saúde em comunidade, segundo Marín et al (1993), um trabalho articulado entre os serviços presentes na comunidade (ou que a ajudam) e as populações de uma comunidade tem de tomar lugar de modo a responder às necessidades sentidas e identificadas, contribuindo para o aumento do bem-estar da comunidade e fomentando recursos futuros de sustentabilidade, como o aumento das oportunidades de educação dos indivíduos.

1.1.3. Saúde Mental

Os fatores de risco para a saúde mental (apêndice E) com predominância de impacto elevado incluem a exposição a situações estressantes agudas e crónicas, por exemplo maus-tratos físicos e de abuso psicológico, prejudiciais ao desenvolvimento emocional, perceção de si e dos outros, e capacidade crítica de (auto)avaliação.

Alves e Rodrigues (2010) definem a saúde mental de forma ampla, sendo esta mais do que a ausência de perturbações mentais, esta é compreendida na interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, fortemente condicionados pelos determinantes sociais das condições de trabalho ou falta deste, da pobreza, educação, discriminação, acontecimentos de vida stressantes entre outros.

Em Portugal, o SNS (Sistema Nacional de Saúde, 2022), enquadra a saúde mental como um conjunto de ações desde as relações do indivíduo com a comunidade e seus elementos; aos projetos de vida, o sentido que cada um dá à sua própria vida, à resiliência, conhecendo limites e sinais de mal-estar.

Em Portugal, as perturbações da ansiedade são particularmente frequentes (16.5%), seguidas pelas de humor (7.9%), pelas de controlo dos impulsos (3.5%), e pelas de abuso de substâncias (1.6%) (SNS, 2022). Relativamente à prevalência anual de diagnósticos de depressão, 22.9% dos portugueses padecem, sendo que 42.7% destes mantêm esse quadro ao longo da vida (SNS, 2022). No geral existe uma incidência de 4% da população com doenças mentais graves em Portugal (SNS, 2022). Portugal é o maior consumidor de benzodiazepinas da Europa já há vários anos, para além do elevado consumo de bebidas alcoólicas e consumos muito elevados de antidepressivos, indicadores por si só de uma elevada doença mental no país (SNS, 2022).

1.1.3. Saúde Familiar

Existindo médico e enfermeiro de família, os pacientes padecem ainda de psicólogo de família. “*Working with families is the basis of family practice. Families living in relative harmony provide the basis for the good mental health of their members and for social stability*” (Westmore, 2015, p. 6). A relevância de seguir e contextualizar a pessoa no seu seio familiar é essencial, fazendo até parte da história clínica questões sobre antecedentes familiares e fatores expositivos, catalisadores ou inibidores, por exemplo, circunstâncias sociais como local onde vive e como vive, composição familiar, e situação financeira (Harrison et al., 2017). Pois o físico, o psicológico e o social são de um mesmo foro, interligados e interdependentes.

Eventos da vida, classificados segundo gravidade, características e significado geral, providenciam informações sobre como ocorrem certas problemáticas (como distúrbios

psiquiátricos, comportamentos de risco, dificuldades de socialização, entre outras) e/ou são evitadas, não devendo ser descartados da compreensão avaliativa e diagnóstica de uma pessoa (Harrison et al., 2017). O impacto psicológico sentido depende de fatores intrapessoais e interpessoais, como experiências anteriores, relações mantidas, estrutura familiar, e expectativas e oportunidades culturais, sendo a forma como os eventos são experienciados um reflexo de fatores sociais, como nível socioeconómico e discriminação; essa mesma forma de se comportar influencia a experiência tida (Harrison et al., 2017).

Segundo Harrison et al (2017), à medida que as crianças progredem para a independência e autonomia, elas precisam de uma base familiar estável e segura, com um padrão consistente de calor emocional, aceitação, ajuda e disciplina construtiva. Falhas neste contexto tendem a ter um efeito profundo no desenvolvimento psicológico na infância com impacto na vida adulta (Harrison, et al., 2017). Estas falhas podem ser conflitos e abusos físicos ou psicológicos conjugais ou entre membros da família, distúrbio psiquiátrico parental (Harrison, et al., 2017; Westmore, 2015), criminalidade familiar (Harrison, et al., 2017) como o consumo de drogas (Westmore, 2015), estatuto socioeconómico baixo, superlotação de espaço e recursos, crianças colocadas em cuidados longe da família (Harrison, et al., 2017), suscetibilidade a doenças ou fragilidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais, níveis de stress e ansiedade elevados, e percepção de fadiga persistente ou crônica, e insónias, traduzindo-se em incompetência ou negligência no providenciar cuidados (Westmore, 2015).

Os fatores de risco familiares são múltiplos e cumulativos no que concerne à saúde da criança e do jovem. *“The more extreme caregiving abnormalities include a severe lack of stimulation and interaction with the infant/child, inconsistent experiences of the caregiver by the child, and a lack of emotionally invested caregiving”* (Harrison, et al., 2017, p. 426).

Uma técnica existente para iniciar o processo de colheita de dados para identificação de pontos de desarmonia familiar chama-se a BATHE (*background, affect, trouble, handling e empathy*) (Westmore, 2015).

1.1.4. Saúde Infantil

Inserida no Programa de Saúde Infantil e Juvenil (PSIJ) da DGS, a área da saúde infantil engloba as atividades de promoção e prevenção da saúde e bem-estar dos menores, isto é, dos 0 aos 18 anos. As atividades do âmbito do PSIJ são da responsabilidade dos hospitais e centros de saúde em articulação entre si, previsto no despacho n.º 12 917/98, de 27 de julho, definindo as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) para gerir essa articulação (ARSLVT 2021).

A DGS destaca a importância da partilha de informação, da existência de uma linguagem comum dentro de cada UCF e dentro de cada unidade de saúde, a necessidade de um diálogo que leve ao conhecimento das atividades realizadas, bem como à partilha de indicadores de execução e identificação de problemas, estudos e estratégias. Entre estas diferentes estruturas de forma garantir maior eficácia, melhoria e rentabilidade do PSIJ (ARSLVT, 2021).

Entre outros, é de destacar também o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) organismo de serviços integrados do Ministérios da Saúde, do Trabalho, da Segurança Social, e da Educação e ciência, destinado às crianças e jovens e suas famílias enquadrado pelo despacho n.º 12 917/98 (PNSIJ DGS, 2013).

O serviço destina-se a todas as crianças dos 0 aos 6 anos de idade, que tenham alterações nas funções ou estruturas do corpo. Também é um organismo de serviços destinado, a todas as crianças, nas mesmas idades, que apresentem quatro ou mais fatores de risco biológico, psicoafetivas e/ou ambiental - efeito cumulativo de risco - presentes e causando risco grave e relevante no atraso do seu desenvolvimento (PNSIJ DGS, 2013). A partir dessa idade não existe

articulação entre estes serviços dos três ministérios, conforme descrito do Despacho n.º 31292/2008, sendo direcionado o apoio, para o apoio pedagógico enquadrado pelas Leis n.º 3 de janeiro e n.º 21 de maio do ano de 2008. Note-se que não poderá haver um programa único de atuação junto das crianças pois “não é possível enumerar todas as situações de crianças e jovens em risco ou com necessidades especiais” (PNSIJ DGS, 2013, p. 30).

“[No PNSIJ está claro que] as crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica exigem, de facto, cuidados acrescidos, nomeadamente a continuidade de intervenção dos vários serviços. A função de *charneira* destes cuidados deve ser liderada, de preferência, pelo médico assistente ou pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica/enfermeiro de família, privilegiando-se a articulação com a área da Saúde Escolar, entre outras, nomeadamente os Serviços Escolares: Serviço de Psicologia e Orientação e os Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família” (PNSIJ DGS, 2013, p. 33).

1.2. Saúde Mental Infantil

O modo como as crianças são tratadas tem impacto na forma como crescem e formam adultos; em casos de abuso e/ou maus-tratos, as consequências na juventude e idade adulta podem ser nefastas para os próprios, mas também para os outros como é exposto por Glasser et al (2001) ao terem estudado o ciclo vítima-passa-a-vitimizador e terem concluído que, apesar das diferenças observadas entre homens e mulheres (sexos biológicos), este ciclo ocorre mesmo que não para a maioria das pessoas. Este facto de minoria na conversão é suportado por Bentovim e Williams (1998), mas apenas para abusos sexuais. “*The combination of emotional abuse in the respondent's childhood with multiple events of sexual abuse was a relatively good predictor of both poor mental health [depression, anxiety, suicidal feelings and behavior], and later sexual interest in or sexual contact with children*” (Bagley et al., 1994, p. 683).

O trauma infantil, não proveniente exclusivamente de abuso sexual (apesar da prevalência elevada de estudos), é um fator de risco chave para a psicopatologia (e.g., Glasser et al., 2001; Bagley et al., 1994; Bentovim & Williams, 1998). De facto, o abuso é infelizmente um termo lato para um largo leque de realidades, como violência física, abuso sexual, intimidação, violência verbal, abuso emocional e/ou psicológico, e isolamento social (Foreign, Commonwealth & Development Office, 2020). Os maus-tratos são o fator de risco evitável mais importante para a psicopatologia é uma causa fundamental de doenças mentais crónicas (Shonkoff et al., 2009). A correlação entre trauma infantil e a manifestação de perturbações psicológicas ou sintomas pode ser mediada por alterações (desregulações) nos sistemas de neurotransmissores que modulam a resposta ao estresse (Nemeroff, 1999). Aliás, maus-tratos a criança em lares com uma dinâmica disfuncional representam 45% do risco atribuível da população para doenças mentais de início com início na infância (Green et al., 2010), com destaque para distúrbios de ansiedade (Green et al., 2010), depressão (Dube et al., 2003) e consumo e dependência de drogas (Dube et al., 2003). Estas doenças psiquiátricas, diagnosticadas em idade adulta, prevalentes são reportadas como incapacitantes globalmente.

Para além das mudanças comportamentais perturbadoras, consequências biológicas (para além de ferimentos físicos visíveis e/ou crónicos) tendem a desenvolver-se. Por exemplo, a exposição infantil ao estresse pode desencadear uma resposta inflamatória sistêmica duradoura, não muito diferente da resposta corporal à lesão física. Por sua vez, essas “feridas ocultas” do trauma infantil podem afetar o desenvolvimento cerebral (como cognição, sistemas de valência positiva, sistemas de valência negativa), reatividade a estressores subsequentes e, em última análise, risco de psicopatologia.

Na infância, a hipervigília da amígdala pode ser uma resposta adaptativa a um ambiente altamente estressante (por exemplo, no contexto de maus-tratos, a rápida detecção de se um progenitor está de mau humor pode ajudar a criança a evitar uma confrontação negativa com esse progenitor, levando a um "funcionamento resiliente" a curto prazo). No entanto, quando o indivíduo cresce desse meio social particular, a hiperatividade da amígdala pode constituir uma vulnerabilidade às dificuldades de saúde mental (Finn et al., 2012; McCrory & Viding, 2015; Teicher & Samson, 2016).

O estresse crónico ou o trauma repetido podem resultar numa série de reações diversas, de fundo biológico e psicológico, incluindo um estado de medo persistente. *“There is evidence that following early-life stress, the set-point of HPA [hypothalamic-pituitary-adrenal] activity in response to stress is permanently altered so that subsequent responses to stressful situations are affected”* (Nemeroff, 2004, p. 23). A ativação crónica das vias neuronais envolvidas na resposta ao medo pode criar memórias permanentes que moldam a perceção e resposta ao ambiente (National Scientific Council on the Developing Child, 2010; Fox & Shonkoff, 2012).

Embora esta adaptação possa ser necessária para a sobrevivência num mundo hostil, pode tornar-se um modo de vida difícil de mudar, mesmo que o ambiente melhore. As crianças com uma resposta persistente ao medo podem perder a sua capacidade de diferenciar entre perigo e segurança, e podem identificar uma ameaça numa situação não ameaçadora (National Scientific Council on the Developing Child, 2010; Fox & Shonkoff, 2012). Por exemplo, uma criança que tenha sido maltratada pode associar o medo causado por uma pessoa específica ou lugar com pessoas ou lugares semelhantes que não representam nenhuma ameaça. Esta resposta generalizada ao medo pode ser a base de futuras perturbações da ansiedade, como o PTSD (National Scientific Council on the Developing Child, 2010).

Os maus-tratos a crianças podem levar a alterações estruturais e químicas nas áreas do cérebro envolvidas na regulação da emoção e do stress (Conselho Científico Nacional sobre a Criança em Desenvolvimento, 2010). Por exemplo, os maus-tratos podem afetar a conectividade entre a amígdala e o hipocampo, que pode então iniciar o desenvolvimento da ansiedade e da depressão por adolescência tardia (Herrington et al., 2013). Além disso, o abuso emocional precoce ou a privação severa podem alterar permanentemente a capacidade do cérebro de usar serotonina, um neurotransmissor que ajuda a produzir sentimentos de bem-estar e estabilidade emocional (Healy, 2004).

Quando as crianças são expostas a estresse crónico e traumático, os seus cérebros sensibilizam os caminhos para a resposta do medo e criam memórias que desencadeiam automaticamente essa resposta sem pensamento consciente; isto chama-se hiperexcitação. Estas crianças podem ser altamente sensíveis a pistas não verbais, como contacto visual ou um toque no braço, e podem ser mais propensos a interpretá-las mal (National Scientific Council on the Developing Child, 2010). Mediante a sentida necessidade de monitorizar pistas verbais e não verbais para identificar possíveis ameaças, as crianças estão assoberbadas e menos capazes de interpretar e responder aos estímulos de modo adequado; algo particularmente saliente quando em ambientes tipicamente não ameaçadores (dependendo do historial de cada criança). Os seus cérebros se desenvolveram de modo que estejam constantemente em alerta e não sejam capazes de alcançar a relativa calma necessária para uma aprendizagem proveitosa (Perry, 2005). Outro exemplo, é as crianças que foram maltratadas poderem ser menos sensíveis a estímulos positivos do que as crianças não maltratadas. Um estudo de jovens adultos que tinham sido maltratados descobriu que classificavam as recompensas monetárias de forma menos positiva do que os seus

pares e demonstraram uma resposta mais fraca às pistas de recompensa nas áreas basais dos gânglios do cérebro responsáveis pelo processamento de recompensas (Dillon et al., 2009).

O desenvolvimento cerebral comprometido pode gerar dificuldades na interação entre essas crianças e os outros. Crianças ou jovens expostos a estresse tóxico podem achar mais desafiante navegar em situações sociais e adaptar-se a contextos sociais em mudança (Hanson et al., 2010). Podem perceber ameaças em situações de segurança com mais frequência e reagir em conformidade, podendo ter mais dificuldade em interagir com outras pessoas (Fox & Shonkoff, 2012). Por exemplo, uma criança maltratada pode interpretar mal a expressão facial neutra de um colega como raiva, o que pode fazer com que a criança maltratada se torne agressiva ou excessivamente defensiva em relação ao par (National Scientific Council on the Developing Child, 2010).

Existem duas perspectivas predominantes no ramo da neurociência que abordam como a adversidade infantil afeta o cérebro em desenvolvimento. Uma perspectiva enraizada na fisiologia do stress enfatiza as semelhanças dos efeitos da adversidade infantil, argumentando que porque as perturbações nas respostas ao stress fisiológico são a principal consequência de várias experiências adversas (por exemplo, pobreza, privação parental ou exposição à violência), convergem nos seus efeitos e, portanto, podem ser agrupadas como "adversidades na infância" (Sapolsky, 2017; Smith & Pollak, 2020).

Outra perspectiva enraizada na psicopatologia do desenvolvimento propõe uma abordagem dimensional para medir as adversidades da infância, argumentando que a ameaça e a privação são duas dimensões centrais da adversidade infantil cujas influências no desenvolvimento neurobiológico são substancialmente distintas (McLaughlin & Sheridan, 2016; Sheridan & McLaughlin, 2014). Os maus-tratos infantis refletem experiências que são esperadas,

mas não ocorrem (negligência), ou que ocorrem, mas são atípicas de alguma forma (abuso). Consistente com a conceptualização da ameaça e privação de acordo com a abordagem dimensional, abuso refere-se a atos de comissão envolvendo danos, ou ameaça de dano, enquanto negligência se refere a atos de omissão envolvendo privação (Rogosch & Cicchetti, 1994).

As conclusões de Kim-Spoon et al (2021) parecem sugerir que o abuso e a negligência podem estar diferencialmente relacionados com alterações de desenvolvimento nos processos neurais de tomada de decisão arriscada. Especificamente, a negligência foi um preditor para as mudanças de desenvolvimento na ativação ínsula e córtex cingulado dorsal anterior durante o processamento de risco, enquanto o abuso foi um preditor para mudanças de desenvolvimento na ativação fronto-parietal durante o controlo cognitivo. Assim, os resultados apoiam a opinião de que existem efeitos diferenciais de privação (isto é, negligência) e ameaça (ou seja, abuso) no desenvolvimento neurobiológico (abordagem dimensional enraizada na psicopatologia). Isto implica que o estresse precoce na vida, como a negligência infantil, afeta negativamente o desenvolvimento de processos neurais relacionados que permitem evitar o risco, atendendo à magnitude das potenciais consequências negativas.

A negligência pode restringir as formas básicas de aprendizagem que estabelecem as bases para a avaliação de risco, porque esses processos básicos de aprendizagem dependem da estimulação cognitiva e das entradas sociais fornecidas através de interações do cuidador (Sheridan et al., 2017). Além disso, a negligência pode limitar as oportunidades de aprender competências cognitivas relacionadas com a avaliação de risco através da modelação parental. Por exemplo, uma monitorização parental mais frequente está correlacionada com uma maior sensibilidade ao risco no córtex insular (Lauharatanahirun et al., 2018). Espera-se que os adolescentes com pais negligentes sejam menos propensos a se envolverem em interações entre

pais e filhos, onde os pais chamam a atenção da sua adolescente para resultados potencialmente arriscados e modelam estes processos de aprendizagem como codificados pelo córtex insular.

Em contraste com a negligência, níveis mais elevados de abuso foram associados a um crescimento mais rápido da ativação neural durante o processamento de risco mostrado na ínsula e no córtex cingulado dorsal anterior. Embora esta associação entre abuso e ativação neural durante o processamento de risco se aproximasse da sinalização estatística e a replicação da descoberta seja justificada, notamos que a nossa descoberta da associação positiva entre abuso e crescimento mais rápido na ativação insula-dACC durante o processamento de risco suporta a hipótese de aceleração do stress (Callaghan & Tottenham, 2016) que propõe que a experiência de ameaça esteja relacionada com a maturação cerebral acelerada.

Estas crianças maturam para a adolescência sem descartar o seu historial. De modo geral, os adolescentes têm uma maior predisposição que os adultos para tomarem decisões arriscadas. Paulsen et al (2012) descobriram que os adultos apresentaram uma ativação neuronal mais elevada em relação a adolescentes/crianças durante decisões de risco na região da ínsula e córtex cingulado dorsal anterior. Os adolescentes/crianças que sofreram maus-tratos apresentam uma predisposição maior para tomarem decisões arriscadas (e sem pensar tanto nas consequências) do que os adolescentes que não passaram por estas experiências. Estudos de neuroimagem ligaram as alterações no funcionamento cerebral subjacentes aos maus-tratos a tomada de decisões arriscadas (Hanson et al., 2015; Lim et al., 2015).

1.3. Psicologia Clínica

Os psicólogos em Portugal contam com três especialidades reconhecidas no regulamento geral de especialidades profissionais da ordem dos psicólogos portugueses, n.º 107-A/2016, área da psicologia clínica e da saúde, área da psicologia da educação, e área da psicologia do trabalho,

social e das organizações. Podendo ser cada uma destas especialidades complementos com uma ou mais das seguintes especialidades avançadas de: *coaching* psicológico, intervenção precoce, necessidades educativas especiais, neuropsicologia, psicologia vocacional e do desenvolvimento da carreira, psicogerontologia, psicologia comunitária, psicologia da justiça, psicologia da saúde ocupacional, psicologia do desporto, psicoterapia e sexologia (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016). Qualquer uma das especialidades da psicologia trará ganhos consideráveis à saúde, ao nível social, da saúde física e mental da população portuguesa, para além do impacto económico positivo.

Em Despacho n.º 11347/2017, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde estabeleceu como prioridade estratégica o aperfeiçoamento da gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde, na qual os psicólogos são fundamentais quer pela sua competência técnica quer formativa para o exercício da sua profissão em processos de articulação interdisciplinar, de forma a se obter melhores cuidados de saúde. A psicologia contribui, mediante as suas especialidades e em conjunto com outras áreas de estudo, para uma intervenção multidisciplinar no contexto de crianças e jovens em risco e nas comissões de proteção. No entanto, é importante relevar a inexistência de uma especialização reconhecida em que englobe psicologia clínica e da saúde na vertente de apoio à família, à saúde familiar.

Em 1935, na sequência da segunda guerra mundial, a *American Psychological Association*, criou um departamento independente para a psicologia clínica, com um atendimento especializado, com foco no sofrimento psíquico, de forma que esta desenvolvesse o seu papel de medir, analisar, observar e avaliar, os comportamentos dos futuros e ex-combatentes, de forma individual ou em grupo. (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

Foi em 22 de setembro de 1994, que foi publicado o Decreto-Lei 241/94, referindo no seu artigo 1.º a inclusão do ramo de psicologia clínica, nos ramos de atividades da carreira dos técnicos superiores de saúde. No artigo 2º do referido Decreto-Lei, encontramos descritas as funções das categorias do ramo de psicologia clínica, entre as quais se destaca neste contexto de estudo, o estudo psicológico de indivíduos e a elaboração de psicodiagnósticos, a intervenção psicológica e de psicoterapia; a participação em programas, e integração em equipas multidisciplinares, entre outros.

Segundo Ribeiro (1998) existem cinco objetos de trabalho da psicologia da saúde, são a promoção e a proteção da saúde, a prevenção e o tratamento das doenças, a identificação da etiologia e diagnósticos relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas.

A OPP lista os comportamentos de violência emocional e psicológica, que vão desde o gritar para provocar medo, até ao destruir objetos com valor afetivo da criança/ jovem a ter explosões de raiva, à manipulação, (OPP 2020 - violência e psicologia) sendo todos eles igualmente intensos.

“a violência emocional e psicológica não é uma forma” menor” ou” mais leve” de violência” ficando assim inequivocamente claro de que violência é violência, sendo ela psicológica ou física.

1.4. Estudos de Caso

Um estudo de caso consiste na captação e registo da história de vida de uma pessoa, tendo, portanto, em conta, não só uma possível patologia que a pessoa tenha, como a sua singularidade, todo o seu contexto, de modo neutro, ou seja, sem ter um julgamento parcial sobre o que está a ser relatado (Gomes, 2018). O reconhecimento de uma perturbação ao analisar e aprofundar esta história permite uma contextualização necessária ao diagnóstico (Gomes, 2018).

Ao termos todos uma história de vida, experiências, pensamentos e modo de ser e estar idiossincráticos, é indispensável um documento que tenha tanto parâmetros objetivos como conteúdos subjetivos (Gomes, 2018). Isso significa uma compreensão do sujeito acima da sua categorização ou reconhecimento da sua patologia (Gomes, 2018).

O estudo de caso é uma metodologia de organização de conteúdos e reflexão sobre os temas, problemas e experiências apresentados através de uma técnica de recolha de dados, como a entrevista clínica, a observação, e aplicação de testes (Pedinelli, 1999; Thomas, 2021). Como cita Meyer (2001): *“Researchers have argued that certain kinds of information can be difficult or even impossible to tackle by means other than qualitative approaches such as the case study (Sykes 1990)”*. Após esta recolha existe a investigação do caso, onde são formuladas, validadas (ou refutadas), e interpretadas, dando luz ao que se fará seguidamente (Gomes, 2018). Assim, um estudo de caso como uma construção que se baseia em entrevista, observação e anamnese.

No entanto, uma lógica de avaliação e diagnóstico, de terapia ou de demonstração teórica e investigação, constituem três propósitos distintos para a utilização e realização de um estudo de caso, alterando o seu conteúdo e ênfases inerentes (Gomes, 2018). Os estudos de caso, de facto, podem responder a diferentes necessidades e incidir sob diferentes “objetos de estudo” (Thomas, 2021), por isso é um método que confere muita liberdade a quem o elabora, tendo um design flexível (Fidel, 1984). Assim, as próprias definições de estudo de caso podem ser múltiplas e nem todas elas são úteis (Flyvbjerg, 2011).

Segundo Yin (1989), o estudo de caso pode ser definido como um inquérito empírico, uma interação que acontece no momento, para investigar um fenómeno, evento, experiência singular, ou historial completo de uma pessoa dentro do seu contexto real de um modo a compreender a fluidez e coerência entre acontecimentos e estados internos mediante o referencial dessa própria

pessoa. Assim sendo, balizas, distinções e normalidades podem não ser evidentes para o técnico. A disrupção ou problema que causa mal-estar, perigo para o próprio ou para o outro, pode não ser logo claro.

Segundo Thomas (2021), o estudo caso é uma exploração aprofundada de uma ou várias perspectivas relevantes, isto é, que contribuem para e/ou permitem compreender a complexidade e qualidade única de um agente vivo no seu contexto real. O propósito é a compreensão desse mesmo agente e dinamismo, ações do mesmo. “*Case studies are analysis of persons, events, decisions, periods, projects, policies, institutions, or other phenomena which are studied holistically by one or more methods to illuminate and explicate some analytical theme*” (Thomas, 2021, p. 12).

Os estudos de caso têm, como qualquer método, vantagens e desvantagens: entres as vantagens encontram-se a profundidade que alcançam, a sua elevado validade conceptual, compreensão abrangente do contexto e processo do historial em mãos, ligações que um problema em questão tenha a qualquer outra área da vida - antecedentes e precedentes -, e possibilidade de constituição de hipóteses; entres as desvantagens encontram-se fatores de enviesamentos provenientes do técnico a elaborar o caso, pouca compreensão de eventos incomuns ou em populações sub-estudadas, e propriedades estatísticas, como validades preditiva ou de construto ou critérios, desconhecidas ou dúbias, ou seja, falta de rigor académico (Flyvbjerg, 2011; Meyer, 2001).

Desenvolver um estudo de caso inclui recolher informações relevantes, e não para satisfazer a curiosidade do terapeuta / psicólogo / técnico, sobre a história de vida da pessoa em questão (dados sociodemográficos, a razão pela qual vieram à consulta, resultados de avaliações anteriores), história do desenvolvimento ou crescimento, história familiar (relações e diagnósticos), história da componente social e cultural, diagnósticos (físicos ou mentais) (Gomes,

2018; Sam, 2013), presença de sintomas, personalidade pré-mórbida (Hughes, s.d.; Frank, 2011), métodos de avaliação e diagnóstico preliminar, limitações desses métodos, e questões éticas (Sam, 2013).

Assim sendo, é de ressaltar o significado de anamnese. A anamnese é o processo investigativo de procura, recolha e registo de relatos de um paciente (APA, s.d.) de modo retrospectivo (Eastwood & Ross, 1974), baseado no princípio meyeriano de que a história passada e presente de um paciente é útil para o diagnóstico e tratamento de uma do mesmo (Eastwood & Ross, 1974). Este método proporciona um conjunto de informações incompleto sobre o paciente (Meyer et al., 2001) e tem uma confiabilidade variável devido a ter dois atores - o paciente que relata e o profissional que recolhe e interpreta - que são de natureza subjetiva (Eastwood & Ross, 1974). Por exemplo, relatos relativos à infância e a experiências sexuais são particularmente não confiáveis, mas a evidência de psicopatia é (Eastwood & Ross, 1974).

Capítulo II – Contextualização da Intervenção

O estágio decorreu ao longo de 9 meses, nos anos de 2020 e 2021, num total de 436 horas. Dividido em dois blocos praticamente simétricos de carga horária. Realizado fisicamente nas instalações da CPCJ, foram também pontualmente realizadas visitas domiciliárias e ações nas instalações dos parceiros.

2.1. Contexto Institucional

Foi pela necessidade de pôr termo às situações de risco e perigo, (Apêndice A), suscetíveis de afetar o desenvolvimento integral da criança e/ ou do jovem, comprometer a sua segurança, saúde, formação e educação, assim como pela necessidade de prevenir que tais situações surjam ou aumentem, que entrou em vigor em 2001, o atual modelo de proteção de crianças e jovens.

Este modelo apela à participação da comunidade em parceria ativa com o estado, surgindo desta união de sinergias as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Este nível é o segundo nível de intervenção subsidiária no perigo, segundo registo da pirâmide da subsidiariedade, representada na figura 1, atribuindo nesta dinâmica de comissão, as funções e a origem institucional de cada um dos comissários que a constituem, (o registo da sua composição encontra-se no apêndice M).

Figura 1.

Pirâmide de subsidiariedade face às situações de perigo.



Nota. Adaptado do portal da CNCDPCJ

A CPCJ é assim uma instituição oficial não judiciária com autonomia funcional, que visa pôr termo ao perigo, em particular na sua modalidade restrita, e promover os direitos da criança e do jovem, identificar riscos e combater os seus fatores, em particular na sua modalidade alargada.

Em função de cada uma destas duas modalidades alargada e restrita, surgem respetivamente ações de carácter mais abrangentes e destinadas aos cidadãos em geral, como o caso das ações no território, muito focadas no primeiro nível de intervenção subsidiária, (segundo o princípio da Subsidiariedade), em instituições de matéria de infância e juventude, e ações de carácter mais individual destinado a cada criança ou jovem referenciado através da sinalização da existência de matéria de perigo.

As ações no território com e para os cidadãos e entidades, deverão, segundo orientação legislativa, passar pela estimulação de energias locais e de interação institucional em rede de desenvolvimento social e /ou nos estabelecimentos destas. Também deverão ser criados e implementados, planos de ação anuais locais/ comunitários, da área territorial da competência de cada comissão, de forma adaptada e ajustada às necessidades e recursos locais, e aprovados em reunião plenária da CPCJ.

As ações individuais surgem na modalidade restrita, após a sinalização da matéria de perigo, ou perante a suspeita da sua existência, e inicia-se assim um Processo de Promoção e Proteção, (PPP) desde que não haja oposição da criança, quando maior de 12 anos, e com o consentimento do pai e da mãe, ou representantes legais, necessário para iniciar avaliação diagnóstica.

Entregue a um gestor de processo, que tem a função de mobilizar os intervenientes e recursos, assegurar e fazer a coordenação sistémica dos serviços, apoios e acompanhamentos,

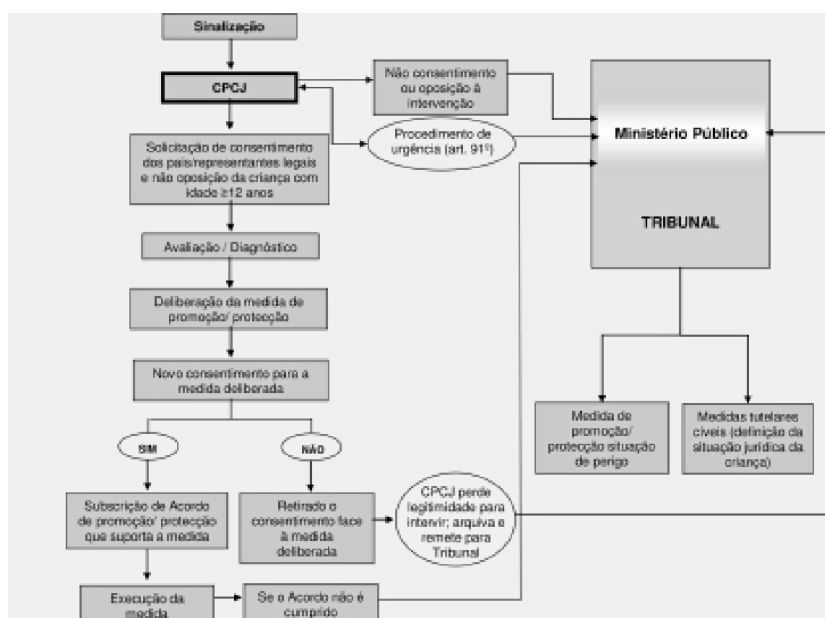
entre outras ações, conta também com uma equipa multidisciplinar da qual aquele faz parte, e que tem, entre outras competências, a decisão da abertura, instauração, aplicação de Medida de Promoção e Proteção e/ou arquivamento do processo.

A intervenção das CPCJ, (descrito mais detalhadamente no apêndice N) é fiscalizada pelo ministério público, o qual avalia a legalidade e a adequação das decisões tomadas, designadamente a da execução das medidas aplicadas a favor das crianças e a garantia dos procedimentos judiciais adequados.

O funcionamento das CPCJ, representado na figura 2, rege-se pela Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, atualmente com cinco versões, a 1ª versão de 1999, (Lei n.º1/99, de 01/09), a 2ª versão de 2003, (Lei n.º 31/2003, de 22/08), a 3ª versão de 2015, (Lei n.º 142/2015, de 08/09), a 4ª versão de 2017, (Lei n.º 23/2017, de 23/05), e a versão mais recente de 2018, (Lei n.º 26/2018, de 05/07).

Figura 2.

Intervenção das Comissões (de Proteção de Crianças e Jovens) e dos Tribunais



Nota. Adaptado do portal da CNCDPCJ

Em 2015 foi um ano de extrema importância pelo facto de ter sido feita uma revisão de todas as leis relativas ao Sistema de Promoção e Proteção. Nessa sequência, a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens foi criada pelo Decreto-Lei nº 159/2015 de 10 de agosto, que foi alterado pelo Decreto-Lei nº 139/2017, de 10 de novembro. A Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR) tem como missão planificar a intervenção do Estado e a coordenação, acompanhamento e avaliação da ação dos organismos públicos e da comunidade na proteção de crianças e jovens em risco. O apêndice J tem descritas as atribuições da CNPCJR, bem como a sua missão. Encontramos neste Sistema de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens, várias ciências sociais que interagem e articulam entre si, mas resulta do objetivo do presente estágio, uma análise mais focada na psicologia e as suas especialidades e/ ou especialidades avançadas, definidas pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, em contexto de segundo nível, numa CPCJ.

Para além das funções e abordagens específicas atribuídas ao psicólogo, particularmente em entrevista, neste estágio, são as funções centrais a gestão de processo, (em cogestão para garantir a supervisão), com o objetivo de remover fatores que alimentam as problemáticas nas quais intervém a CPCJ. Listadas no apêndice L, encontramos todas as problemáticas em matéria de perigo sinalizada à entidade acolhedora de estágio, das quais destacamos, apenas por mero exemplo, mau-trato físico e /ou psicológico, Abuso Sexual, mendicidade, criança abandonada ou entregue a si própria, ou negligenciada, e /ou exposta a comportamentos que possam comprometer o bem-estar (LPCJP, 1999).

2.1.1. Dados quantitativos da instituição acolhedora

No ano de 2021 foram reabertos 43 processos, que somados aos 332 que transitaram de 2020 e aos 613 novos processos abertos, totalizam um volume 784 entradas. Desses, 171 não

foram iniciados na comissão onde o estágio foi realizado por motivos de delegação de tarefas, competência territorial, arquivamento liminar, remessa, entre outros.

O volume processual de 2019 contou 882 casos, número repartido em 331 transitados de 2018, foram instaurados 426 novos processos, recebidos de outras CPCJ, 15 casos e reabertos 110 casos. No fim do ano de 2019 contaram-se 117 arquivados em fase preliminar, 364 arquivados em fase pós-preliminar e 12 enviados para outras CPCJ. Transportando para o ano 2020, 389 processos ativos sendo posteriormente neste documento analisados os dados de 2020 e 2021 de duração de estágio. É de notar que, segundo o relatório anual da CPCJ, acolhedora do estágio, as entidades com as quais mais articuladas a CPCJ, o primeiro nível foram a segurança social, as escolas, as IPSS, e as forças de segurança.

A modalidade alargada da CPCJ foi, durante a realização do estágio, composta por uma média de 22 entidades, (22 representantes) e três técnicos de reforço. A modalidade restrita foi composta nos meses da realização do estágio por nove elementos, três com formação em serviço social, três psicólogos, um elemento de formação em direito e um em educação, para além de quatro apoios técnicos. Alguns constrangimentos foram sentidos com a articulação de primeiro nível, como a rapidez de respostas do ministério da saúde, e articulação com as escolas. Em termos de respostas do primeiro nível, são manifestamente poucos os serviços de resposta à saúde mental, a habitação social e de intervenção ao nível dos conflitos parentais.

No presente relatório, seis reuniões, no ano 2021, foram realizadas com a entidade e o interlocutor do ministério público, tendo resultado destas a fiscalização de 135 processos.

Plano de ação da CPCJ, 2021 modalidade alargada, é preenchido com atividade como: workshops sobre direitos e maus-tratos; workshop promoção do sucesso escolar; projeto para o

desenvolvimento de competências pessoais e sociais; Projetos de promoção do sucesso escolar; atividades de comemoração do 31º aniversário dos direitos da criança; entre outros.

2.2. Contexto Pandémico

A organização mundial de saúde refere que os casos de violência doméstica durante o confinamento aumentaram sessenta por cento. (OPP 2020 - violência e psicologia).

Em 2020 originados pela situação pandémica em Portugal e segundo os dados da Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica, houve um aumento de casos de violência de 70% (OPP, 2020).

Importa referir a situação pandémica causada pelo vírus SARS-COV-2, provocando doença denominada COVID 19 em todo o plano terrestre. As primeiras manifestações surgiram na China no final do ano de 2019. Em maio de 2020 foi então declarado estado de pandemia e durante todo esse ano foram muitas as alterações sociais que daí ocorreram.

A instituição tinha equipa desdobrada e restrições e medidas para prevenir sar cov 2, com a equipa em organizações de diferentes formas e modalidades de forma a prevenir o contágio por sar cov2 , tentando evitar a Covid 19.

O estágio teve início em outubro de 2020, as escolas foram reabertas recentemente e esperava-se uma nova normalidade.

Decorridos os primeiros 3 meses e poucos dias de estágio, o mesmo teve de ser interrompido, por motivo de doença do estagiário infetado com coronavírus, covid 19.

O longo internamento hospitalar bem como as consequências que dele e da doença resultaram (covid de longa duração) obrigaram a um reajustamento do plano inicial das atividades propostas para estágio. Em abril de 2021 foi possível retomar lentamente, finalizando o mesmo em julho de 2021 com a carga horária e calendário previstos inicialmente.

2.3. Contexto Geográfico

A CPCJ, instituição acolhedora do estágio, é uma das quatro da cidade, tem competência e intervenção na cidade de Lisboa, incluindo-se na sua competência territorial, o limite geográfico de 6 freguesias desta cidade, numa área geográfica total de mais de 20 km².

2.4. Contexto Sócio-Populacional

A população residente na área geográfica de intervenção, correspondente a seis freguesias da área de Lisboa, segundo o INE 2021, é constituída por 101962 residentes, dos quais 46% são do género masculino (N=46697) e 54% do feminino (N=55265). Existem 13924 indivíduos entre os 0 e os 14 anos (dos quais 51.26% do género masculino (N=7138) e 48.74% do género feminino (N=6786)), 9755 entre os 15 e os 24 anos (dos quais 50.66 % do género masculino (N=4942) e 49.34% do género feminino (N=4813)), 53406 entre os 25 e os 64 anos (dos quais 47.30% do género masculino (N=25260) e 52.70% do género feminino (N=28146)), e 24877 dos 65 anos para cima (dos quais 37.61% do género masculino (N=9357) e 6.11% do género feminino (N=1520)).

Na área geográfica de intervenção da CPCJ, existem 156 equipamentos e respostas sociais IPSS, ONG, entidades oficiais e SCML. Para além de outras entidades que perfazem um total de 274 parceiros nas redes sociais das comissões sociais de freguesia, em rede social de lisboa plano desenvolvimento social 2017-2020

Capítulo III – Descrição do Estágio

3.1. Fase de Acolhimento do Estágio

3.1.1. As ações e as atividades do estágio

Foram realizadas presencialmente nas instalações de uma CPCJ em Lisboa, com o foco de intervenção essencialmente na sua modalidade restrita.

Pontualmente foram realizadas visitas domiciliárias e ações de sensibilização e prevenção do risco, nas instalações dos parceiros.

3.1.2. Acolhimento do estágio

Composto por tarefas das quais se destacam: a apresentação da equipa, concretamente da modalidade restrita, reforço técnico, serviços administrativos e instalações; a disponibilização de recursos materiais para que o mesmo ocorresse com todos os recursos necessários, materiais e físicos; o estudo do enquadramento legal, dos princípios orientadores da intervenção, das problemáticas referentes às matérias de perigo sinalizadas; a apresentação e conhecimento da composição da modalidade alargada da comissão e respetivo plano de ação.

Foram durante o primeiro mês, analisados alguns documentos para a compreensão do funcionamento da comissão, e outros foram estudados ao longo da primeira metade do estágio entre os quais destacamos: Manual do Formando, Curso I – Enquadramento do sistema de promoção e proteção de crianças e jovens e CPCJ, versão 2018; Manual do Formando, Curso II – Enquadramento do sistema de promoção e proteção de crianças e jovens e CPCJ, versão 2018; Regulamento interno; Manual de procedimentos internos; Plano de atividades 2019, Plano atividade 2020; Procedimentos para estágios de fevereiro 2020; Guia ação social maus tratos; Protocolo de avaliação das necessidades, para cada uma das classes de idade 0 aos 2 anos, dos 3 aos 5^a nos, dos 6 aso 10, dos 11 aos 14 mais de 15 anos; Guião de entrevista – instrumentos

internos; Siglas e princípios orientadores; Leis assim como conhecer a aplicação informática para registos e proceder aos mesmos.

Para além destes documentos foram estudados e analisados fichas e instrumentos internos como; Formulário de oposição e não oposição, Ficha de registo de diligências, Registo de visitas domiciliárias, Ficha de denúncia telefónica, Ficha sinalização presencial, Ficha para registo de entrevistas, Ficha para discussão de caso em restrita, Ficha modelo para pedido de informação, (escola, saúde, entidades), Formulários para convocatórias, (1ª convocatória, 2ª convocatória), Ficha para registo de deliberação de arquivamento, Ficha para registo de deliberação de Aplicação de Medida de Promoção e Proteção, Ficha pedido económico, Minuta de Ata de reunião restrita, Declaração de consentimento, Declaração de não consentimento, Declaração de confidencialidade, Declarações (várias também noutras línguas), Registo de Genograma, Modelos de ofícios vários, agenda de contactos, entre outros.

Findo este período de tempo destinado ao acolhimento, iniciou-se o delineamento das atividades, verificando-se que se exigia a cada um dos técnicos especialistas, uma intervenção célere, eficaz e muito especializada, mesmo que sempre complexa, muitas vezes devido à existência de situações multiproblemáticas.

Foi com a consciência da importância de intervir nestas complexidades, com a noção de que estava declarada uma pandemia à escala global e de que todo o contexto social estava em mudanças, sem precedentes, que este estágio surge como autoproposto.

Apesar do contexto e referenciais teóricos descritos anteriormente, as atividades propostas para a realização do estágio, foram ousadas pela quantidade e pela sua complexidade de conteúdo. A escolha das mesmas não resultou do impulso, mas sim de uma análise detalhada e atempada, de alguns indicadores, descritos posteriormente ainda neste capítulo do trabalho.

No entanto, perto do meio do tempo da realização do estágio, o estagiário foi contaminado pelo sars cov 2, originando um internamento hospitalar de longa duração por covid-19, e assim foi comprometida a realização de algumas das atividades propostas, descritas no próximo capítulo deste trabalho.

Retomado o estágio, ainda com pontuais limitações físicas, as atividades foram gradualmente retomadas e reajustadas na sua duração e carga horária semanal, de forma a: garantir a eficácia das mesmas, continuar a recolher dados e indicadores para assegurar o cumprimento do objetivo do estágio, assim como garantir o cumprimento da carga horária mínima total, exigida para a realização do mesmo.

3.2. Observação Diagnóstica

3.2.1. Observação Diagnóstica Para a Realização das Atividades do Estágio

Os abusos e maus-tratos infantis que ainda se verificam com as crianças e jovens não têm nos últimos anos reduzido, nem de intensidade, nem de quantidade. Se houvesse um só caso já seria muito, mas mais de dezenas de milhares, em Portugal por ano, é uma quantidade elevada.

Observem-se os dados sistematizados na Tabela 1; esses são referentes aos processos trabalhados entre os anos 2001 e 2020 de acordo com os relatórios anuais de atividade das CPCJs, publicados em CNPDPCJ.

Tabela 1

Dados populacionais referentes à população portuguesa, à população menor, aos casos sinalizados e trabalhados em CPCJs, e a sua representatividade percentual.

Anos	Número total da população portuguesa	População portuguesa (0-18 anos)	Processos em CPCJ's (população portuguesa, 0-18 anos)	casos em 2º nível (população portuguesa, 0-18 anos) (%)
2001	10 362 722	2 355 636	9701	.412
2002	10 419 631	2 330 603	10199	.438
2003	10 458 821	2 306 584	13542	.587
2004	10 483 861	2 281 972	13029	.571
2005	10 503 330	2 261 484	13470	.596
2006	10 522 288	2 246 402	50947	2.268
2007	10 542 964	2 232 037	63008	2.823
2008	10 558 177	2 217 440	66659	3.006
2009	10 568 247	2 201 040	66896	3.039
2010	10 573 100	2 177 285	68300	3.137
2011	10 557 560	2 147 054	67941	3.164
2012	10 514 844	2 116 599	68982	3.259
2013	10 457 295	2 085 366	71567	3.432
2014	10 401 062	2 055 970	73019	3.552
2015	10 358 076	2 031 905	73355	3.610
2016	10 325 452	2 010 889	71016	3.532
2017	10 300 300	1 990 194	71021	3.569
2018	10 283 822	1 970 060	70151	3.561
2019	10 286 263	1 951 310	72016	3.691
2020	10 297 081	1 930 689	77389	4.008

As comissões começaram a ser formadas em 2000, após sustentação legislativa em 1999, de modo heterogéneo pelo território português. De 2001 a 2004, o número dos processos de trabalhos CPCJ referentes à população portuguesa com idade entre os 0 e os 18 anos aumentou, assim como a percentagem de casos trabalhados em segundo nível nessa faixa etária.

De 2003 para 2004 dá-se um decréscimo dos valores. É de notar que os casos sinalizados não correspondem à veracidade de todos dos casos existentes. De 2005 para 2006 dá-se um aumento exponencial de casos, visto ter entrado em vigor uma reformulação do uso de uma aplicação informática que facilitou o registo dos casos, novos, transitórios ou reabertos. De 2014 para 2015 é de notar a alteração da lei que significa um possível impacto na contagem dos casos sinalizados. De 2017 para 2016 e de 2017 para 2018 verificam-se atenuações dos valores, sem que sejam reduzidos abaixo de 3.6%.

No geral, o número dos processos de trabalhos CPCJ referentes à população portuguesa com idade entre o 0 e os 18 anos e a percentagem dos casos trabalhados em segundo nível referente a essa faixa etária aumentaram, simultaneamente à evidência de a população portuguesa ter vindo a decrescer sem exceção de 2011 até 2020. Isto demonstra uma alarmante prevalência e aumento da ocorrência de situações de perigo no contexto infantil.

A partir também desta evidência, devemos questionar a pertinência de surgirem novas abordagens, ações concertadas e articuladas entre si, e programas diferentes na sua execução, de forma a garantir diferentes resultados das suas ações.

Não será alvo de análise se o atual sistema de promoção e proteção de crianças e jovens em risco é mais ou menos eficaz. O foco deste trabalho é o de explorar a necessidade e a pertinência da psicologia clínica na intervenção de uma CPCJ – a necessidade e relevância da presença de um psicólogo clínico junto das crianças e jovens, quer no momento da crise, quer

quando este já não subsiste, gerando-se um vazio, pela ausência deste, seja neste sistema de proteção nacional ou com outro semelhante.

A remoção do perigo traduz-se, por vezes, na alteração de contextos e/ou pessoas da rotina das crianças, num necessário reajustamento de emoções e afetos, na reconstrução do self de uma forma mais reforçada e emergente, entre outras reconstruções que procuraremos descrever detalhadamente neste trabalho.

Analisados os relatórios anuais da avaliação nacional das CPCJ, documento de divulgação para conhecimento público, temos a garantia da necessidade emergente de proteger do perigo e do risco e de garantir os direitos das crianças e dos jovens, como apresentado na tabela anterior.

Esta proteção, a garantia da manutenção dos direitos, a equilibração de fatores de proteção e risco, as denúncias dos fatores de perigo, são descritas e referenciadas em inúmeros documentos de apoio a técnicos especializados a entidades e cidadãos. No entanto, procuraremos apenas focar neste documento, uma síntese dos registos relevantes dedicados aos psicólogos a intervir no momento de crise, no contexto institucional de segundo nível.

Registamos e analisamos a existência de referenciais orientadores para a ação e intervenção do psicólogo no primeiro nível de intervenção subsidiária no perigo, bem como prevenção de risco. No entanto, verifica-se uma escassez de literatura de cariz científico, sobre modelos orientadores das ações e funções do psicólogo clínico e da saúde nas intervenções para remoção do perigo, em situação de crise em segundo nível de intervenção.

Surge então a necessidade de observar e registar, sobre a relevância da psicologia na CPCJ, mas em particular com o foco numa das suas especialidades, a psicologia clínica e da

saúde, pelo inquestionável impacto que os maus-tratos e outros fatores de perigo têm na saúde mental das crianças e jovens.

A psicologia clínica e da saúde realiza avaliação de sintomas, sinais e dinâmicas de evolução de doença, investigação e prevenção, prognóstico e diagnóstico, tratamento e reabilitação. Em todas estas dimensões, importa que haja contraposição às condições que possam causar sofrimento, neste caso em particular mal-estar das crianças e jovens vítimas de abusos e maus-tratos, comprometendo a sua saúde.

Mas intervir para a remoção do perigo existente em segundo nível, seja na modalidade alargada ou na modalidade restrita, exige analisar, testar, registar, e conhecer que abordagens teóricas clínicas podem ser utilizadas em cada caso, se teorias sistémicas de comunidades e ou famílias, teorias cognitivas e comportamentais, bioenergéticas, ou centrada no cliente, psicanalítica com ou sem as orientações de Lacan, ou Winnicott, ou outras.

Pretende-se também analisar como a existência e permanência do perigo afeta diretamente o bem-estar e a saúde mental da criança e do jovem, de forma a contribuir emergentemente para o reforço desta.

Sendo o foco a criança e o jovem, importa observar como o perigo ciclicamente se pode instalar ou permanece afetando a saúde familiar, e em alguns casos o impacto na saúde social, relevante para a construção, e eventual implementação, de campanhas de prevenção e sensibilização, com vista a uma possível alteração de comportamentos.

Apesar destas reflexões e necessidades, observa-se que não há qualquer obrigatoriedade de que as CPCJ tenham um psicólogo. Para a sua constituição, o legislador recomenda que possa ser indicado um psicólogo, até mesmo permite a cooptação de um técnico especializado nesta

especialidade ou noutra em função das necessidades ou recursos disponíveis, mas nunca com carácter obrigatório.

Note-se que o representante do ministério da saúde terá de ser médico, e não um clínico, e note-se também que observando a realidade, nem em situação pandémica, nem fora desta, existem médicos nas funções regulares das CPCJ, havendo pela parte do governo e da comunidade, uma violação continuada e direta da Lei 149/97, e que aparentemente é aceite por todos, e seguramente não tem mudado nos últimos anos.

Observa-se assim e também, que a ausência da obrigatoriedade e permanência de um clínico nas CPCJ, constitui um desvalor das mesmas e de algumas das suas ações. Em concreto, a ausência de um psicólogo com a especialidade clínica e da saúde, pode ter consequências negativas quando não está a acompanhar regularmente algumas das situações de remoção de perigo.

Certo de que a equipa multidisciplinar da modalidade restrita e a competência dos elementos que a compõem é suficiente e necessária para garantir a remoção do perigo, certo é também que a avaliação psicológica dos impactos que tal remoção pode causar, só os psicólogos a podem fazer, não podendo ser realizada por mais nenhuma especialidade clínica ou da saúde.

Outras ações da competência dos psicólogos, ocupam um lugar de complementaridade das outras ações técnicas especializadas, e que quando não se garante a obrigatoriedade da existência das mesmas, haverá eficácias menos positivas ao nível da criação de programas locais de promoção dos direitos da criança, de programa e projetos de prevenção de situações de perigo, da realização de estudos. Observa-se assim que as ações dos psicólogos poderão ser diferenciadoras em ajudar na manutenção da saúde e do bem-estar, reduzindo o sofrimento psicológico das crianças e jovens vítimas de abusos, maus-tratos e outros fatores de perigo.

Seria inevitável questionar qual a importância de garantir a obrigatoriedade de um Psicólogo nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, mais especificamente com a especialidade clínica e da saúde, na Intervenção de Segundo nível. Logo, foi absolutamente necessário a formulação de uma pergunta orientadora para a ação do estágio, como ponto de partida para a realização do mesmo.

3.2.2. Pergunta Orientadora do Estágio

Quais os contributos diferenciadores que a intervenção de um psicólogo clínico e da saúde pode disponibilizar numa Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, nas seguintes situações: na promoção dos direitos da criança, na prevenção de situações de perigo e sua remoção, e de que forma tais contributos podem ajudar na manutenção da saúde e do bem-estar, reduzindo o sofrimento psicológico das crianças e jovens, vítimas de abusos, maus-tratos e outros fatores de perigo?

3.2.3. Ponto de Partida Para a Definição e Proposta das Atividades

Após a fase de idealização de estágio, o mesmo deu início com a fase de acolhimento, enquadramento e diagnóstico, da entidade, da equipa, das problemáticas, entre outros. Em simultâneo, foram feitas as leituras e o estudo dos textos necessários para enquadrar o estágio de forma teórica e prática.

Nesta fase diagnóstica e de enquadramento institucional, necessária para a realização do estágio, foi feito o registo de alguns indicadores de eventuais problemáticas e/ou necessidades de intervenção. Uma destas era a necessidade de aprofundar conhecimentos quer ao nível das sinalizações, entidades sinalizadoras, procedimentos, gestão de processos e casos com multiproblemáticas ou complexidades.

Mais uma interrogação surgiu também nesta fase, - Será possível medir durante o estágio se a situação pandémica atual tem impacto e qual a intensidade e frequência das sinalizações, bem como na gestão de processos? Assim estavam já ancoradas questões e definidos limites que orientariam a abordagem a ter no estágio.

Foram assim definidas três dimensões importantes de analisar e nas quais se pretendia intervir. Estas dimensões articulam eficácia entre si e reforçam competência a curto, médio e longo prazo. Uma destas dimensões é referente aos processos, à gestão dos mesmos, dos procedimentos até à resolução ou arquivamento. Cada processo tem uma criança ou jovem no centro da intervenção, inserida num determinado contexto familiar e social/comunitário. São os agentes sociais dessa comunidade que importa envolver e articular de modo a garantir a não reincidência de novos fatores de perigo e a manutenção de fatores de proteção.

Assim é definida outra dimensão da intervenção, seja em modalidade restrita ou alargada - é necessário promover a constante prevenção e sensibilização direta, consciente e assertiva, de forma a contribuir para que venham, no futuro, a surgir menos casos referenciados.

Mas só será possível eficácia nas intervenções das duas dimensões anteriormente descritas se houver solidez na terceira dimensão a que chamamos empoderamento técnico e profissional. Já por algumas vezes relatamos a complexidade e o carácter multiproblemático das situações a intervir. Nesta dimensão importa analisar os instrumentos, os recursos materiais ou outros, disponíveis para os técnicos especialistas das CPCJ's ou criados por estes. Importa igualmente referir que esta dimensão é igualmente e paralelamente dinâmica e que deve acompanhar a alteração social, científica e tecnológica, e que tal exigência obriga a um foco nesta dimensão constante e pormenorizada.

Foi no sentido de corresponder às necessidades destas três dimensões, - complementares entre si - que as atividades do estágio foram agrupadas, a dimensão de empoderamento técnico, a dimensão de prevenção e sensibilização e a dimensão de gestão processual.

Na dimensão de empoderamento técnico, de forma que se possa satisfazer as necessidades destes, resultado de uma constante evolução em todas as áreas, da sociedade à da ciência, e a tecnologia, até ao rigor do desempenho profissional. Na CPCJ, como em qualquer instituição em constante atualização, em particular as que são constituídas por equipas interdisciplinares e de origem mult institucional, é necessário um olhar atento aos procedimentos e dinâmicas internas, de forma a facilitar e/ ou homogeneizar procedimentos, aumentando a eficácia e conforto dos técnicos. Nem sempre há tempo e recursos para esta análise/ avaliação, seria importante este estágio pudesse contribuir para a criação de novos instrumentos e recursos.

A constante dinâmica social, rotação de técnicos, respostas sociais, contactos telefónicos entre outros, torna necessária uma atualização frequente dos contatos e recursos disponíveis na comunidade, ação que por vezes se torna difícil – este era mais um problema que poderia alimentar uma ação do estágio.

Na dimensão de prevenção e sinalização, após a interpretação de que a sociedade em geral, cidadãos, e algumas instituições e técnicos, carecem de algumas informações e/ou recursos para crescerem em ações eficazes de prevenção de maus-tratos, o estágio poderá assim contribuir para esta prevenção primária, analisando e contribuindo para a construção e divulgação de novas formas de promover e sensibilizar a comunidade.

A frequente dinâmica de novos pais, novos filhos, novas formas de fazer e refazer as famílias, carecem da necessidade de pensar e redefinir responsabilidades parentais, contribuir para que cada um encontre o seu papel, o desempenho de cada um, e a partilha sobre o que os

outros podem esperar. A psicologia e o estágio podem criar dinâmicas que ajudam a reduzir estas dificuldades.

Na dimensão de gestão processual, para além do registo informático correto e uniforme, será realizado um diagnóstico atento e centrado em cada situação de sinalização em si, e em cada criança, jovem referenciado.

Foram estas as necessidades sentidas e linhas orientadoras, registadas em fase de acolhimento e diagnóstico, a partir das quais surgiram as atividades propostas, seus objetivos, metodologias e resultados esperados, entre outras dimensões, descritas posteriormente.

Passada esta fase, era necessário referenciar teoricamente as ações /atividades específicas de algumas destas dimensões, assim e para o efeito, o modelo teórico de processo de cada uma dessas atividades, estará descrito no capítulo IV deste documento nas.

Por último, a implementação e a avaliação de cada uma delas, mediante uma avaliação intercalar, dos seus processos, de forma a reajustar a intervenção e conteúdos e uma avaliação final, relativa ao impacto da ação, da metodologia utilizada e da sua eficácia.

Foi neste último bloco de ações que se fez o registo escrito global da realização do estágio, compilação de evidências e documentos de apoio e se apuraram conclusões, propostas e limitações existentes.

Certo de que a intervenção das CPCJ não é nem pretende ser um acompanhamento psicoterapêutico, até pelo facto de a equipa ser multidisciplinar. Verifica-se que, em alguns casos específicos que estão sob a gestão do psicólogo, a intervenção assumo, no mínimo, contornos, “*pré-terapêuticos*” mantendo-se assim a necessidade de haver contato psicológico. Referente à incongruência nem sempre foi nítido esse desconforto interno, em particular de alguns elementos familiares.

Outras questões tinham surgido, nesta sequência, nomeadamente: qual seria a complexidade das dimensões de um bom diagnóstico, considerando as diversas estruturas/dimensões – hólons – que afetam o crescimento humano? E a intervenção como seria possível quando ações em sentimentos antagónicos afetam o bem-estar da criança ou jovem?

Assim surgiam interrogações como;

Quais os enquadramentos teóricos, práticos, jurídicos e funcionais, que o psicólogo terá de solidificar neste contexto de intervenção?

Quais as especificidades, os conhecimentos, as abordagens relevantes que se devem aprofundar para uma intervenção realizada pelos psicólogos clínico e da saúde, em conjunto com crianças e jovens vítimas de maus-tratos?

Mas mesmo que fossem respondidas as questões anteriores, o trabalho de um psicólogo a este nível não pode ser realizado sozinho. Dado que se encontra inserido numa equipa multidisciplinar, dos conceitos á linguagem de cada disciplina do saber, até ao código ético e deontológico em partilha com a equipa restrita, surgiam dúvidas como: - Que especificidades e contributos poderá um psicólogo proporcionar a essa equipa e ao seu trabalho na remoção dos fatores de perigo e na superação das situações que afetam gravemente o desenvolvimento integral da criança e do jovem, contribuindo para lhes garantir condições de segurança, educação, saúde e bem-estar?

E olhando a possibilidade de se intervir envolvendo a família, perguntava-se, - Deverá e poderá ser uma intervenção com a envolvência da família e da comunidade? Como se intervém com a família, após a referenciação dos menores como vítimas e /ou da família como não cuidadora?

Mas outras questões se formularam na sequência da procura de respostas às questões anteriores, tentando perceber que impacto essas ações têm no futuro das crianças, jovens e famílias. Mudar comportamentos, remover perigo, minimizar riscos é por si só segurizante para os beneficiários diretos – crianças e jovens, mas também para a comunidade, pelo que se torna necessário sensibilizar todos para a adoção de comportamentos saudáveis, como forma de se contribuir para garantir direitos.

E como poderá o psicólogo ou esta equipa contribuir para que não surjam novos casos, e /ou novas complexidades para além das já existentes?

E uma nova preocupação surgiu, pois após uma intervenção que gera, necessariamente, alteração de estruturas, emoções, pensamentos, comportamentos, entre outros, quem acompanha, nessa nova forma de vida, as crianças e famílias assistidas / multiassistidas?

Após a intervenção da CPCJ, que interferência (continuidade) deverá ter a psicologia clínica nas crianças e famílias? Quais os impactos (bio-sócio) psicológicos que uma intervenção pode causar e como autonomizar o(s) sujeito(s) alvo dessa intervenção pós acompanhamento, que recursos psicológicos são necessários?

Será necessário acompanhamento psicológico após a intervenção? Que serviços os disponibilizam? No caso de falta de autonomia funcional ou outras, a ideia de uma *tutoria familiar* poderia surtir efeitos?

No caso de famílias multiassistidas, nas quais se verifica, por vezes, reduzida ou insuficiente articulação, quem deverá orientar a família e /ou seus elementos, na procura de respostas cognitivas e comportamentais adequadas?

3.3. Objetivos

Relativamente ao objetivo geral do estágio, o foco primordial é demonstrar qual é a relevância da intervenção de um psicólogo numa CPCJ, explorando a pertinência de algumas intervenções da psicologia de abordagem clínica no segundo nível de intervenção do atual sistema de promoção e proteção de crianças e jovens em perigo, para fomentar a subsistência da saúde e do bem-estar das crianças e jovens vítimas de abusos ou maus-tratos.

Já os objetivos específicos das ações do estágio correspondem à seguinte listagem: (i) conhecer e realizar atividades da competência do gestor de processos, (ii) conhecer, participar e/ou dinamizar em campanhas de sensibilização para alteração de comportamentos e /ou da perceção de necessidade de promover os direitos e reduzir os riscos, (iii) perceber e integrar o funcionamento interdisciplinar da equipa, (iv) aprofundar o conhecimento de como se recolhem dados e completam diagnósticos, a partir da relação aceite, não invasora com os intervenientes, (v) conhecer alguns dos serviços, entidades, respostas sociais, clínicas, educativas entre outros, que intervêm no primeiro e até paralelamente ao terceiro nível de intervenção, (vi) aprofundar conhecimentos de algumas funções do ministério público neste contexto, (vii) estabelecer relação, mantê-la e saber desligar da mesma, nos processos que acompanho em cogestão, e (viii) proporcionar alterações de comportamentos dos casos referenciados.

Ademais existiram três objetivos referentes às competências do estagiário. Primeiro, garantir a eficácia e os ajustes da relação em múltiplas faces, incluindo as de cariz terapêutico - entre profissional e paciente(s) - e de cariz relacionado ao ambiente profissional - a um nível micro entre colegas e macro com a instituição e população com quem trabalha. Segundo, aprofundar abordagens teóricas, estruturando ações e atividades mais focadas e eficazes. E por último, idealizar, avaliar, implementar e (re)estruturar programas, instrumentos, material lúdico e

dinâmicas para que na relação de pares e de orientador (psicólogo) se alterem percepções, sentimentos e comportamentos.

Foram tidos em conta também objetivos gerais das atividades de gestão processual para as Atividades nº 1 e nº2, podendo ser consultados os anexos A e B para consulta das respetivas fichas de planeamento. Estas fichas contemplam os seguintes objetivos: (i) adquirir e/ ou reforçar as competências na avaliação e acompanhamento dos casos, com supervisão/ orientação, (ii) identificar e acompanhar os processos desde o momento da apresentação da sinalização que lhes deu origem (abertura de processo), à sua instauração, avaliação, acompanhamento e arquivamento, liminar ou pós-avaliação diagnóstica, ou pós aplicação de medida, (iii) apresentação e discussão de casos, e (iv) medir e comparar o volume processual.

As atividades de empoderamento técnico foram também sujeitas a objetivos gerais. Estes foram definidos para as atividades nº 3, nº 4 e nº 5, com os respetivos anexos C, D e E: (i) aprofundar, e conhecer com rigor todos os procedimentos internos, e nacionais de gestão processual, (ii) conhecer e registar os processos na aplicação informática nacional, (iii) elaborar e aplicar (testar) novas fichas de registo e diagnóstico, e (iv) criar, dinamizar e garantir a sustentabilidade após o final do estágio, de um guia de recursos institucionais e técnicos.

Por último, os objetivos gerais das atividades de prevenção e sensibilização foram definidos para as atividades nº 6, nº 7 e nº 8. Os anexos F, G e H correspondem novamente às fichas de planeamento que pretenderam: (i) criar instrumentos e canais que aumentem a consciência, o conhecimento, a partilha e contribuam para a alteração de comportamentos, (ii) potencializar formas de treino e educação sensorial, e (iii) pensar e proporcionar momentos e reflexões sobre responsabilidades parentais, familiares de forma a reajustar comportamentos.

3.4. Abordagem de Psicologia Clínica na Comissão

Após a receção da sinalização feita por qualquer cidadão ou entidade e por qualquer meio, desde o correio clássico, correio eletrónico, telefone, fax ou atendimento pessoal e direto, pedindo ou não o seu anonimato, inicia-se uma primeira análise da eventual emergência de intervenção. Podendo aguardar alguns dias, deverá a sinalização aguardar para atribuição de um gestor na reunião semanal, de cariz obrigatório, da comissão na sua modalidade restrita. Durante esses dias e após a verificação da competência territorial para poder haver atuação, é feita a verificação da existência de contactos da criança e /ou progenitores, ou a realização das diligências sumárias e é feito o registo administrativo na CPCJ (local) e no sistema informático / base de dados nacional.

Chegado o momento da distribuição dos processos pelos técnicos que compõem a restrita, (técnicos de representação institucional ou técnico de reforço), são refletidos alguns dados como: volume processual atual de cada técnico especialista, afetação de tempo do mesmo; mapa de férias; área geográfica da sinalização, tipologia da situação, entre outros. A formação de cada técnico especialista bem como as suas skills estão também entre alguns dos critérios envolvidos na decisão para atribuição de gestor de processo. Não sendo diferente para a distribuição de processos, a formação do técnico, esta pode ser um dos muitos critérios para a distribuição ser feita. Não é assim absolutamente relevante se a formação técnica é em psicologia, direito, educação, medicina, serviço social, entre outros.

A área de formação deverá ser um dos critérios da presidente para a distribuição do PPP. A título de exemplo, havendo na equipa um representante do ministério da educação, professor por regra, pode-se entender mais benéfico que as sinalizações por abandono escolar possam ser atribuídas a este técnico ficando como gestor deste processo. Ou num outro exemplo de uma

família referenciada, por negligência à criança ou por falta de recurso materiais que fortemente condicionam o desenvolvimento integral da criança, pode ser atribuída a gestão desse processo a um representante da autarquia que terá maior conhecimento das dinâmicas comunitárias no local, recurso e falta destes.

Por último, poderemos pensar numa sinalização que surja como indicação de comportamentos autolesivos de uma menor, com eventual tentativa de suicídio ou chamada de atenção, será mais fortemente aconselhado que a gestão do respetivo PPP possa ser entregue a um psicólogo. Mas acontece que pode não haver na equipa um técnico com essa formação, pois como já referido, não é uma obrigatoriedade legal. Estes exemplos são somente exemplos, não pretendem desvalorizar o esforço e competência que todos os técnicos especialistas terão em remover o perigo em cada um dos processos. Este procedimento, bem como a procura da garantia da eficácia da ação para remoção do perigo, foi parcialmente encontrada pelo legislador, quando garantiu que as decisões e aplicação de medidas têm de ser aprovadas pela equipa interdisciplinar, “equipa restrita”.

Após a sinalização ser entregue ao gestor de processo de promoção e proteção, este, cumprindo as competências e as funções de um gestor de processo e de todos os outros referenciais teóricos e legislativos, dinamiza a sua ação de acordo com a sua disciplina do saber, metodologia e skills, (organizacionais, pessoais, técnicas entre outros...). O gestor de PPP, psicólogo (particularmente de especialidade avançada da saúde) seguramente que terá um foco também relevante: nos processos mentais; nos comportamentos dos intervenientes; no estudo psicológico de indivíduos; na intervenção psicológica; na avaliação da necessidade de intervenção psicoterapêutica; possibilidade de elaboração de psicodiagnósticos.

Estará naturalmente atento às fases do desenvolvimento da criança e dos jovens, do impacto dos maus-tratos no bem estar bio-psico-sócio-cultural e ambiental futuros, a médio e longo prazo. Aos mecanismos internos que amparam a regulação emocional da criança, da sua vinculação ou ausência desta com pais ou com outros cuidadores. Aos processos de (re)organização cognitiva, ou da idealização dos selfs, ou dos mecanismos de autorregulação das crianças e dos jovens e da sua tendência atualizante.

Entre outros aspetos, dará mais atenção a uma estrutura e recolha de dados para uma boa anamnese ou equivalente a esta, à feitura do genograma. Na relação interpessoal, a escuta ativa, a observação da paralinguagem, linguagem e sua narrativa, à existência de contacto psicológico e incongruência e possivelmente uma (pré)avaliação psicológica. Para a realização deste estágio era absolutamente necessário então ser realizado o acompanhamento de casos e avaliação psicológica, que poderemos analisar no próximo capítulo deste trabalho.

Neste contexto de intervenção importa também que o gestor de processo, encaminhe os intervenientes para serviços ou respostas sociais e /ou articule com serviços de apoio e reforço a um ou a vários dos intervenientes no PPP. Sempre que o gestor propõe uma medida e a mesma é aprovada em “equipa restrita” é paralelamente medido o impacto sociopsicológico desta, (entre outros impactos possíveis), e procurado preencher eventuais lacunas que esse impacto pode causar.

Capítulo IV – Descrição das Atividades, Metodologias e Resultados

As ações foram orientadas por uma psicóloga destacada a 100% ao serviço da comissão. Esteve presente em todas as fases do estágio, do seu acolhimento e enquadramento teórico-prático, à fase de entrevistas e cogestão processual e acompanhamento diagnóstico de casos, instauração de PPP (Atividade nº1).

Foi uma orientação presente com uma excelente prática profissional, reforçado por uma relação colaborativa e dinâmica, atribuindo gradualmente responsabilidades e tarefas ao estagiário, apoiando na realização das mesmas. Foram em alguns processos uma supervisão contendo o feedback e reflexão sobre as ações do estagiário e a importante autoavaliação deste.

De igual forma o estágio foi acolhido e apoiado por todos os elementos que compõem a comissão, em plena disponibilidade para alguns esclarecimentos, apoios e enquadramentos teóricos e práticos.

O apoio cuidador e atento da presidente da comissão sempre se fez sentir, em todas as fases, pretendendo acompanhar e dar segurança para a realização deste.

Para além da mais-valia de poder acompanhar casos, por vezes de uma intensidade e urgência inesperada e necessária, foi também uma enorme mais-valia a possibilidade de poder assistir e participar nas reuniões de comissão modalidade restrita. Esta participação deu um contributo para um enorme enriquecimento do estágio, bem como dos conhecimentos do estagiário, resultando também desta atividade a possibilidade de apresentação e discussão dos estudos de casos apresentados entre outros trabalhos (Atividade nº2).

Relativamente a reajustes e avaliações necessárias, houve uma constante autoavaliação do desempenho do estágio, reajustando o desempenho e as ações, como se de avaliação intercalar de processos se tratasse, e não de deixar a avaliação para o fim do projeto correndo o risco de

perder reajustes necessários ao longo da sua execução. Se a necessidade de realizar uma avaliação intercalar já era uma garantia, a mesma ganhou ainda maior importância pelo facto de ter existido uma interrupção do estágio por motivos de saúde. O aprofundar do conhecimento das problemáticas, foi desde o primeiro dia reforçado pela troca com os conhecimentos da equipa, pela leitura dos documentos que enquadram o estágio e os procedimentos que garantem a sua eficácia e os embasamentos teóricos. Mas deve ser registado a supervisão/ orientação presente nas ações do estágio, fundamental para aprofundar conhecimentos e reajustar algumas ações.

O objetivo de olhar, pensar e sentir a relação pessoal estava presente, e foram atingidos resultados de enorme satisfação e fortalecedores para uma ação técnica profissional de psicologia o mais eficaz possível. Já no estágio, a técnica de entrevista, na qual a capacidade de empatia foi evidente, foi alvo de um enorme investimento, com resultados muito satisfatórios em quantidade e forma, avaliados muito positivamente pela equipa de comissão modalidade restrita. Foram realizados mais de quarenta e três “atendimentos /entrevistas presenciais e pelo menos onze atendimentos de acompanhamentos e avaliação das situações realizadas por telefone, visto estarmos numa situação de pandemia à escala global. Quanto às competências de trabalho e articulação de equipa, colaboração, comunicação, flexibilidade, estiveram presentes nas reuniões, discussões de casos, visitas domiciliárias entre outros momentos.

4.1. Atividades Estágio

4.1.1. Atividade nº 1 – Acompanhamento processual

Descrição da atividade

Diariamente foram trabalhados aspetos necessários dos processos, sem ser possível registar qual a média diária de ações necessárias para gerir um processo. Cada processo é único,

quer na sua complexidade de ações, intervenientes, pedidos de colaboração às entidades, quer na sua duração.

Outro valor difícil de calcular, pois depende de muitos outros fatores é a quantidade de processos por gestor, mas no período de estágio, em contexto de pandemia, e durante estes meses específicos a orientadora de estágio, uma das psicólogas da equipa com afetação de tempo de cem por cento, teve cinquenta processo abertos em média. Destes, uns prestes a estar concluída a intervenção, outros em fase de diagnóstico, uns prestes a ser concluída a fase diagnóstica, outros à espera de revisão de medida.

Assim diariamente, em cada dia útil, (com exceção da quinta-feira), as tarefas do gestor, (e estagiário), passaram por: colocar os dados recolhidos no processo eletrónico na plataforma nacional; solicitar informações às instituições de primeiro nível, como escolas, centros saúde, Centros de atividades de tempos livres, acompanhamentos de saúde mental; convocar os intervenientes nos processos e proceder a atendimentos /entrevistas para que, em conjunto com estes, se construa e se implemente medidas concretas que levem à remoção do perigo; apresentar na reunião ordinária de quinta feira às medidas em cada processo para aprovação das mesmas; participar sempre que por motivo de urgência e de necessidade imprevista surja obrigatoriedade de aplicar uma medida de urgência e sobre a qual a “equipa restrita” tenha que a avaliar e aprovar; reunir com entidades, técnicos e intervenientes nos processos em qualquer dos níveis de intervenção, (população/entidades, outras CPCJ ou procuradores); garantir a organização física do processo em papel que pode ser solicitado para consulta, e /ou será enviado para o terceiro nível se for retirado o consentimentos ou a não colaboração do jovem ou adultos intervenientes; realizar contactos telefónicos com familiares, técnicos e entidades de apoio aos processos; realizar visitas domiciliare; participar nas reuniões de regularidade mensal da modalidade

alargada; participar em grupos de trabalho da modalidade alargada para cumprir o plano de ação para a prevenção local para redução de riscos e sensibilização da importância dos direitos; apoiar em intervenção informal os restantes colegas na discussão das complexidades dos seus processos; apresentar e solicitar apoio nas maiores dificuldades de gestão do seu processo; fazer a ligação com o seu serviço de origem, uma vez que estão em representação e são o elo de ligação à sua entidade de origem que se quer envolvida com a comissão, participar em ações de formação, com a preocupação de autoformação; estudo e adaptação a instrumentos e materiais que se querem renovados.

Assim as tarefas diárias passam semanalmente por praticamente todas as descritas anteriormente, sendo que muitas se repetem, muitas vezes todos os dias. A mais relevante para o gestor, e no contexto deste trabalho para a psicologia, são os atendimentos às crianças, jovens, pais/cuidadores e outros familiares.

Chegada uma sinalização, esta é apenas uma suspeita, este é o ponto de partida para uma entrevista em que se quer não acusatória, nem inquiridos. Mesmo sendo verificado e havendo indícios ou declarações inequívocas da existência de perigo, os intervenientes são sujeitos de direitos, merecendo aceitação, compreensão e não julgamento.

Diferente de não julgar o cidadão que promove, por ação, por passividade ou por omissão, o mau-trato, é julgar a ação ou ações que alimentam o perigo é questão de ser garantidamente eliminadas. Assim o foco são as “situações” de perigo e a forma como todos os intervenientes devem colaborar para garantir a remoção do mesmo.

De reforçar a importância de envolver todos os recursos, humanos familiares e /ou materiais e institucionais, para contribuir para a construção de alternativas saudáveis às situações desfavoráveis existentes, sem caráter de obrigatoriedade, de exigência, mas sim pela tomada de

consciência do papel de cada um na proteção das crianças. Esta percepção é clarificada nos atendimentos com os intervenientes, a partir da sua própria avaliação de desconforto e recursos que tem, com base no superior direito do da criança ou jovem.

Chegado ao fim do diagnóstico, e confirmando-se a existência de situação de perigo, é necessária a aplicação de uma Medida de Promoção e Proteção, a qual resulta da discussão e aceitação das ações com as quais cada um se deverá comprometer, para que o conjunto de todas as ações definidas possa garantir a remoção tão rápida quanto possível da situação de perigo.

Em muitas das sinalizações, não se encontra apenas uma situação de perigo, mas sim várias e algumas de risco, complexificando assim, ainda mais, a natureza de cada processo.

Todas as diligências efetuadas têm de ficar registadas, essa é mais uma tarefa que foi realizada no estágio. Durante o atendimento é feito o registo de alguns dados, mas a entrevista é maioritariamente feita em contacto psicológico? ocular? total, e sem recorrer, (ou recorrendo o menor número de vezes possível) ao registo no papel do que é partilhado. Posteriormente é necessário registar por escrito a entrevista feita e juntar a mesma ao processo físico.

Metodologia

Foram realizadas funções associadas a um gestor de processos, entre as quais destacamos: as entrevistas; apresentação para análise e discussão de caso nas reuniões da modalidade restrita; articulação com o primeiro nível de intervenção; acompanhamento dos processos; registo na aplicação nacional das diligências e conteúdos das entrevistas.

Relativamente às características dos participantes, como critério de inclusão recorreu-se ao estipulado pela lei, isto é, que qualquer cidadão de qualquer género, grupo racial, nível de educação, estado de deficiência, status socioeconómico, idioma, cultura poderia participar. A idade estará compreendida entre os zero e os 18 anos, e a residência será na área territorial

atribuída à CPCJ. As crianças e jovens são referenciadas na sinalização de matéria de perigo que é feita a comissão, dando lugar à abertura de um PPP, que deverá correr termos na CPCJ enquanto houver matéria de perigo e os pais mantiverem consentimento para a intervenção (e desde que a criança maior de 12 anos não se oponha).

Resultados

Resultaram desta atividade o acompanhamento, a realização de entrevistas e demais diligências enquanto estagiário /gestor, dezassete processos geridos, com supervisão da orientadora. realizadas vinte e nove entrevistas, nove das quais conduzidas pelo estagiário, oito em acompanhamento com outros técnicos da comissão e as restantes em (co)gestão com a orientadora.

Foram realizadas três visitas domiciliare e um número não registado de telefonemas de contato com parceiros, entre outros.

4.1.2. Atividade n° 2 – Conhecer e Analisar Processos Instaurados na Comissão

Modalidade Restrita

Descrição da atividade

Semanalmente às quintas-feiras reuniu a comissão na sua modalidade restrita. Foi permitido pela comissão modalidade restrita, especificamente pelos técnicos que a compõem, que o estagiário estivesse presente na reunião semanal, na distribuição de processos, e participasse na apresentação e discussão de casos apresentados pelos técnicos nesta reunião interdisciplinar.

Claramente esta é uma mais-valia para o estágio, tanto mais que estas reuniões foram dinamizadas durante todo o estágio. Como a equipa estava organizada em espelho para prevenção de contágio de Sars cov 2, as referidas reuniões realizaram-se via on-line.

Para além da participação nestas reuniões, foi aprovado e disponibilizado pelos técnicos a possibilidade do estagiário os acompanhar em alguns dos seus atendimentos, participar nas entrevistas diagnósticas e de acompanhamento de algumas das medidas e procedimentos.

Outra enorme mais-valia do estágio, a possibilidade de desenvolver tais procedimentos com outros elementos e de outra formação, com abordagens diferentes e com o propósito de atingir iguais resultados - garantir a remoção do perigo.

Metodologia

Participação na comissão modalidade restrita/ apresentação de sinalizações e discussão de casos. Acompanhamento dos diversos técnicos da comissão modalidade restrita nos atendimentos e ações de alguns dos seus processos, incluindo visitas domiciliárias, a possibilidade de estudos e apresentação de estudos de casos clínico descritos no próximo subcapítulo deste trabalho.

Resultados

Esta atividade, em complementos com a atividade nº 1 é de extrema relevância para a aquisição de competências em estágio, uma vez que proporciona a possibilidade de estar presente em vários atendimentos com famílias e crianças, e de acompanhar diversos elementos técnicos e com múltiplas disciplinas técnicas e especializadas, fazendo repensar as metodologias de gestão processual sócio-psico-familiar.

Visitas domiciliárias, e o contato com as crianças e as famílias em contexto natural de vida, proporcionando abordagens e referenciais para o fortalecimento da relação e aceitação incondicional do cliente.

4.1.3. Atividade nº 3 – Procedimentos gerais e específicos, fichas e instrumentos

Descrição da atividade

Esta atividade consistiu em conhecer e saber implementar todos os procedimentos gerais e específicos para a gestão dos processos, a correta utilização das fichas e instrumentos, mas também a proposta de realização e aplicação de novos instrumentos.

Assim será mais do que aceitar os procedimentos e instrumentos que temos ao dispor, é pensá-los, questionar se pode ou não haver pequeninos reajustes e propor avaliar com a equipa técnica a sua pertinência e relevância, e, se for o caso, reconstruí-los, aplicá-los em forma de teste e medir a vantagem ou não de eventual alteração.

Metodologia

Numa primeira fase foi necessário estudar, aprender e executar os procedimentos gerais, desde a utilização da aplicação informática, processos físicos, e/ou instrumentos de registo e de divulgação. Pela interrupção involuntária, mas necessária do estágio, não foi realizada a restante atividade, concretamente a proposta de instrumentos.

Resultados

Para os técnicos, fomentou-se a complementaridade entre disciplinas e colaboração em fase diagnóstica e em fase de ação, indo além da interdisciplinaridade. O trabalho conjunto é articulado para além da junção de esforços, é intercalado e proveitoso ao nível do tempo, eficácia, eficiência e resultados obtidos (isto é, qualidade do serviço prestado aumentada).

Para o processo, garantiu-se um aumento de que a gestão do mesmo é mais eficaz no que diz respeito a cada tarefa e função executados, (medidas aplicadas), em cada área que contempla uma equipa multidisciplinar. O processo é reforçado ao seu analisado por uma equipa completa e que se inter-supervisiona.

Ao nível do estágio, as reuniões providenciaram conhecimentos e informações não previstas em documentos ou artigos, pois relatava-se uma experiência rica e direta; é de notar a

aprendizagem não ser generalizada entre casos semelhantes - prima-se pelo cariz único de cada caso e que requer um olhar igualmente único (isto não significa o descuro de estudos e evidências científicas, pelo contrário inspiram-se mutuamente).

4.1.4. Atividade nº 4 – Guia de recursos

Descrição da atividade

Adaptar um suporte digital, próximo a uma base de dados, e preenchê-lo com os contatos, serviços e resposta técnica das instituições de primeiro e terceiro nível de intervenção.

Foi feito o estudo técnico da possibilidade da criação de uma aplicação informática, definidos alguns parâmetros, entre os quais mais importantes seria a facilidade de pesquisa por e em qualquer campo, a atualização por parte de cada utilizador, com validação do contato atualizado e com histórico pessoal de contatos por utilizador, sob uma base de implementação próxima ao CRM (Customer Relationship Management).

Por ter sido feita uma interrupção involuntária do estágio e não ter sido concluída esta atividade não havendo resultados a reportar.

4.1.5. Atividade nº 5 – Webinar

Descrição da atividade

A proposta foi a de se organizar, executar e avaliar dois momentos de formação on-line, Webinar's com temas e beneficiários distintos. Assim, uma destas secções pretende divulgar e esclarecer aos alunos de psicologia e psicólogos em geral, sobre a missão, ação e demais questões que se mostrem relevantes para os “formandos” do Webinar, da CPCJ e o seu funcionamento e atuação. Um outro momento visava responder a algumas necessidades de “formação” sentidas pelos técnicos que já trabalham nas CPCJ e que previamente indicassem os temas necessários para trabalhar nesse momento.

Foram realizados contactos com a universidade nesse sentido, e por questões decorrentes da situação de pandemia, só agora em 2022 será possível concluir o objetivo de apresentar a CPCJ a alguns alunos de psicologia e psicólogos. No entanto, considera-se que a atividade não foi realizada na íntegra para serem apresentados resultados.

4.1.6. Atividade nº 6 – Prevenção dos maus-tratos infantis

Descrição da atividade

Foi na sequência do “Mês da prevenção dos maus-tratos na infância” que foram dinamizadas as atividades de prevenção.

Particpei por ter assistido, como observador, numa instituição parceira na roda de conversa conhecer os teus direitos, assim como na visualização de dois vídeos em duas seções com reflexão posterior, sobre o tema dos direitos.

“O que é para si ser uma criança?” foi a pergunta lançada a alguns moradores de uma comunidade, numa das freguesias da área territorial de intervenção, na qual foi feita mera observação e ligeiro apoio à atividade, que se pretendia envolver os moradores e a comunidade, a refletir sobre os direitos das crianças, motivados pela ação das crianças nos questionários de rua, sendo fotografados numa moldura comum.

É de frisar que esta atividade tem em si três sub-atividades ou ferramentas para alcançar os seus objetivos: (1) *Jogo on-line Quizizz* (Figura 3), (2) *Jogo dos direitos – mural de palavras cruzadas*, e (3) *Que histórias contas? – criação de histórias criativas a partir de desenhos* (Figura 4).

Metodologia do jogo on-line Quizizz

Quizizz sobre direitos das crianças (Figura 3), foi feito o levantamento de perguntas a serem colocadas no jogo, a alguns jovens e adultos das instituições parceiras. Foi elaborado um

protótipo on-line, avaliado posteriormente. Depois da avaliação deste foi reajustado e divulgado para ser jogado.

Figura 3

Imagem convidativa para participar no Quizizz.



Relativamente às características do participante, o Quizizz foi idealizado e testado para que tivesse no seu conteúdo de quarenta e duas perguntas com níveis de conhecimento e complexidade distintos. Esta foi a escolha feita para garantir a envolvimento e vontade de jogar de todos os participantes. O jogo apresentava também um quadro de pontuação, que resultava de a resposta ser a certa e o tempo utilizado para responder.

As redes sociais e a possibilidade de ser jogo nos equipamentos móveis, telemóveis em concreto, possibilitou uma rápida e longínqua divulgação. No *backoffice* do programa foi possível verificar para além das respostas às questões o país onde estava o jogador, sendo também jogado em países de língua portuguesa.

Respostas ao jogo on-line Quizizz foram recolhidas até ao final do estágio, agregando trezentas e sessenta e duas entradas. Em *backoffice* do programa, as perguntas que seriam mais difíceis de responder foram contabilizadas.

Resultados do jogo on-line Quizizz

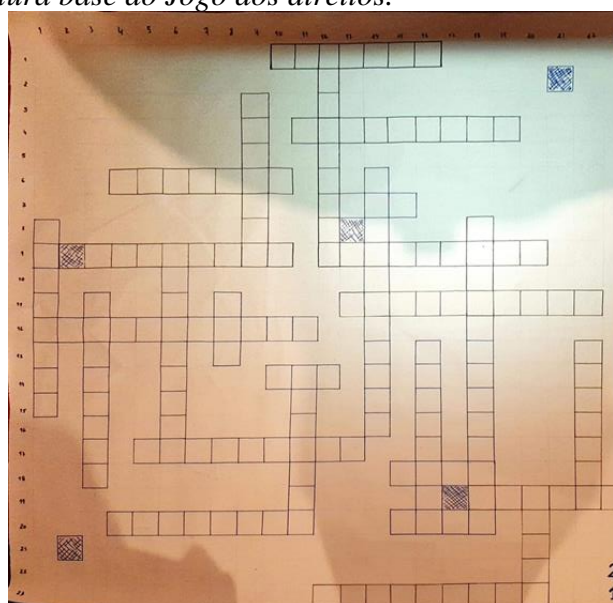
Uma quantidade elevada de respostas foi obtida devido à digitalização do questionário. A aplicação utilizada não permitia pedir dados sociodemográficos pessoais, no entanto permitia acesso aos IPs. Assim verificou-se o alcance internacional que o Quizizz teve. É de ressaltar que a competição entre jogadores despertou o interesse em aprender para ganhar *rank* o mais rápido possível. É entendida a adaptação da ferramenta para campanhas de sensibilização futuras.

Metodologia do Jogo dos direitos – mural de palavras cruzadas

Cada palavra tinha um enigma, uma adivinha, e ao longo de duas semanas, o objetivo era o de preencher com palavras verticais e horizontais um mural (dois por três metros). Esta atividade era realizada em grupos com, em média, quinze adolescentes. E tinha uma duração de oito secções. O foco de todos os participantes era descobrir qual a palavra certa para acabar o mural, o foco do adulto era falar sobre as palavras e os seus significados, (todas elas sobre os direitos da criança).

Figura 4

Fotografia da estrutura base do Jogo dos direitos.



Resultados do Jogo dos direitos – mural de palavras cruzadas

Foram divulgados os direitos da criança, discutidos quando se procurava a palavra certa e aumentou-se o conhecimento dos participantes sobre o tema. Esta discussão promove um aumento do conhecimento, uma melhor capacidade de autoavaliação, e investimento num decréscimo futuro dos incidentes. O mural (desenho das quadrículas das palavras cruzadas) estava visível para a comunidade que se intrigava e falava sobre o assunto.

Metodologia do Que histórias contas? – criação de histórias criativas a partir de desenhos

Que histórias contas? – criação de histórias criativas a partir de desenhos, esta atividade serviu de pré-teste para a criação de uma dinâmica de intervenção precoce em crianças mais vulneráveis, e que a partir do jogo, da associação livre de imagens, podem destacar estória, vividas e que despertarão para a necessidade de um diagnóstico detalhado e necessidade de eventual intervenção.

Os desenhos foram criados especificamente para este jogo para crianças dos 4 aos 9 anos. Recorrendo à sua criatividade, os participantes criaram uma história sobre o que os desenhos lhes desbloquearam. Por vezes foram relatadas “estórias”, a imaginação tendia a ser menor e aumentava o relato livre e aliviado se situações vividas ou observadas.

Este instrumento pretendia também ficar disponível a outros técnicos que os podem utilizar para desbloquear “estórias” retidas nos silêncios e nos medos infantis.

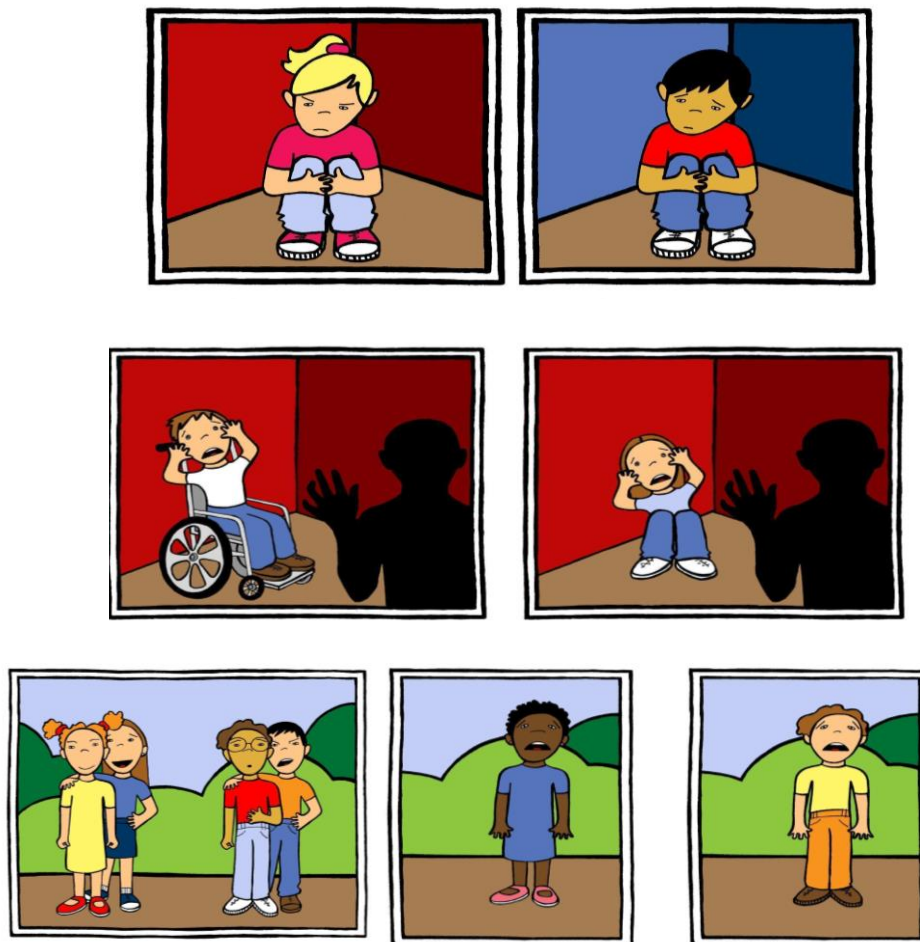
Resultados do Que histórias contas? – criação de histórias criativas a partir de desenhos.

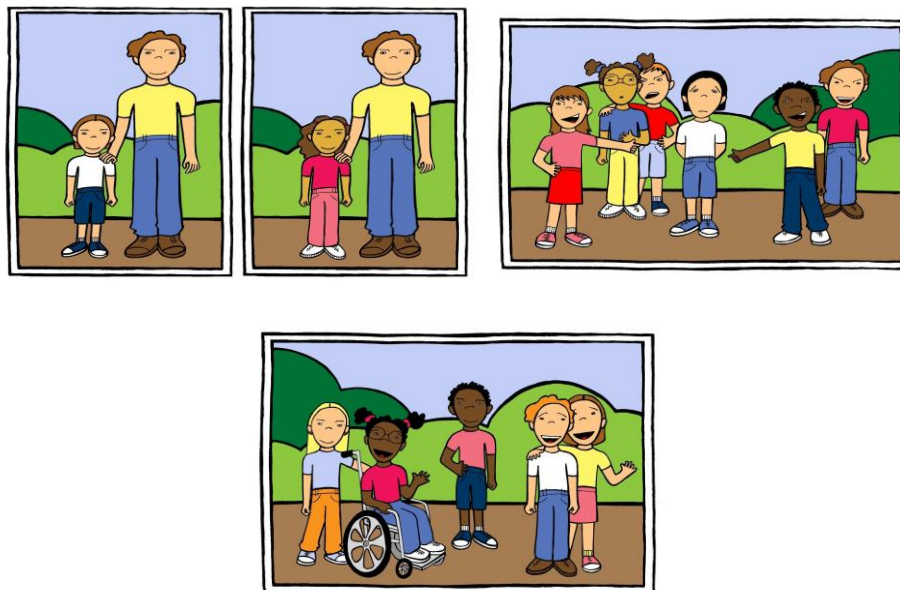
As histórias/ estórias aconteceram em momentos e de forma diferenciadas, com preferência e maior eficácia em relatos verbais pois a escrita de “estórias” de vida ainda não é fácil de ser executada.

Resultou também algumas reflexões, necessárias para alguns reajustes dos desenhos, em pormenores como a mudança do fundo onde as ações se desenrolam, assim como o acrescentar mais dois quadros desenhados. Quanto as cores e grafismo foram amplamente bem aceite e alinhados com a intencionalidade temática do quadro.

Figuras 5 a 11

Vinhetas em desenho de banda desenhada (autoria António Chaves e Ana Menezes, 2021).





4.1.7. Atividade nº 7 para treino e educação sensorial de crianças: SENTI'LAND – A terra dos Sentimentos - jogo imaginário de emoções

Descrição da atividade

Criação, dinamização e avaliação de uma dinâmica para apoio a regulação emocional, (de treino e educação sensorial) para crianças em idade pré-escolar e/ ou alunos do primeiro ciclo, através do contacto com materiais naturais e artificiais para treino e educação sensorial. Medir o impacto da ação deste programa através do teste sensório-bucólico

Sensório, pois é relativo à sensibilidade, à transmissão de sensações.

Bucólico, no sentido da forma de viver conectado com a natureza ou de uma forma mais natural e simples, mais ligado a um estado mais ingênuo, quase inconsciente ou puro, em aceitação dos estímulos da natureza e campestres.

Em outros momentos esta dinâmica de grupos, foi realizada no interior das instalações dos parceiros com uma dinâmica que nos permitiu viajar para fora destas limitações arquitetónicas e geográficas.

Metodologia

Este é um jogo imaginário de emoções no qual os participantes são convidados a escolher um local para a realização da ação. A preferência é que a mesma decorra ao ar livre e ao contacto com a natureza, mas não sendo possível ser na primeira, numa das seções será vital que a mesma se realize no campo, no contacto com a natureza.

Mesmo que o local físico da ação seja as instalações das instituições, teremos de escolher um local onde hoje a ação vai se desenvolver. (os participantes escolhem assim locais como a escola, ou a praia, ou o quarto, ou num avião, ou a brincar ao ar livre).

Procuraremos descrevê-lo detalhadamente e se possível buscar adereços para ajudar a entrar no imaginário a que esse “local” nos reporta.

Nesse momento, os participantes são convidados a descobrir e “encarnar” a personagem de uma emoção ou sentimento, a partir do seguinte imaginário.

Reza a história que as emoções e os sentimentos, nascem e vivem numa terra, que ninguém sabe onde fica. Sabemos que são invisíveis e que precisam de alguns humanos para se mostrarem, e defenderem de outros. Os sentimentos e as suas irmãs emoções, costumam chamar a esses amigos humanos os “guardiões da Senti'land”, os que ajudam a guardar a terra dos sentimentos, e que pode ser invadida. Os sentimentos e os humanos são grandes amigos e ajudam sempre desde a criação das terras. As emoções escolheram para além dos seres humanos, todos os seres vivos para serem seus guardiões. Hoje vamos tentar encontrar as emoções, ou os sentimentos, no local da nossa viagem.

Assim os participantes são convidados a “dar vida humana” aos sentimentos em locais específicos, podendo indicar que ações os sentimentos devem ter, quais as suas características, entre um mundo de liberdades de pensamento.

Pontualmente, por necessidade de recolha de informação diagnóstica ou para garantir novas aprendizagens, o “moderador / narrador” dará instruções ou novos cartões para complementar a vivência pretendida. Existe um conjunto de materiais reutilizáveis de apoio,

embora a dinâmica possa ser conduzida sem os mesmos ou com objetos, recortes de revistas de cada um.

Resultados

Para além das novas aprendizagens do conteúdo trabalhado, as aprendizagens são feitas com os pares, numa linguagem mais facilmente entendida por todos. O cenário de ação é escolhido pelos participantes.

Há o desenvolver da consciência de que os seres humanos vivem em interação com a natureza e dela fazem parte. De que nem só com a relação com os humanos surgem as emoções e os sentimentos e que outro ser vivo também, tem pelo menos emoções.

4.1.8. Atividade nº 8 – Tertúlias de pais e mães

Descrição da atividade

A atividade consiste no encontro de pais, no horário final de tarde, com um ligeiro lanche, numa disposição de cadeiras e mesas próximo a um café ou “chá das cinco”. Os pais e mães foram convidados e conversaram livremente sobre os temas que tenham a ver com os seus filhos e a educação dos mesmos. Não foi relevante recolher informação da idade ou quaisquer outros dados dos menores, nem garantir a obrigatoriedade de falar, partilhar informação familiar.

Esteve presente o "estagiário /psicólogo" como suporte e mediador. Aguardava-se poder haver conflitos de ideias, e era importante uma avaliação precoce da existência de conflito, e dos recursos que cada um teria para a correta gestão dos mesmos. Aguardava-se também que o grupo pudesse não querer partilhar ou perdesse ritmo, sendo a manutenção desses dois campos da responsabilidade do estagiário.

O tema central foram as responsabilidades parentais, com foco na parentalidade positiva. A ideia de tertúlia é a de que o grupo é aberto, a elementos de participação permanente ou

pontual, traga o tema para tratar no dia e, somado a este, o valor pelo conjunto de análises e argumentos dos restantes participantes.

Outra forma de garantir a existência de um tema, é a preparação prévia de uma história, distribuindo aos participantes voluntários os cumprimentos de um papel para interpretar em roleplaying. Esta dinâmica de jogo de papéis ou de interpretação permite ser desbloqueador de desorganização de grupo.

Metodologia

Para a realização desta atividade foram preparados temas para a eventualidade de o grupo não aderir livremente à participação. É desejado que haja temas que venham das tertúlias anteriores. Deve estar presente com focos muito específicos o “moderador” da tertúlia, e ter outro moderador convidado, ou permanente para garantir apoio nos equilíbrios necessários. Estiveram presentes quatorze adultos, oito mães, três (mães) avós e três pais.

Resultados

Foi realizada apenas uma tertúlia, não havendo grandes resultados e entendemos ter sido parcialmente atingida a realização desta atividade. Foram registados: o facto de os intervenientes se identificarem com os relatos dos outros elementos (as situações debatidas surgiram de geração livre e associadas às reflexões do tema anterior); a criação de um espaço livre de partilha em “pares”, de temas relevantes para a maior parte dos intervenientes; e o relativizar e /ou enquadrar de outra forma as suas responsabilidades parentais, e a (re)avaliação dos comportamentos dos filhos sobre outros olhares.

4.2. Estudos de Caso¹

Pretendesse que ambos os estudos de casos apresentados sejam relatos detalhados, de forma a demonstrar a aplicação teórica à prática profissional, desde a construção aos desenvolvimentos de teorias, ao balizamento orientador das investigações posteriores. Nestas deve de incluir aspetos conseguidos e não conseguidos, técnicas ou estratégias, conhecimentos ou competências profissionais.

Uma das técnicas utilizados foi a anamnese, construída após a sinalização e aceitação da intervenção e apos a assinatura do consentimento informada para a intervenção. Para além deste, recorreu-se à técnica de entrevista semiestruturada. Apesar da alegada falta de propriedades psicométricas, as entrevistas de anamnese induzem nos sujeitos a relatar os acontecimentos da sua vida, um afeto negativo elevado e um aumento de excitação fisiológica (Sturmbauer et al., 2021), portanto efeitos físicos ocorrem no momento de relato importantes para a avaliação desse paciente, quer seja pela reação, pela postura corporal, pela confortabilidade ou falta dela, etc. Em processos de ajustamento (em crianças e adultos), traços negativos e positivos podem estar associados ao processamento e internalização de experiências (Frank, 2011) que incluem abuso e maus-tratos infantis (por exemplo, hipervigilância). Um ajustamento deficiente transparece em níveis de neuroticismo elevados, preferência pela evitação, recurso à catastrofização, resolução ineficaz de problemas e auto-culpabilização (Frank, 2011).

Logo, a avaliação de risco e o exame do estado mental dos pacientes são passos essenciais e primeiros na elaboração da anamnese (Hughes, s.d.). A avaliação de risco é construída com o contributo de várias evidências e referências, entre as quais os relatos dos familiares, dos próprios agregados familiares e de outros. de pessoa idônea, de professores ou diretor de turma, da

¹ Foram seguidas e respeitadas as orientações éticas e deontológicas do código deontológico da OPP, da APA, e RGPD Europeu, assim pela necessidade de proteção dos intervenientes, optou-se por utilizar de nomes fictícios.

psicologia e outros técnicos de saúde, (médico de família, enfermeiro familiar). São recolhidos dados por relatos de diversas fontes, por observação de interações e/ou evidências de abuso (por exemplo, marcas corporais). A avaliação do estado mental é frequentemente feita com recurso ao *Folstein Mini-Mental State Examination* e/ou *Hewitt Cognitive State Examination*, técnicas aplicadas de modo integrado com a entrevista clínica.

Não sendo perfeito, a entrevista no contexto da elaboração da anamnese permanece um método indispensável (Eastwood & Ross, 1974; Sánchez, 1985; Sturmbauer et al., 2021), frequentemente utilizado em situações de ação necessariamente rápida e urgente. Sánchez (1985) enfatiza a importância da utilização da entrevista semiestruturada “baseada na livre associação de ideias e memórias” (p. 412), de cariz clínico, na recolha de informações em contexto de psiquiatria infantil, defendendo que as intervenções psicoterapêuticas são mais proveitosas nesses momentos de abertura livre ou falta dela (como sinal de algo mais relacionado à condição ou contexto da pessoa), fluxo e interação (Sánchez, 1985).

4.2.1. Estudo de caso: A Luísa

Resumo

A Luísa, é uma criança de 11 anos, que vive numa situação sinalizada por indícios de maus-tratos (promulgados pelo agregado familiar materno) é o sujeito-alvo. Em sede de entrevistas, realizados a pedido da Luísa no dia para o qual a mãe foi convocada pela CPCJ, a Luísa expressou vontade de ser ouvida e o desejo de viver com os avós paternos, acabando por admitir que o principal motivo se prende com o facto de não se sentir tranquila e segura em casa do agregado materno, fundamentalmente pela circunstância de o padrasto a maltratar quer verbal, quer fisicamente. O padrasto da Luísa chama-se Manuel. A Luísa refere que o Manuel lhe terá dito recentemente: «Vou-te fazer tanto mal que tu vais pedir para ires viver com os teus avós»

(sic), acrescentando que, em diferentes momentos, o padrasto lhe bate na parte de trás da cabeça e lhe dá pontapés nas canelas com a ponta dos ténis. Não obstante o facto de afirmar também que quando a Maria, mãe da Luísa está presente se sente mais segura e protegida, quando, por sua iniciativa, compara com o modo como se sente em casa dos avós, afirma que a Maria grita, irrita-se e revela menos paciência e calma do que os avós.

De acordo com os serviços contactados e também conforme reconhecimento dos diferentes familiares entrevistados, a Luísa tem vindo a ser exposta, desde muito cedo, a manipulação e pressão familiar, facto que poderá estar a impulsionar a adoção/desenvolvimento de estratégias de sobrevivência e proteção, como a mentira e tentativas de manipulação, manifestadas em verbalizações inconsistentes, pedidos de ajuda, comportamentos desadequados nos contextos familiar materno e escolar, bem como dificuldades de aprendizagem.

De acordo com a psicóloga, a Luísa necessita de um acompanhamento ao nível da saúde mental, com carácter regular, estável e continuado no tempo, facto que não tem acontecido desde que iniciou acompanhamento em consulta de psicologia (2019). De acordo com a psicóloga, a Maria acaba por recorrer à consulta em «situações SOS» (sic), tendo, por exemplo, em setembro de 2020, pedido que fosse dada alta à filha e, em janeiro de 2021, a escola, com a concordância da Maria, voltar a pedir o regresso de Luísa às consultas de psicologia.

Revisão de literatura

Famílias que sofrem uma forma de abuso correm um risco maior de sofrerem outras formas de abuso, como o abuso físico carregar consigo o psicológico, e a violência doméstica entre casal levar à negligência de cuidados da criança (Herrenkohl et al., 2008). O abuso de substâncias, a presença de doença mental, a perpetuação de violência doméstica e as disrupções

de conduta infantil são os fatores de risco ao nível dos progenitores mais comuns que levam a maus-tratos infantis (Barth, 2009). Em 2020, Ünal e Boz desenvolveram uma escala para medir os níveis de awareness (consciência, noção, conhecimento) dos progenitores sobre negligência e abuso infantil em idade pré-escolar. O seu estudo revelou uma diferença significativa no awareness das mães sobre negligência e abuso infantil quando comparadas com os pais, e uma diferença significativa na ocorrência de abuso emocional perpetuado por pais de rendimentos mais elevados por comparação a pais de rendimento baixos e medianos.

Apesar de alguma descrença no poder da consciencialização por parte de alguns autores, ajudar os progenitores a serem eficazes com os menores a seu cargo pode atender às necessidades latentes aos fatores de risco, decrescendo a frequência de ocorrência dos mesmos (Barth, 2009). A existência e a participação em programas de educação ou sensibilização / consciencialização de progenitores visa fomentar a aquisição de recursos (habilidades parentais e resolução de problemas com recurso à parentalidade positiva) para levarem uma vida mais saudável.

Isto significa a possibilidade de promover o aumento de comportamentos pró-sociais, diminuição dos comportamentos externalizantes negativos, aumento do bem-estar e da felicidade das crianças através da remoção do perigo a partir da raiz (da perspetiva da criança como vítima, recetora do abuso), isto é, através da redução ou eliminação de violência verbal, física, emocional e psicológica alcançado numa intervenção direta com os progenitores numa tentativa de aliar esforços e cooperar (U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control, 2009; Child Welfare Information Gateway, 2019).

Esta inclusão e integração da família é indispensável. A Família é socialmente responsável pela transmissão de valores, crenças e significados que estão presentes na sociedade,

com vista a garantir a manutenção, a proteção e o bem-estar dos seus membros. Efectivamente, os três objetivos básicos que as famílias têm para os seus filhos são a sobrevivência, a autossuficiência e a autorrealização (Enrique et al., 2007).

Simultaneamente, as intervenções aproveitam-se dos fatores de proteção (características associadas a uma menor probabilidade de ocorrência de “problemas”) presentes ao nível individual, familiar e comunitário, pois estes encontram-se negativamente correlacionados com os fatores de risco (Apêndice E; National Research Council, 2009). Aliás, os fatores de risco tendem a estar correlacionados entre si; múltiplos fatores de risco diminuem a propensão da pessoa a ter fatores de proteção, portanto a remoção ou atenuação de um apenas terá um efeito benéfico no recetor ou vítima (National Research Council, 2009).

Observação e Metodologia

Tendo em conta a breve revisão da literatura exposta, as entrevistas com a Luísa seguiram uma metodologia de perguntas essencialmente abertas, e perguntas fechadas quando estritamente necessário, quer com a Luísa quer com os elementos adultos. Em determinados momentos e temas surgiu a necessidade de fazer perguntas de cariz possivelmente incómodo, que foram tentadas fazer natural e normalmente, facilitando a abertura dos intervenientes proporcionando que resposta fosse dada dentro do contexto narrativo e ambiental, aceite sem julgamento. Não havia como serem dadas garantias ou enfatizar soluções para o caso pois a construção da alternativa à situação será feita em conjunto e construída em cada momento com os dados que temos. O sigilo, a não condenação e a garantia de existir um apoio construído em conjunto, tornava a relação mais sólida e securizante.

Em muitos momentos, antes das entrevistas, foram elaboradas um conjunto de perguntas difíceis, estudadas as melhores formas de as colocar e sempre com a supervisão da gestora do PPP. Foi relevante já ter existido PPP uma vez que o histórico familiar reforça o (re)surgir de diagnósticos que se configuram inibidores de um crescimento e desenvolvimento saudável. A verificação da existência de histórico familiar (uma vez que no passado a família da Luísa já havia sido referenciada), contribuiu também para a avaliação de risco, mas essencialmente no sentido de compreender eventuais padrões.

O exame do estado mental da Luísa não apresentou alterações na forma ou conteúdo. Apresentou-se adequação das emoções da Luísa as narrativas, esteve sempre orientada, com pensamentos coerentes e sólidos em função da situação e idade. Por vezes acrescentava pequenos dados às histórias que narrava, no seu contexto do dia-a-dia, escolar e casa/familiar, contava “mentiras” relativamente à forma como a mãe a chamava, relatava ainda factos aos quais atribuímos conotação de “chamadas” de atenção designadamente mas não apenas como as chamavam na escola. A Luísa manifestou ainda alguns momentos de bloqueio de pensamento que estavam associados a episódios mais “abusivos” e traumatizantes, seguia por vezes naturalmente as inserções de pensamento introduzidas pelo “psicólogo estagiário” e /ou supervisora (gestora de processo).

A Luísa relatava uma quantidade e qualidade de sono adequada, assim como a alimentação e outros autocuidados (os adequados à idade). A sua aparência e comportamento foram sempre cuidados, adequada à idade e perfeitamente confortável nas roupas que vestia.

A utilização da máscara dificultava um pouco a avaliação das expressões faciais, mas a paralinguagem está sempre alinhada com a narrativa. A Luísa procurou um contato psicológico e

empático com o estudante estagiário de psicologia, perceptível pelo permanente contacto visual e até verbal.

Foram registadas algumas evidências de uma boa percepção, fácil de concordar com o diretor de turma na avaliação cognitiva que faz da aluna. A Luísa apresentou boa cognição e sempre orientada no espaço e no tempo, presente e passado. A Luísa apresentou relatos de boa memória, validados ou próprios, perceptível pelo confronto com relatos coincidentes de outros elementos da família. A Luísa manifestou sempre concentração e atenção aos pormenores, por vezes relatando alguma, “hipersensibilidade” e necessidade de muita “hipervigilância”.

Assim, não houve indícios de nenhuma psicopatologia, por falta de sintomas e pela idade, informação também coincidente com o relatório do psicólogo que acompanhou a Luísa. O motivo da sinalização era coincidente com a avaliação do problema; o ambiente sociofamiliar, o contexto habitacional do agregado familiar da mãe era o problema, sendo este causado por situações exógenas, ainda não catalisadas em síndrome ou perturbação.

O sofrimento da Luísa manifestava-se quando alternava de entre a residência dos seus avós e a residência da sua mãe, sendo evidente quando de casa dos avós para casa da mãe. O referido sofrimento era perceptível pelas mudanças de humor, chamadas de atenção e verbalizações de incómodo quando na relação a sós com o seu padrasto. Estes foram os indicadores de critério para a referenciação da Luísa bem como os critérios para sinalizar a situação por suspeita da existência do perigo.

Sendo pertinente intervir para avaliar, foi também fundamental ouvir a Luísa, estabelecer relação e garantir o seu superior interesse. Este era o objetivo base da intervenção tal como possibilidade de remoção do perigo se esse existisse. A envolvência da família em cada um dos

seus papéis que a compõem foi essencial para se atingirem resultados. A vinculação, a relação de proteção e cuidadora e segurança e o acesso a um ambiente sócio familiar mais saudável e segurizante.

Descrição do caso

A Luísa tem 11 anos e 9 meses de idade está no quinto ano de escolaridade e frequenta grupos de atividades juvenis, quando vai a casa dos avós paternos. A avaliação e intervenção com Luísa foi realizada na sequência de afirmações da própria ao garantir ser agredida fisicamente pelo padrasto, na ausência da sua mãe, Maria.

De acordo com a referida sinalização, no dia dez de maio, depois de ter passado o fim de semana com os avós, a Luísa não queria entrar na escola para não ter de voltar para casa da mãe, alegando ser vítima de maus-tratos por parte do padrasto. Durante a manhã do referido dia, a Luísa «procurou alguns adultos para desabafar» (cit), assistentes operacionais e sociais, a avó e a psicóloga que a acompanha. Segundo a presente informação escolar estas verbalizações já haviam sido proferidas pela Luísa no fim do primeiro trimestre escolar, bem como no início do segundo, motivo pelo qual terá passado um mês (durante o período do ensino à distância) em casa dos avós paternos. A psicóloga do serviço xx, refere que a Luísa «tem resultados acima da média ao nível cognitivo, mas que os fatores emocionais a influenciam negativamente com grande relevo, não só ao nível escolar, mas também ao nível social.» (cit) Segundo a sinalização, os pais da Luísa estão separados, havendo disputa de poder parental há vários anos entre a mãe e os avós paternos. A Luísa encontra-se à guarda da mãe, por decisão judicial, passando os fins de semana, de 15 em 15 dias, em casa dos avós paternos.

Sublinha-se que, no ano de 2015, foi aberto pela primeira vez na CPCJ um Plano de Promoção e Proteção a favor da Luísa, na sequência de sinalização efetuada pelo xxº juízo de Família e Menores de Lisboa, onde, à data, decorria um processo de Regulação do Exercício das Responsabilidades Parentais (RERP), por evidência de sinais indicadores de frágil suporte parental, conflitos parentais e resistência à intervenção técnica, tendo este sido arquivado com remessa ao Ministério Público, em 2016, por retirada de consentimento por parte de um progenitor.

Relativamente ao contexto familiar, a Luísa reside atualmente no agregado familiar materno com a mãe Maria de 34 anos de idade, o padrasto Manuel de 38 anos, e o irmão uterino Nelson, atualmente com 8 anos de idade. Aos fins de semana, numa periodicidade quinzenal, e conforme estabelecido pelo Tribunal de Família e Menores de Lisboa, em junho de 2019, no âmbito de um processo de RERP, a Luísa fica em casa dos avós paternos, onde por vezes está também com o pai Francisco e o tio paterno Tiago.

De acordo com as informações proferidas pelos intervenientes na avaliação diagnóstica realizada até à presente data, e também conforme informações constantes no processo instaurado nesta Comissão em 2015 e arquivado em 2016, cerca de um ano após o seu nascimento, os pais da Luísa separaram-se na sequência da Maria ter saído de casa sem aviso prévio e viajado para França, onde terá sido acusada de tráfico de droga. A Luísa ficou, durante o referido período, aos cuidados dos avós paternos e do pai. Durante a referida viagem a mãe terá conhecido o seu atual companheiro, Manuel (padrasto da Luísa), com quem mantém, desde então, uma relação análoga à dos cônjuges. Quando regressou a Portugal, a Maria terá demonstrado intenção de se responsabilizar pela sua filha e, desde então, tem vindo a ser travada uma disputa entre a mãe e os avós paternos, sendo a Luísa exposta, desde sempre, à conflituosidade existente entre os dois

agregados familiares. O pai Francisco, que, segundo o tio paterno desde logo se quis afastar da mãe Maria e de tudo o que lhe dissesse respeito, delegou nos avós paternos de Luísa a prestação de cuidados, situação que se mantém atualmente.

Durante a entrevista com Francisco foi, contudo, possível constatar que atualmente deseja estar mais próximo da filha e ter uma presença mais expressiva na vida da Luísa, não obstante as dificuldades que tem vindo a sentir, não só pela atitude dos seus pais, que segundo o Francisco, procuram controlar e assumir por inteiro a situação, mas também pelo facto de o próprio residir atualmente em casa da mãe da sua atual companheira, Joana, com quem mantém uma relação há cerca de 6 anos. O pai afirma, neste contexto, que a atual habitação não reúne as condições necessárias para que o pai possa receber a Luísa, não só por ser a casa da sua sogra, mas também porque o ambiente não é, na sua opinião, o mais adequado já que são frequentes os almoços e jantares onde se consome, por vezes, álcool em demasia. O pai acrescenta, contudo, que ele e a sua companheira têm feito procura ativa de casa, de forma alterar esta situação, sublinhando que a companheira Joana o incentiva (ao pai Francisco) a estar mais próximo da filha Luísa, apresentando também uma atitude de disponibilidade para que Luísa faça parte das suas vidas.

No que concerne à dinâmica familiar do agregado familiar materno e às competências parentais dos adultos deste agregado, verifica-se que, em virtude de a mãe trabalhar por turnos, é muitas vezes Manuel quem assume os cuidados da Luísa e do irmão uterino, Nelson. Assim é o Manuel o responsável pelas refeições, percursos casa-escola e realização de atividades escolares, bem como pela supervisão e organização dos tempos livres. Não obstante o facto de Manuel passar múltiplos períodos com a enteada sem que a Maria esteja presente, Maria afirma convictamente que Luísa não está a dizer a verdade quando acusa o padrasto de maus-tratos, rejeitando veementemente qualquer possibilidade de tal acontecer na sua ausência. Maria,

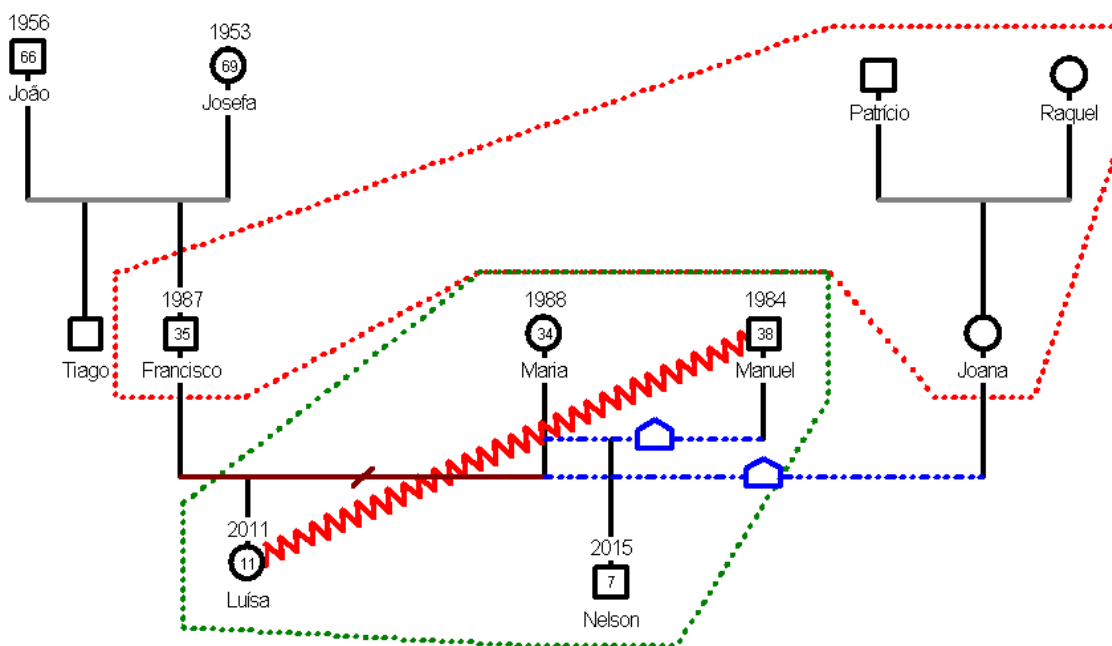
assume que Luísa rejeita, por vezes, realizar as atividades escolares, mente e esconde tarefas propostas pela escola e que, nesse contexto, tanto ela como o padrasto poderão ralar, pôr de castigo ou até dar uma palmada, mas garante que a filha não é vítima de maus-tratos por parte de Manuel. Neste contexto, Maria considera que Luísa poderá «ser bipolar» (sic), pois já tem contado diversas mentiras, desculpando-se e assumindo a verdade uns dias mais tarde. Maria desabafa com choro que está muito cansada destes comportamentos da filha Luísa, bem como da agressividade que esta tem vindo a expressar para com a mãe e o padrasto, considerando que tal é resultado da pressão que tem vindo a ser exercida desde sempre pelos avós paternos. Maria acrescenta, que se a CPCJ considerar que o melhor para Luísa é ficar com os avós, terá o seu acordo, pois deseja o melhor para sua filha.

Importa sublinhar que, de acordo com a consulta do processo que correu anteriormente, há serviços e entidades de primeiro nível que verificaram que Manuel não adotava a mesma postura na relação com Luísa e com o filho, revelando maior rigidez com a enteada, identificando-se, na Luísa, uma postura de «contenção física» (cf. relatório do serviço de primeiro nível de 2015) na presença do padrasto. Por outro lado, a entidade de primeiro nível fazia também referência às fragilidades reveladas pela mãe e o padrasto no que se refere à satisfação das necessidades afetivas e emocionais da Luísa, constituindo-se ambos como um suporte emocional desadequado e não permitindo a individualização da Luísa, a expressão livre dos seus interesses, gostos e vontades, nomeadamente pelo facto de a Luísa revelar preferência por brincadeiras e objetos geralmente associados às crianças do género masculino. Ainda no que respeita às necessidades emocionais da Luísa, a entidade fazia também referência às dificuldades manifestadas pela mãe e pela avó, as quais pareciam necessitar que a menina confirmasse constantemente no seu discurso o quanto gostava de cada uma. Tal factualidade era evidenciada

por Luísa quer nas suas verbalizações quer nas atitudes constantes de tentar corresponder às expectativas dos adultos, o que levava a que a Luísa adequasse as palavras utilizadas de forma a não desapontar os adultos. .

No que se refere ao contexto familiar dos avós paternos, Josefa, com 65 anos de idade e auxiliar de educação, e João, com 66 anos a trabalhar em regime de part-time, afirmam ter toda disponibilidade e condições para se responsabilizar pela sua neta, considerando que perante as verbalizações e comportamentos demonstrados, a Luísa não deve continuar exposta aos alegados maus tratos do padrasto, sublinhando que em casa dos avós, situada nos limites da cidade, tem a possibilidade de frequentar um grupos de atividades juvenis, mantendo uma excelente relação com as crianças e adultos mais próximos da família, sentindo-se, de uma forma geral, mais livre e protegida neste contexto.

Genograma



Como fatores de perigo para a criança, destaca-se a exposição da Luísa à conflitualidade entre as famílias materna e paterna, os episódios associados ao tráfico de droga ocorridos no passado da Maria e no presente do padrasto, o qual se encontra, na atualidade, com uma pena suspensa de 4 anos; a pressão que tem vindo a ser exercida pela família paterna e a ausência do pai na vida da Luísa. Entende-se assim, que, face ao facto de a família materna ser, fundamentalmente, pelas questões associadas ao tráfico de droga e às acusações de maus-tratos por parte de Luísa, «mais desajustada», e a família paterna ser, no essencial, mais equilibrada, não obstante a pressão que esta tem vindo a exercer sobre a criança, a possibilidade da Luísa passar a viver com os avós paternos parece-lhe ser, na atualidade, a mais adequada.

Relativamente à educação e de acordo com as informações recolhidas através do contacto telefónico estabelecido pela CPCJ com o Diretor de Turma, e concretamente no que se refere ao rendimento escolar, o Professor afirma não terem sido verificadas «grandes alterações ao longo do ano letivo» (sic), sendo que as que se registaram, em particular, durante o regime de ensino à distância, não foram diferentes das dos seus outros colegas, sendo, portanto, atribuídas ao contexto de pandemia e aos constrangimentos daí decorrentes.

A Luísa apresenta-se, no contexto escolar, e segundo o Diretor de Turma, cuidada ao nível da alimentação e higiene, não demonstrando alterações ao nível do seu comportamento e outros indicadores do foro emocional em função do agregado familiar com quem se encontra, não obstante a «manipulação/disputa» (sic) que são exercidas, na sua perspetiva, «equitativamente» (sic) pelos mesmos e que decorrerão de questões mais associadas à vida e necessidades dos adultos que as praticam, do que de uma preocupação com o que poderá, efetivamente, ser melhor para a Luísa.

Da informação apurada com o Diretor de Turma e conforme a sinalização rececionada nesta, parece evidente que a razão da preocupação da escola relativamente à Luísa decorre fundamentalmente do seu desenvolvimento emocional e das frágeis condições familiares para que aquele se processe de uma forma equilibrada e saudável.

Não obstante, o professor não identifica sinais ou estratégias parentais desadequadas em nenhum dos adultos dos dois agregados familiares de Luísa, fazendo apenas referência (quando perguntado diretamente na sequência das declarações da Maria) que no período de confinamento, a Luísa terá apresentado menos trabalhos escolares durante o período que passou em casa dos avós paternos.

Descrição dos Resultados

Mediante a informação recolhida no âmbito da avaliação diagnóstica, identificam-se os seguintes nove fatores de proteção: (1) a Luísa identifica a Maria como um elemento protetor, apresentando para com ela manifestações de afeto, às quais a mãe responde de forma disponível; (2) a Luísa verbaliza intenção de se manter próximo da Maria e do irmão uterino; (3) a relação de confiança e afeto entre a criança e os avós e o tio paternos; (4) a Luísa é uma menor com capacidade para expressar o que sente relativamente aos agregados materno e paterno, encontrando estratégias para pedir ajuda; (4) a existência de relação de confiança e proximidade entre a Luísa e o pai; (5) o Tiago constitui-se como figura de suporte para Luísa e para os seus pais, avós paternos da Luísa; (6) a ausência de dificuldades cognitivas e capacidade de perceção da realidade; (7) o agregado materno acompanhado por uma entidade de primeiro nível; (8) a Luísa está bem integrada na escola e em grupos juvenis sendo estes de significativo agrado para ela; (9) A Maria (mãe), o João e a Josefa (avós), o Francisco (pai) e o Tiago (tio) estão aparentemente colaborantes com a intervenção da CPCJ.

Quanto aos fatores de risco que foram também identificados: primeiramente, existe a suspeita de maus-tratos por parte do padrasto, sendo que a Luísa expressa particularmente sentimentos de opressão relativamente ao padrasto. No passado, a Luísa apresentava, segundo o relatório da entidade, postura de contenção física quando na presença do padrasto, na sequência da atitude rígida que este adotava na relação com a enteada. O Manuel não manifesta, em contexto de entrevista, sinais de envolvimento emocional com a Luísa. Este tem uma pena suspensa por tráfico de droga, estando Luísa a par desta situação, na sequência da busca domiciliária efetuada pela PSP à habitação. Segundamente, a Luísa é vítima de pressão e manipulação por parte dos dois agregados familiares, os quais mantêm forma inconstante, desde o nascimento dela, uma relação conflituosa e de competição, onde ela é disputada de modo objetificado, padecendo de uma falta de reconhecimento dos seus direitos fundamentais. A Luísa, então, recorre a justificações que por vezes não correspondem à verdade, nem sempre notando esta desculpabilização, parecendo recorrer à mentira e manipulação das situações como estratégia de sobrevivência. Terceiramente, a avó, Josefa, aparenta pouca consciência dos efeitos negativos que as desvalorizações e comentários pejorativos sobre a mãe e/ou o pai poderão ter na Luísa. Foram feitas referências pela avó e pela instituição de primeiro nível relativas à instabilidade emocional da Maria, com necessidade de acompanhamento psicológico, que recusa. O Francisco, pai, é pouco presente na vida da Luísa. Eventuais fragilidades dos avós ao nível da supervisão das atividades e responsabilidades escolares, bem como da utilização adequada do telemóvel por parte de Luísa. A postura do Manuel, em sede de entrevista foi pouco colaborativo relativamente à necessidade da CPCJ de melhor compreender a situação, respondendo às questões colocadas de forma evasiva e, por vezes, monossilábica. Em suma, esta é uma família pouco centrada nas reais necessidades da Luísa. Por último, um processo de Promoção e

Proteção foi instaurado no primeiro ano de idade da Luísa por evidência de sinais indicadores de frágil suporte parental, conflitos parentais e resistência à intervenção técnica.

Setting Terapêutico

O decorrer das sessões foi adequado, sempre tranquilo e sem interrupções, sem que nada físico pudesse causar bloqueio terapêutico. As únicas barreiras eram a grande divisória de acrílico transparente, sem se notar permanentemente, e a utilização de máscaras, resultante da situação pandémica que se vivia. O ambiente transmitia segurança, pela organização, pelo conforto, pelos materiais, dimensão e luminosidade do espaço.

Já descrito as mudanças de hábitos em função do contexto de residência, quer na realização de atividades com os pares quer na concretização das tarefas escolares. Emocionalmente a Luísa apresenta dificuldades de regulação das emoções e sentimentos, embora haja alguns milimetricamente apresentados e que procura defender. A Luísa não apresentou sintomas de fadiga excessiva ou desproporcional à atividade regular, manifesta boa higiene de sono, embora manifeste altos níveis de ansiedade e hipervigilância quando se aproxima a troca da residência para casa da sua mãe. A Luís está sempre com uma atitude colaborante, assertiva para a idade e para com a situação em si, adequando os comportamentos, emoções e humor aos temas à importâncias que estes têm para si. A interação com o “terapeuta” foi sempre correta dentro do mesmo padrão de funcionamento, respondendo às questões, conduzindo também os temas e raciocínios de forma aberta e adequada à idade e maturidade.

A maior limitação prendeu-se com o facto de a avaliação ter carácter de emergência, uma vez que não se poderiam tirar conclusões erradas nem permanecer nas incertezas muito tempo, ou tempo nenhum.

Um conjunto de compromissos foram alinhavados com os membros da família, de seguida explorados. Primeiramente, a Luísa comprometeu-se a aceitar permanecer aos cuidados dos avós paternos, durante o tempo da Medida de Promoção e Proteção ou até decisão do Tribunal de Família e Menores de Lisboa.

Os avós, João e Josefa comprometeram-se a aceitar que Luísa fica à sua guarda e cuidados, responsabilizando-se pela sua alimentação, saúde, higiene, educação, afeto, conforto e segurança. Para além disso, também afirmaram que garantiriam que a Luísa manteria ou iniciaria um acompanhamento psicológico com carácter regular e prolongado no tempo e que frequentaria assídua e pontualmente a sua atual escola até ao final do presente ano letivo (após o qual será solicitada a transferência de escola para o próximo ano letivo para a sua zona de residência). Os avós comprometeram-se ainda a valorizar a pessoa da mãe e do pai na presença da Luísa de modo que a ela construa uma imagem positiva destes, sendo que irão permitir os contactos de Luísa com a mãe e o com o irmão Nelson. Os avós assumem ainda uma das viagens em cada um dos convívios entre a mãe e a filha, sendo a outra assumida pela mãe. Por último, comprometem-se também a comparecer nas instalações da CPCJ na data marcada, às 14h30.

A mãe, Maria, compromete-se a aceitar estas Medida de Promoção e Proteção aplicada pela CPCJ, manter contactos com a filha quer através do telefone, quer presencialmente a valorizar a imagem dos avós e do pai na presença da Luísa, de modo que Luísa possa construir uma imagem positiva de cada um dos elementos familiares mais significativos. Assumirá uma das viagens em cada um dos convívios com a filha, sendo a outra assumida pelos avós e/ou tio. Assegurou que iria fomentar os contactos de Luísa com o Nelson. No período escolar, e conforme acordo entre as partes, a Luísa estará com a mãe aos fins-de-semana de 15 em 15 dias, de acordo com as suas folgas. No período de férias, a Luísa estará com a mãe dois dias de 15 em

15 dias (fim-de-semana e/ou dias úteis), de acordo com as suas folgas, até alteração da medida ou até decisão judicial. A Maria compromete-se ainda a informar o Tiago, com conhecimento à Comissão, no início de cada mês, dos dias das folgas em que estará com Luísa. Por último, irá comparecer nas instalações da CPCJ no dia combinado, às 16 horas.

O pai, Francisco, comprometeu-se a aceitar a Medida de Promoção e Proteção aplicada pela CPCJ, manter os contactos telefónicos ou presenciais com a sua filha, a fomentar os contactos da mesma com o Nelson, a valorizar a imagem dos avós e da mãe na presença da Luísa, de modo que Luísa possa construir uma imagem positiva de cada um dos elementos familiares mais significativos, e, por último, a comparecer nas instalações da CPCJ no dia 28 de julho de 2021, às 14h30.

O tio, Tiago, comprometeu-se a colaborar na execução da presente Medida, contribuindo para o bem-estar da sobrinha Luísa, e a colaborar nas deslocações da Luísa e nos agendamentos dos convívios presenciais com a Maria e Francisco. Comprometeu-se ainda a informar os avós de Luísa dos dias em que a mãe estará com Luísa, quer no período letivo, quer durante o período de férias. Por último, irá comparecer nas instalações da CPCJ no combinado, às 14h30.

A Comissão de Proteção de crianças e jovens comprometeu-se a acompanhar a presente medida, considerando as ações constantes no presente Acordo, a estar disponível para quaisquer esclarecimentos e apoios considerados necessários, e a remeter ao Ministério Público a comunicação necessária ao abrigo do disposto no art.º 69º da LPCJP, para efeitos de Procedimento Tutelar Cível.

Processo

A forma como foi gerido o processo, em caráter de emergência, com a realização de seis entrevistas em dois dias, foi absolutamente necessário para se poder avaliar a existência ou não de perigo e a melhor forma de o remover.

A anamnese, foi preenchida por entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas incluindo a história do desenvolvimento, do crescimento, da história familiar, da história da componente social e cultural. Este método proporciona um conjunto de informações incompleto sobre o paciente, podendo ser complementado com alguns testes de propriedades psicométricas. Dado o caráter de urgência foi realizada a avaliação de risco e o exame do estado mental da Luísa. Foi complementado este estado de avaliação com os relatos dos familiares, dos próprios agregados familiares e de outros, de pessoa idônea, de professores ou diretor de turma, da psicóloga e outros técnicos de saúde.

Importou ainda garantir a existência de um ambiente securizante, bem como manter constantemente presente qual seria o superior interesse da Luísa. Este caso foi permanentemente supervisionado, garantindo assim uma prática que se desejava muito célere, equilibrada e eficaz. Ao longo do contacto com Luísa verificou-se melhorias escolares e familiares significativas, mas ainda necessárias serem apoiadas.

Diagnóstico diferencial

Relativamente à Luísa, encontra-se a ausência de sintomatologia ou sinais de frequência suficiente para se agregarem numa síndrome ou perturbação. O diagnóstico não é estanque no tempo, nem os mundos endógeno e exógeno são permanentes. Uma reavaliação constante deve

ser mantida do sujeito-alvo em questão, tal como sugerido na medida assinada pelos membros família.

Relativamente ao contexto familiar, o quadro é de disfuncionalidade, em particular no não cumprimento das responsabilidades parentais na garantia da manutenção de um ambiente securizante para o desenvolvimento integral da Luísa, na incapacidade de fomentar relações interpessoais entre a Luísa e os membros da família, levando a uma desagregação e deterioramento de uma possível relação de apego seguro e saudável. Acresce ainda a incapacidade de fomentar na Luísa uma relação consigo própria de estabilidade, levando a uma instabilidade na regulação emocional nos grupos de pares (que em si eram voláteis), bem como originando a percecionada necessidade, mesmo que não plenamente consciente, de confabulação e mentira como estratégias de coping.

4.2.2. Estudo de caso: B Tomás

Resumo

O presente estudo de caso, tem como objetivo aprofundar e descrever detalhadamente o estudo e a intervenção clínica com o Tomás, jovem com 14 anos e 2 meses de idade, à data do estudo, que foi referenciado para a intervenção da CPCJ. O processo foi atribuído na modalidade restrita desta comissão, à co-gestão do estagiário de psicologia, supervisionado pela técnica (co)gestora de processo e psicóloga. Assim foi dado início à fase diagnóstica, na sequência de sinalização, na qual constava a seguinte informação: A mãe do Tomás faleceu quando o Tomás frequentava o 4º ano de escolaridade, depois de uma doença grave que a levou a pôr termo à vida de forma antecipada. De acordo com a informação rececionada no ofício de referência, o Tomás não conseguiu superar a perda da mãe, tendo esta situação contribuído para a sua instabilidade emocional, «*refletindo-se no seu comportamento e aproveitamento/rendimento*

escolar.» (cit) Mais se acrescentou que o Tomás desconhecia o motivo da morte da mãe e que só no final do verão do ano 2020 é que teve perfeita consciência e conhecimento de que se tratou de um suicídio motivado pelo estado de saúde em fase terminal. «O choque emocional foi de tal forma violento que o Tomás modificou radicalmente o seu comportamento, isolando-se e refugiando-se no desenho como forma de expressar os seus sentimentos (...)» (cit). O Tomás atualmente já é seguido em psicologia, no hospital F e em pedopsiquiatria no hospital S, estando a ser já medicado. Segundo a sinalização, em novembro de 2020 o Tomás, esteve internado durante cerca de 1 mês no hospital D e, desde então, têm existido «*alguns episódios de difícil classificação*» (cit) que culminaram nas urgências hospitalares, alguns com necessidade de internamento. O último episódio verificou-se no dia 26/05/2021, quando o Tomás colocou na sua página de Instagram, uma fotografia, com o título “Último dia na Terra- Adeus”, tendo ingerido comprimidos. Posteriormente terá publicado igualmente a seguinte frase “Eu tentei-me matar com comprimidos e fui para o hospital”. Situação esta que desencadeia com carácter de urgência a sinalização a esta CPCJ. Após a fase diagnóstica, os pedidos de informação ao primeiro nível, a articulação com estes, a participação e envolvência dos Tomás e família, o processo foi meses depois encerrado nesta, pelo princípio de intervenção mínima, visto se verificar, melhorias consideráveis na vida do Tomás, e a participação regular deste e da família nos serviços de primeiro nível.

Destacamos como principais pontos deste caso o facto do Tomás ter mudado de escola, com foco na tentativa de estabelecer novas ligações afetivas com os pares. É semanalmente acompanhado em psicologia, pedopsiquiatria, a família acompanhada em terapia familiar. O irmão Francisco está mais envolvido na dinâmica familiar, que se mostra mais segurizante para o pai e para o Tomás.

Concluimos com o destaque da importância que uma intervenção articulada e multidisciplinar tem na abertura de novos caminhos em casos semelhantes. Destacamos também a necessidade de uma intervenção, sistémica e familiar, embora também centrada no Tomás e no seu superior interesse.

Descrição do caso

Após ter ingerido comprimidos, e colocado as mensagens nas redes sociais, o Tomás dirigiu-se para o hospital D, tendo ficado internado dois dias. Atendendo à persistente instabilidade do Tomás, propôs-se ao Tomás e pai, com a concordância da escola, que a frequência escolar passasse para um regime “misto” casa-escola, com a obrigatoriedade de assistir as aulas via TEAMS. No entanto, segundo a escola, nos dias em que a frequência escolar foi presencial, «*o Tomás não consegue cumprir o horário de entrada e nem sempre assiste às aulas à distância*» (cit). Ainda na mesma sinalização, constava que o encarregado de educação, o pai do Tomás, aparentava «*algumas fragilidades emocionais, que não serão alheias a toda a situação*» (cit), sendo, contudo, descrito como «*um EE presente, atento, cuidado e disponível, mantendo o contacto permanente com o DT*» (cit) e com a Escola.

O processo de promoção e proteção do Tomás, foi instaurado sob a problemática CJACABED (ou seja: – A criança assume comportamentos que afetam o seu bem-estar e desenvolvimento, sem que os pais, (pai neste caso), se oponham de forma adequada).

No âmbito da fase de avaliação diagnóstica foram realizadas entrevistas ao pai e ao jovem, entre os dias 06 e 28 de junho de 2021, tendo ambos concordado com a intervenção da CPCJ, e colaboradores nesta avaliação e consequentes intervenções.

Ao longo do período de avaliação e de intervenção, foram estabelecidos diversos contactos telefónicos com o pai do Tomás, articuladas as intervenções com aos serviços de saúde

hospital X, e hospital Y, assim como ao serviço de Psicologia, com quem o Tomás foi acompanhamento em consulta de psicologia, no hospital X, e ao hospital Y, no âmbito dos acompanhamentos para consultas de pedopsiquiatria e terapia familiar, realizados pela Dra. A e Dra. B, finalmente, à Escola Z, onde o Tomás irá integrar, o próximo ano letivo, uma turma do 8º ano de escolaridade.

Referente aos fatores familiares e ecológicos. O Tomás integra um agregado familiar atualmente composto pelo pai, Paulo, de 53 anos de idade e contabilista de profissão e pelo irmão germano, Francisco, com 16 anos de idade e estudante do 9º ano de escolaridade.

A Mãe do Tomás era Militar de carreira, estando, no período anterior ao seu falecimento, reformada. Dado que o pai, no exercício da profissão de contabilista, trabalhava muitas horas fora de casa, era a mãe que estava mais presente e disponível para os filhos. De acordo com o pai, Paulo, a mãe e os filhos tinham uma relação muito próxima e afetiva. «a mãe era uma mulher de família» (sic), tendo com o Tomás «uma relação muito forte» (sic). «os meus filhos sentiram muito a falta da mãe.» (sic).

No mesmo ano em que a mãe morreu, o Tomás e o irmão Francisco haviam integrado uma escola de cariz militar, por ser uma escola que, de acordo com o pai, garantia um maior e melhor acompanhamento e estrutura aos filhos. O Tomás integrou esta escola no 4º ano de escolaridade em regime externo, e no 6º, passou, durante cerca de dois meses, por vontade própria e com reforço da psicóloga que o acompanhava na altura, no hospital X, para o regime de internato. Depois de transmitir ao pai alguns episódios que davam conta de situações de hostilidade por parte dos alunos mais velhos para com as crianças mais novas, Paulo acabou por decidir pelo regresso do Tomás ao regime externo.

Em sede de entrevista individual, o pai questiona os efeitos que as estratégias e práticas educativas deste estabelecimento de ensino poderão ter tido no desenvolvimento do Tomás, tendo, contudo, decidido ali manter ambos os filhos durante cerca de 4/6 anos, por ser essa a vontade do Tomás e Francisco e também por reconhecer que dificilmente teria capacidade para os acompanhar durante o dia, num estabelecimento de ensino público, considerando os horários geralmente praticados e o facto de ter passado a ser o único responsável pela rotina diária de ambos os filhos.

De acordo com informação partilhada pelo pai em contexto de entrevista individual, Francisco estava também a apresentar comportamentos típicos da adolescência, isolando-se no seu quarto, passando muitas horas a jogar playstation, evidenciando resistência crescente às regras e normas estabelecidas pelo pai, distanciamento afetivo relativamente ao pai e irmão, facto que poderia estar também, segundo o pai, a ter impacto na estabilidade emocional do Tomás.

O pai, Paulo apresentou, ao longo da entrevista, uma atitude muito colaborante e disponível, com evidente capacidade para identificar as fragilidades do contexto familiar onde o Tomás se insere, bem como, de assumir a existência de períodos nos quais se sentiu mais frágil emocionalmente. Numa fase em que Tomás revelou maior desorganização emocional, Paulo acabou por apresentar baixa psicológica durante um ano para poder apoiar o filho.

No que se refere ao episódio em que o Tomás tomou comprimidos com o intuito de pôr fim à vida, Paulo afirma que, desde esse dia, todos os medicamentos existentes em casa têm ficado trancados num móvel dentro do seu quarto, no sentido de assim garantir que o filho não repete o mesmo comportamento nos raros momentos em que terá de ficar sozinho em casa.

Com o decorrer de semanas, o pai sentia que Tomás estava a dar sinais de melhoria, Paulo acrescenta que, no geral, o Tomás estava «*mais próximo e maleável*» (sic), ouvindo o pai e seguindo os seus conselhos com maior abertura e receptividade. Recentemente, começaram a praticar atividades em conjunto, ido os dois às compras e com uma regularidade frequente faziam caminhadas longas, com o objetivo de passarem tempo de qualidade juntos e também de perder peso. Relativamente a esta questão, da perda de peso, Paulo refere que o Tomás já teria iniciado um acompanhamento em consulta de nutrição, mas como não cumpriu o plano alimentar proposto, o pai acabou por não dar continuidade ao mesmo.

Quanto às necessidades de desenvolvimento do Tomás, após a morte da mãe, o Tomás começou, segundo o pai, a apresentar «comportamentos esquisitos – dizia que falava com a mãe» (sic), sinais de perturbação alimentar, recusando alimentar-se convenientemente, apatia, intolerância ao não, imaturidade, dependência emocional e insucesso escolar.

Em sede de entrevista individual, o Tomás apresentou, sobretudo na primeira parte da entrevista, uma postura muito contraída e com evidente dificuldade de interação verbal e ocular. Os sentimentos de tristeza, cansaço e desalento foram evidentes. À medida que a conversa com o estagiário de psicologia, se foi desenrolando, o Tomás foi expressando, com maior fluidez, algumas ideias e sentimentos, esboçando alguns sorrisos e sendo progressivamente mais capaz de interagir com os técnicos de uma forma mais disponível. O Tomás, que à data da presente entrevista, frequentava a escola de cariz militar, referiu que no geral gostava da escola, dos colegas e dos professores. Expressou, contudo, sentir-se demasiado cansado, pelo que não estava a ser capaz de frequentar as aulas diariamente.

O Tomás confirmou que por vezes sente vontade de morrer e que já havia tentado concretizar este desejo duas vezes.

Convidado a partilhar com os técnicos as pessoas ou situações mais positivas da sua vida atual, o Tomás fez referência ao pai, à avó paterna, a um tio materno e ao seu irmão Francisco. Considerando a reação de enorme preocupação que o seu episódio da toma de comprimidos refletiu no irmão, o Tomás confidenciou que foi importante para si perceber o amor que o Francisco sente por ele, acrescentando que, desde então, tem sentido uma maior proximidade entre ambos. «Foi importante perceber que ele gosta de mim» (sic).

Relativamente aos seus maiores desejos, o Tomás expressou a necessidade de perder o peso que foi ganhando, que eventualmente, segundo a sua análise se deve à medicação que tem vindo a fazer ao longo dos últimos anos. Partilhou também que gostaria muito de poder manter-se «*com força*» (sic) na escola de cariz militar, expressando receio em mudar para uma escola nova, onde o espaço, as pessoas e os objetivos serão diferentes e desconhecidos, decisão que mais tarde tomou, descrevendo como sendo o melhor para o seu futuro e recomeçar de novo.

Referente a saúde mental do Tomás: Após a morte da mãe e mediante os sintomas que foi apresentando, o Tomás iniciou acompanhamento psicológico com a Dra. P, numa periodicidade semanal. Atualmente iniciou também acompanhamento em consulta de pedopsiquiatria, no hospital Y, primeiro com a Dra. A e depois com a Dra. D. As consultas de pedopsiquiatria realizar-se-ão de 3 em 3 semanas, tendo, também, como objetivo o de intervir na dinâmica familiar do agregado, contando para tal com a intervenção da Dra. T.

De acordo com o relatório psicológico remetido pela psicóloga, Dra. P, escrito em julho de 2021, o Tomás «*apresenta uma Perturbação de Personalidade com comorbidade depressiva*» (cit), motivo pelo qual passou a ser também acompanhado em consulta de psiquiatria, sendo medicado. Existe articulação entre ambos os acompanhamentos. O Tomás é assíduo e pontual.

O quadro que o Tomás apresenta caracteriza-se por uma «*instabilidade afetiva, por reatividade de humor marcada, com episódios de disforia, irritabilidade e ansiedade intensos. Há ainda um sentimento crónico de vazio, impulsividade com adoção de movimentos de acting-out que surgem através de comportamentos autolesivos/ tentativas de suicídio, com sentimentos de raiva intensa e inapropriada e dificuldade em controlar-se. Neste momento, esta sintomatologia está parcialmente controlada pela ação dos psicofármacos. Contudo, e como é característico deste tipo de quadros, observa-se a manutenção de flutuações de humor, sintomatologia depressiva significativa e ansiedade. O investimento no processo terapêutico é proporcional ao estado e limitações do Tomás. Há alturas em que está muito embotado e tem dificuldade em expressar-se, noutras alturas consegue investir e ter alguma capacidade de elaboração. Pelo tipo de sintomatologia existente, apresenta um prognóstico reservado. O pai é sentido como a principal fonte de suporte afetivo e tem se mostrado colaborante com todas as propostas que temos vindo a desenvolver. (...) Deverá manter Acompanhamento Psicológico de forma regular por tempo indeterminado*» (cit).

A 20 de Julho de 2021, rececionou a CPCJ a informação clínica, elaborada pela Assistente Social e Terapeuta Familiar, Dra. S e pela pedopsiquiatra, Dra. B.

Conforme consta daquela, o Tomás é seguido no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Centro hospitalar Z, «*por quadro de tristeza e comportamentos autolesivos (...) Percebemos um jovem algo imaturo e com alguma impulsividade, que carece de ter o seu tempo ocupado com atividades lúdicas e outras. Carece também de tempo com adultos de referência que cimentem a sua segurança e autoestima e em simultâneo fomentem gradualmente a sua autonomia. O quadro clínico tem vindo a comprometer a dinâmica relacional, em contexto familiar e escolar, e o investimento académico – com períodos de*

incumprimento da frequência escolar (...) O projeto terapêutico proposto inclui consultas de psiquiatria da infância e da adolescência, com intervenção terapêutica individual e familiar (recentemente em conjunto com a Dra. T) e psicofarmacologia. Tem indicação para manter a psicoterapia (Dra. A). O Pai tem sido colaborante e assíduo com o projeto terapêutico. A evolução clínica tem sido globalmente positiva, apesar de haver fragilidades temperamentais do Tomás e fragilidades nas dinâmicas da família, que ainda carecem de manter apoio e intervenção clínica.» (cit)

Quanto à saúde mental do pai: o Paulo assume que tem passado por períodos difíceis e emocionalmente mais frágeis e que alguns dos desafios com que se tem deparado ao longo do desenvolvimento dos seus filhos, o têm feito questionar-se se será capaz de os superar e de estar à altura das exigências e circunstâncias familiares. Não obstante, pai Paulo afirma, neste contexto, que é um homem de luta e que perante as adversidades, procura encontrar o lado positivo e as oportunidades que as mesmas podem, na maior parte dos casos, representar.

Ainda assim, sendo também consciente das suas fragilidades, Paulo iniciou acompanhamento psicológico regular com a Dra. M, do hospital O, o qual foi mantendo até ao início de 2021. Nesse período passou a sentir-se melhor, com força e energia, e pelas circunstâncias de ter de ter de conciliar as consultas do Tomás com o seu trabalho, acabou por decidir interromper o seu próprio acompanhamento.

De acordo com o pai, também as consultas de Terapia Familiar realizadas no hospital o têm ajudado de forma bastante significativa na sua crescente capacidade de adotar estratégias parentais mais eficazes e ajustadas, sobretudo na relação com o seu filho Francisco, facto que tem vindo a produzir efeitos em toda a dinâmica familiar.

Em contacto telefónico estabelecido em julho de 2021 com o pai do Tomás e do Francisco, o Paulo informou que o filho Francisco estava também a comparecer a algumas consultas de terapia familiar, registando-se, na sequência desta intervenção, algumas melhorias na relação/comunicação intrafamiliar.

No que se refere à Situação Escolar, o Tomás frequentou a escola de cariz militar entre o 4º e o 8º ano de escolaridade. De acordo com a informação prestada pelo pai em sede de entrevista, o Tomás apresenta insucesso escolar desde a morte da mãe.

Considerando as características da escola de cariz militar e as necessidades específicas do Tomás, em particular ao nível da saúde mental, foi proposto ao Tomás, a alteração de estabelecimento de ensino. Desta forma, depois de conversar com ambos os filhos e dado que Francisco estava também a revelar algumas dificuldades na escola de cariz militar, o pai e os filhos, decidiram pela transferência dos dois para a EB 2/3 X.

Em contacto estabelecido pela gestora do PPP a 29 de julho de 2021, o pai Paulo referiu que esta mudança de escola estava a provocar ansiedade no Tomás. Este quadro clínico, estava também a ser alvo de reflexão e preparação nas consultas de Terapia Familiar.

Face à informação apurada, não obstante o facto de se identificarem fragilidades ao nível da saúde mental do Tomás, bem como na dinâmica relacional entre os elementos que compõem o seu agregado familiar, verifica-se que o Tomás tem realizado os acompanhamentos necessários à sua estabilização psicoemocional e comportamental (nomeadamente em consulta de psicologia, pedopsiquiatria e terapia familiar) e que o seu pai se tem revelado como um cuidador consciente, atento, interessado, protetor e proativo, priorizando a saúde e a segurança do Tomás e diligenciando de forma colaborante, autónoma, eficaz e consistente, no sentido de responder de forma adequada e pronta às necessidades do seu filho, sendo estes os resultados possíveis e

expectáveis neste intervalo de tempo, no qual terminará a intervenção da CPCJ e do tempo do estágio do estagiário de psicologia.

Diagnóstico diferencial

Relativamente ao Tomás, encontra-se sintomatologia ou sinais de psicopatologia: (i) isolamento social continuado durante pelo menos quatro meses, (ii) sentimento de vazio interior durante pelo menos seis meses, (iii) anedonia presente durante pelo menos quatro meses, (iv) consumo em registo de alteração entre restrição e consumo excessivo alimentar durante pelo menos doze meses, (v) comportamentos autolesivos com intenção dúbia - suicidários ou não suicidário (tomada de comprimidos à disposição em casa mas procurando informar os outros que o faria ou o fez nas redes sociais, expressando uma narrativa de morte mas sem querer efetivamente morrer) durante pelo menos doze meses, (vi) alterações de humor - tendencialmente para a irritabilidade - de frequência não semanal, mas de intensidade elevada, durante pelo menos quatro meses, e (vii) dificuldades na escola durante pelo menos quatro meses, entre elas o sentimento de não pertença ao nível de exigência militar, inatividade por desmotivação relativa ao grupo de pares, dificuldade em acompanhar aulas *online* (tanto por desinteresse como por efeito secundários da medicação), e não compreensão da matéria lecionada, resultando em notas baixas e numa desacreditação da sua própria capacidade.

É atribuído ao Tomás, pela Dra. P, o diagnóstico de Perturbação de Personalidade sem especificar qual cluster ou se pertencente a de outro tipo. Mediante uma falta de detalhe e especificações neste diagnóstico, ter tido sete sessões de contacto, do estagiário de psicologia e o Tomás, e ter como princípio que um diagnóstico não é estanque no tempo, é possível colocar as seguinte hipóteses diagnósticas: (a) Perturbação de Personalidade Dependente (Cluster C), (b)

Perturbação Depressiva Major (Episódio Único ou Recorrente Moderado-grave), (c) Perturbação de *Stress* Pós-traumático, e (d) Perturbação Aguda de *Stress*.

Relativamente à hipótese (a), esta perturbação [301.6 (F60.7)] é caracterizada por “uma necessidade global e excessiva de ser cuidado, que lava à submissão, viscosidade e angústia de separação, começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco ou mais de oito sintomas. Estes oito sintomas são (1) a dificuldade em tomar decisões do dia-a-dia sem aconselhamento excessivo e reasseguramento pelos outros, (2) a necessidade de transferir responsabilidades para outros na maioria das áreas importantes da sua vida, (3) a dificuldade em expressar desacordo com outros por medo de perder suporte ou aprovação (sem incluir receios realistas de desforra), (4) a dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por sua conta pela ausência de confiança no seu julgamento ou capacidades mais do que por ausências de motivação ou energia, (5) o esforçar-se excessivamente para obter cuidados e apoio dos outros ao ponto de se oferecer como voluntário para tarefas desagradáveis, (6) o sentir-se desconfortável ou desamparado quando sozinho por medo exagerado de ser incapaz de cuidar de si próprio, (7) a procura urgentemente outra relação como fonte de suporte quando uma relação íntima termina, e (8) a preocupação irrealista com medo de ser deixado entregue a si próprio” (DSM-5, pp. 330 - 331).

O Tomás apresentava o sintoma (1) pela dificuldade em tomar decisões no dia a dia, embora se deva registar também, que o Tomás tem 14 anos e estava a frequentar uma escola de cariz militar, assim e neste contexto, o dia a dia era organizado em tarefas, ações, roupas, grupos de pares, e demais dinâmicas diárias pela ação/ orientação pedagógica da escola. Igualmente estão presentes o sintoma (2) e (3), com a mesma ressalva de análise uma vez que a frequência escolar de aprendizagem militar foi de 4 anos. Referente aos sintomas (5) registamos a

necessidade do Tomás em necessitar de obter cuidados e apoio dos outros ao ponto, embora não de forma muito evidente nem excessiva, e não há evidências nem relatos de que alguma vez se preste a fazer tarefas desagradáveis para obter em troca tais cuidados. O Tomás sente-se desconfortável ou desamparado, que parcialmente se enquadra no (6) sintomas mas não evidencia alteração de sintomas quando sozinho. No que se refere a relações íntimas, descritas no (7) não foi possível aferir, se o Tomás procura outra relação como fonte de suporte quando uma relação íntima termina, dado a sua idade e pouco acesso às dinâmicas sócio/militares que vivenciava na escola. Igualmente, não registamos a preocupação irrealista com medo de ser deixado entregue a si próprio, (8).

Relativamente à hipótese (b), esta perturbação [296.99 (F34.8)] é caracterizada por cinco critérios. O primeiro critério exige que estejam “presentes cinco ou mais dos seguintes sintomas durante um período de pelo menos duas semanas consecutivas, ao simultaneamente representarem uma alteração do funcionamento prévio do indivíduo. Pelo menos um dos sintomas devem ser o humor deprimido ou perda de prazer ou do interesse para perfazer este diagnóstico. Os sintomas são (1) humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado pelo relato subjetivo e/ou pela observação de outros, (2) diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias igualmente indicado por autorrelato ou pela observação de outrem, (3) perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento do peso significativos, ou diminuição ao aumento do apetite quase todos os dias, (4) insónia ou hipersónia quase todos os dias, (5) agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias que é possível de ser observável pelos outros, ou seja, o autorrelato de se sentir agitado ou lentificado, (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias, (7) sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser

delirante) quase todos os dias que vão além da auto-censura ou sentimentos de culpa por estar doente, (8) diminuição da capacidade de pensar ou de concentração ou frequente indecisão quase todos os dias pelo relato subjetivo ou pela observação de outros, e (9) pensamentos de morte recorrentes que não são relativos exclusivamente ao medo de morrer, ideação suicida recorrente sem plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para o cometer” (DSM-5, pp. 94-95).

Em análise dos sintomas podemos com clareza afirmar que o Tomás tem (1) humor deprimido durante a maior parte do dia, em todos os dias. verifica também (2) diminuição clara do interesse ou prazer em todas. (3) diminuição e ou aumento do apetite quase todos os dias.

Apresenta (6) fadiga ou perda de energia todos os dias, e (7) sentimentos de desvalorização com a (8) diminuição da capacidade de pensar ou de concentração e principalmente (9) pensamentos de morte recorrentes. Não foi possível aferir a higiene do sono do Tomás nem a existência de (4) insónia ou hipersónia, nem há relatos de descrição do próprio de (5) agitação ou lentificação psicomotoras.

O segundo critério exige que “os sintomas causem mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer área importante do funcionamento” (DSM-5, p. 95). O Tomás apresentou vários indícios de défice social e ocupacional, mesmo em contexto de regime escolar externo e militar. Apresentou inequivocamente sintomas de mal-estar clinicamente significativo.

O terceiro critério exige que “o episódio não seja atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica” (DSM-5, p. 95). Se este, conjuntamente com o primeiro critério, se verificarem, estamos perante um episódio depressivo major. É de notar que

respostas de luto não necessariamente significam a presença de um episódio deste tipo, mas não deve ser excluído. Para ser feita a distinção é necessário considerar que o sentimento predominante no luto é o de vazio e de perda, enquanto num episódio depressivo major é o de humor deprimido persistente e a incapacidade de sentir alegria/ prazer, não estando veiculado a pensamentos específicos ou preocupações (ao contrário do luto que se foca na perda ou morte do algo ou alguém em questão). No luto há a capacidade de experienciar emoções de cariz positivo, o que não acontece num episódio depressivo major, sendo que neste as emoções são de infelicidade penetrante, inutilidade, inferioridade, incapacidade de lidar com o que sente ou com o que se passa, e miserabilismo, acompanhadas por pensamentos e rumações de autocrítica e pessimismo. Assim sendo, é comum a ideação suicida e/ou comportamentos autolesivos, podemos afirmar que com este rigor de exatidão o Tomás tem a sintomatologia descrita neste terceiro critério.

O quarto critério exige que “a ocorrência de um episódio depressivo major não seja melhor explicado por uma perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas” (DSM-5, p. 96). Este quarto critério é verificado neste caso.

O quinto critério exige que “nunca tenha existido um episódio maníaco ou hipomaníaco. No entanto, esta exclusão não se aplica se todos os episódios hipo ou maníacos foram induzidos por substâncias ou atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica” (DSM-5, p. 96). O Tomás cumpre este quinto critério.

Relativamente à hipótese (c), esta perturbação [309.81(F43.10)] é caracterizada por oito critérios. O primeiro critério exige que pode surgir no seguimento da exposição a ameaça de

morte, morte real, ferimento grave ou violência física e/ou sexual numa ou mais das seguintes quatro formas: (1) exposição direta a acontecimento(s) traumático(s), (2) testemunhar presencialmente acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas, (3) tomar conhecimento de que o(s) acontecimento(s) traumático(s) ocorreu(ram) a familiares ou amigos próximos (nos casos de ameaça de morte ou morte real de um familiar ou amigo, o(s) acontecimento(s) deve(m) ter sido violento(s) ou acidental(is), ou (4) exposição repetida ou extrema a pormenores aversivos do(s) acontecimento(s) traumático(s).

Após análise, avaliamos a verificação de alguns sintomas deste primeiro critério, concretamente a exposição direta ao acontecimento da morte da mãe, consciencializado como traumático. Não testemunhou presencialmente os acontecimentos, mas ao tomar conhecimento e consciência do suicídio da mãe interpretou-o como violento.

O segundo critério exige que exista a presença de um ou mais dos seguintes sintomas intrusivos cujo início é posterior ao(s) acontecimento(s) aos quais estão associados: (1) lembrança do(s) acontecimento(s) traumático(s) que causam mal-estar e que são intrusivos involuntária e recorrente, (2) ocorrência de sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com o(s) acontecimento(s) traumático(s), (3) reações dissociativas que podem ocorrer num contínuo - sendo que a expressão mais intensa envolve a perda completa de consciência do ambiente envolvente - nas quais o indivíduo sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivesse(m) a ocorrer novamente, (4) mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simboliza ou se assemelham a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s), e (5) reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos internos ou externos que simboliza ou se assemelham a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s). no que se refere a este segundo

critério, o Tomás manifesta sintomas, como a recordação do acontecimento traumático, e os demais sintomas deste segundo critério não são nem frequentes nem intensos na sua existência.

O Tomás manifesta frequentemente (1) lembrança do(s) acontecimento(s) traumático(s), assim como a existência de (4) mal-estar psicológico intenso e prolongado, não se verificando de forma significativa os restantes sintomas.

O terceiro critério exige o evitamento persistente dos estímulos associado(s) ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início após o(s) acontecimento(s), como indicado na existência de um mais dos seguintes sintomas: (1) evitamento ou esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) ou com este intimamente relacionados, e (2) evitamento ou esforço para evitar estímulos externos que despertam memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente associados. Não foi aferida a existência ou não de evitamentos persistentes, por serem necessárias mais sessões de contato com o Tomás, de forma a avaliar os mesmos.

O quarto critério exige a presença de alterações de cariz negativo nas cognições e no humor em associação ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou com agravamento após o(s) acontecimento(s), como é indicado pela presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: (1) incapacidade para lembrar um aspecto importante do(s) acontecimento(s) traumático(s), tipicamente devido a amnésia dissociativa e não devido a outros fatores como traumatismo cranioencefálico ou consumo de substâncias como álcool e drogas, (2) crenças ou expectativas sobre o próprio ou outros ou o mundo exageradamente negativas e persistentes, (3) cognições distorcidas persistentes acerca das causas ou consequências do(s) acontecimento(s) que levam a pessoas a culpar-se ou aos outros pelo sucedido, (4) estado emocional negativo

persistente, como vergonha, culpa, medo, raiva e/ou horror, (5) interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos, (6) sensação de estar desligado ou de estranheza em relação aos outros, e (7) incapacidade persistente de experimentar emoções positivas como felicidade, satisfação e sentimentos amorosos.

Neste quarto critério o Tomás regista sintomas de crenças persistentes e negativas na sequencia da percepção do suicídio da sua mãe, culpando-se pelo acontecimento, de ser suicídio e não do acontecimento de morte, desligando-se de emoções positivas ou de felicidade, embora haja outros sintomas em comorbidade a depressão.

O quinto critério exige alterações significativas de ativação e reatividade associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou agravamento após os mesmos, como é indicado por dois ou mais dos seguintes sintomas: (1) comportamento irritável ou acessos de raiva mediante mínima ou ausência de provocação(ões) tipicamente expressos através de agressões físicas ou verbais para com pessoas ou objetos, (2) comportamento imprudente ou autodestrutivo, (3) hipervigilância, (4) resposta de sobressalto exagerada, (5) dificuldade de concentração, e (6) perturbação do sono como dificuldade em adormecer e/ou em manter o sono e/ou ter o sono agitado. Nestes critérios o Tomás tem sintomas de comportamentos de irritabilidade, e não se verificam outros mais sintomas deste quinto grupo. Não foi avaliado com detalhe a higiene do sono, pela utilização de serem seções tendencialmente abertas, sem muitas entrevistas semiestruturadas.

O sexto critério exige a duração da perturbação seguida dos segundo, terceiro, quarto e quinto critérios seja superior a um mês, não se tendo verificado neste caso toda essa métrica.

O sétimo critério exige que a perturbação cause mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante. Existindo no caso do Tomás este sétimo critério, entendemos este ser possível por outros sintomas que não meticulosamente e rigorosamente os descritos anteriormente.

O oitavo critério exige que a perturbação não seja atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica. Deve especificar-se a presença de sintomas dissociativos de forma recorrente ou persistente: (1) despersonalização, e/ou (2) desrealização. E deve também especificar-se se o período de início da sintomatologia foi/é tardio, ou seja, os critérios de diagnóstico não são preenchidos até pelo menos seis meses após o acontecimento fator de *stress* ocorrer. Não sendo verificável por limitação de tempo da intervenção no caso.

Relativamente à hipótese (d), esta perturbação [308.3 (F43.0)] é caracterizada por cinco critérios. O primeiro critério é igual ao primeiro critério da Perturbação de *Stress* Pós-traumático.

O segundo critério exige a presença de nove ou mais dos seguintes sintomas de qualquer uma das cinco categorias, não verificáveis neste caso em concreto. Relativamente à categoria 1 - "Sintomas Intrusivos -, existem quatro sintomas: (1) lembranças intrusivas, involuntárias e recorrentes do(s) acontecimento(s) traumático(s) que geram mal-estar, (2) sonhos recorrentes que geram mal-estar nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com o(s) tais acontecimento(s), (3) reações dissociativas que podem ocorrer num contínuo - sendo que a expressão mais intensa envolve a perda completa de consciência do ambiente envolvente - nas quais o indivíduo sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivesse(m) a ocorrer novamente, e (4) mal-estar psicológico intenso ou prolongado ou intensas reações fisiológicas com a exposição a estímulos internos ou externos que simboliza ou se assemelham a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s). Relativamente à categoria 2 - Humor Negativo -,

existe um sintoma: (1) incapacidade persistente para vivenciar emoções positivas como felicidade, satisfação e/ou sentimentos amorosos” (DSM-5, pp. 151-152). Estes são verificados no Tomás. Relativamente à categoria 3 - “Sintomas Dissociativos -, existem dois sintomas: (1) uma sensação alterada da realidade do ambiente que envolve o indivíduo como sentir-se lentificado, desorientado, ver-se a si próprio de outra perspectiva, entre outros exemplos, e (2) incapacidade para lembrar um aspecto importante do(s) acontecimento(s) traumático(s) tipicamente devida à amnésia dissociativa e não devida a outros fatores como traumatismo cranioencefálico ou consumo de substâncias como álcool e drogas” (DSM-5, p. 152). Estes não se verificam no Tomás.

Relativamente à categoria 4 - “Sintomas de Evitamento -, existem dois sintomas: (1) esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções geradoras de mal-estar sobre o(s) acontecimento(s) associados, e (2) esforço para evitar lembranças externas que despertam memórias, pensamentos ou emoções geradoras de mal-estar sobre o(s) tal(is) acontecimento(s)” (DSM-5, p. 152). Estes são pouco observáveis no caso do Tomás.

Relativamente à categoria 5 - “Sintomas de Ativação -, existem cinco sintomas: (1) perturbação do sono, como a dificuldade em adormecer ou manter o sono e/ou ter o sono agitado, (2) comportamento irritável ou acessos de raiva mediante mínima ou ausência de provocação(ões) tipicamente expressos através de agressões físicas ou verbais para com pessoas ou objetos, (3) hipervigilância, (4) dificuldade de concentração, e (5) resposta de sobressalto exagerada. verificável o sintoma (2) neste caso” (DSM-5, p. 153).

O terceiro critério exige que “a duração da perturbação segundo os sintomas do segundo critério seja permanente de três dias a um mês após a exposição ao(s) acontecimento(s) traumático(s)” (DSM-5, p. 153). Não verificado na descrição deste caso.

O quarto critério exige que “a perturbação cause mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante, rigorosamente registado neste caso” (DSM-5, p. 153).

O quinto critério exige que “a perturbação não seja atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica, e que não seja melhor explicada pela perturbação psicótica breve” (DSM-5, p. 153), o que aparenta ser o caso.

Em suma, a Perturbação Depressiva Major é a mais ajustada à realidade dos sintomas verificados e sinais apurados. Relativamente à intensidade da perturbação (ligeiro, moderado ou grave), de modo a traduzir a sua gravidade atual, no caso do Tomás é moderado [296.22 (F32.1)] (DSM-5, p. 114). Relativamente ao seu conteúdo, segue uma formulação típica. Por último, relativamente à sua frequência, não se verifica remissão total ou parcial, sendo uma sintomatologia continuada, isto é, sem episódio(s) (único ou recorrentes).

Capítulo V – Discussão e Conclusões

5.1. Discussão

Face ao descrito anteriormente, discutido mais detalhadamente e focado neste capítulo, ficam apresentadas reflexões, e indicadores sobre a inegável relevância que a intervenção de um psicólogo, preferencialmente de abordagem clínica e da saúde, tem nas ações do segundo nível de intervenção no atual sistema de proteção de crianças e jovens em perigo, para fomentar a subsistência da saúde e do bem-estar das crianças e jovens vítimas de abusos ou maus-tratos.

Procuraremos assim evidenciar, quais os contributos diferenciadores que a intervenção de um psicólogo clínico e da saúde pode disponibilizar numa Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, nas seguintes situações: na promoção dos direitos da criança, na prevenção de situações de perigo e sua remoção, e de que forma tais contributos podem ajudar na manutenção da saúde e do bem-estar, reduzindo o sofrimento psicológico, das crianças e jovens vítimas de abusos, maus-tratos e outros fatores de perigo.

Com as ações e atividades realizadas, e o seu respetivo registo neste documento, foi atingido o objetivo geral de demonstrar qual é a relevância da intervenção de um psicólogo numa CPCJ, explorando a pertinência de algumas intervenções da psicologia de abordagem clínica no segundo nível de intervenção do atual sistema de proteção de crianças e jovens em perigo, para fomentar a subsistência da saúde e do bem-estar das crianças e jovens vítimas de abusos ou maus-tratos.

Em relação aos objetivos específicos das ações do estágio, podemos afirmar que atualmente são conhecidas e foram realizadas atividades da competência do gestor de processos, que analisaremos na atividade n.º 1. O objetivo de conhecer, participar e/ ou dinamizar campanhas de sensibilização para alteração de comportamentos e /ou da percepção de

necessidade de promover os direitos e reduzir os riscos, foi atingido com a realização da atividade, nº 7 e nº 8. Com a realização das atividades nº 1 e nº 2, foi percebido e feita a integração na equipa interdisciplinar da CPCJ, e conhecido e implementando o seu o funcionamento, mesmo adaptado, a presencial e on-line, resultado do desdobramento desta equipa pela situação pandémica. Outro objetivo geral do estágio foi atingido com a realização da atividade nº 1 e refere-se ao aprofundar o conhecimento de como se recolhem dados e completam diagnósticos, a partir da relação aceite, não invasora com os intervenientes. Foram aumentados os conhecimentos de alguns dos serviços, de algumas entidades, respostas sociais, clínicas, que intervêm no primeiro e no terceiro nível de intervenção. Foram igualmente aprofundados os conhecimentos de algumas funções do ministério público neste contexto, resultado da interação deste com a CPCJ acolhedora do estágio, da verificação das tarefas e da explicação da equipa e presidente da comissão.

Foi possível também, e com relativa facilidade, estabelecer relação, mantê-la com os intervenientes de cada um dos casos. Mas foram encontradas dificuldades no saber desligar da relação com as crianças, jovens e alguns intervenientes em alguns processos. Independentemente de ser por terminar o tempo de estágio, por motivos de interrupção por motivos de saúde, por finalizada a intervenção e arquivamento do processo ou por estar a decorrer a aplicação de uma medida e haver necessidade de saber como está tudo a correr. Porém, nos casos em que foi realizada a intervenção do estagiário, (supervisionado) podemos afirmar que foram inequivocamente propor alterações de comportamentos e cognições de alguns intervenientes.

Se de uma forma mais geral, descrevemos e avaliamos se foram ou não atingidos os objetivos gerais e específicos do estágio, importa também discutir e concluir o impacto que o estágio teve no estagiário, nas suas skills, e assim referente aos objetivos referentes a

competências do estagiário, podemos agora afirmar que foram eficazes os ajustes da relação: de cariz terapêutico, entre profissional /estagiário e os intervenientes nos processos; e de cariz relacionado ao ambiente profissional, estando presente ao longo do estágio um ambiente agradável, por vezes tenso quando alguns casos necessitavam de intervenção emergente. O ambiente foi igualmente agradável e saudável a um nível micro entre colegas e macro com a instituição e população com quem se trabalhou.

Para além dos referenciais teóricos descritos no capítulo I deste documento e descritos no subcapítulo de enquadramento de estágio, foram aprofundadas abordagens teóricas, na estruturação de ações e atividades, como a atividade n.º 7, n.º 8 e atividade n.º 1, em particular as abordagens clínicas. A necessidade de na gestão dos processos e na aplicação de atividade de sensibilização se desejar uma alteração de comportamentos e de tomada de consciência e de aprofundamento de conhecimentos, a abordagem cognitiva-comportamental fornece linhas importantes para a ação.

Mas intervir com crianças, em perigo, em que a sua tendência atualizante está comprometida, no que se possa entender como livre, equilibrada e em contexto segurizante, carece de outra abordagem complementar a cognitiva-comportamental.

Esse ambiente condiciona, segundo a teoria centrada no cliente, o *self*, a noção que a criança e jovem terá de si, comprometendo a sua autorrealização que se quer bio-psico-sócio-cultural e ambientalmente saudável.

Além disso, as atitudes necessárias, definidas nestas teorias são suficientes para garantir uma intervenção centrada na criança e com foco no seu superior interesse, na individualidade de ser que esta é. Mas esta criança está no *centro* da intervenção, de um conjunto de holons, de

sistemas que com ela mudam articuladamente e interdependentemente. Podemos paralelamente analisar o apêndice A, que apresenta um esquema de intervenção sistêmica no perigo.

Além da necessidade de se conhecer ou estudar estes sistemas, que abordagem sistêmica no balizar de ações, importa também pensar em heranças intergeracionais que estão presentes na vida social e psicológica das crianças e jovens, conhecer os sistemas familiares e /ou comunitários em que o menor está inserido.

A compreensão do funcionamento dos sistemas familiares e sistemas comunitários, importa para garantir uma maior eficácia nas ações e avaliações da garantia da existência de direitos e inexistência de risco.

Outras abordagens foram parcialmente estudadas, para a atividade de tertúlias para pais, importou analisar referenciais de grupos de ajuda mútua, da importância de aprender com os pares. Mas para reduzir o risco de não haver bom quebra-gelo, ou tema livre nas sessões, importava conhecer o psicodrama, que poderia alimentar o delineamento a realização adequada de roleplaying, sendo os participantes a assumir uma personagem situação.

Ou até abordagem de psicoeducação, no sentido de que a vítima de maus-tratos ou abuso está doente, sendo necessário uma abordagem terapêutica, realizada por um psicólogo preferencialmente com uma especialidade avançada é recomendada a partir deste relatório na área da saúde, que vise desenvolver na criança e no jovem, nos seus cuidadores, a ampla difusão dos conhecimentos que devem ter sobre esta doença e todos os procedimentos para o seu tratamento.

Entendemos como descrito no capítulo I, a saúde, seja social, física mental, individual, familiar ou comunitária como mais do que a ausência de doença ou enfermidades, mas sim como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, assim sendo está doente, ou se

preferirmos está incompleto no seu bem estar físico, mental e social, todo o cidadão, mais especificamente o cidadão menor de dezoito anos vítima de abuso, maus-tratos e outras situações de perigo.

Podemos questionar se quando intervimos na saúde, ou na falta desta, é ou não cumprida a constituição portuguesa, concretamente quando dezenas de milhares de crianças, são maltratadas, abusadas e incapazes de sozinhas, porem termo às situações de perigo, sem que haja anualmente nas últimas duas décadas redução significativa destes valores.

Seja pelo facto da sociedade e do estado não cumprirem o dever de proteger, as crianças e os jovens, especificamente por não garantirem o direito fundamental da saúde a todos, nem o conhecimento que este é um direito fundamental, para além do funcionamento do serviço nacional de saúde, e com a obrigatoriedade de todos o defenderem e garantirem.

Quer também pelo facto, de o estado, não garantir sempre as nomeações, ou nomeações atempadas dos representantes dos ministérios, que por imperativo legal devem constituir as CPCJ's, como é o caso do dever existir um médico ou enfermeiro por cada CPCJ, com a afetação de tempo que permita a gestão de casos e participação nas reuniões de modalidade alargada.

Fica também notório, pelas evidências e número de casos referenciados todos os anos ao segundo nível, que existem dezenas de milhares de casos de abusos e maus-tratos. Muitos, muitos, e muitos mais estarão referenciados no primeiro e terceiro nível, e muitos outros casos no silêncio dos desconhecimentos que acontecem na sociedade portuguesa.

As campanhas de sensibilização, são absolutamente necessárias. Há a necessidade também de idealizar, avaliar, implementar e (re)estruturar, programas, instrumentos, materiais lúdicos de dinâmicas para que uma relação com os pares e /ou com o orientador (psicólogo) altere perceções, sentimentos e comportamentos.

Em relação aos objetivos gerais das atividades de gestão de processos foram adquiridas e reforçadas as competências na avaliação e acompanhamento dos casos.

O objetivo de identificar e acompanhar os processos desde o momento da apresentação da sinalização que lhes deu origem (abertura de processo), à sua instauração, avaliação, acompanhamento e arquivamento, liminar ou pós-avaliação diagnóstica ou pós aplicação de Medida, podemos considerar alcançado.

Foram também quatro vezes apresentados casos, pelo estagiário, na reunião restrita e discutidos casos de toda a equipa, nas quais o estagiário estava presente, (on-line), permitindo, assim, conhecer outros processos.

Referente aos objetivos das atividades de empoderamento técnico, poucos foram os objetivos alcançados, de destacar apenas o registo de vinte e um processos na aplicação informática nacional.

Já referente ao objetivos gerais das atividades de prevenção e sensibilização foram alcançados os objetivos de: Criar instrumentos e canais que aumentem a consciência, o conhecimento, a partilha e contribuam para a alteração de comportamentos; Potencializar formas de treino e educação sensorial; Pensar e proporcionar momentos e reflexões sobre responsabilidades parentais, familiares de forma a reajustar comportamentos, com a metodologia e resultados apresentados no capítulo anterior deste trabalho. Foram também ao longo do estágio surgindo um conjunto de questões, algumas das quais respondidas com a realização de ações e atividades.

Uma questão referia-se à envolvência da família e da comunidade na intervenção, e como se interviria com a mesmo quando nas situações em que era esta família a causadora de perigo. Ao longo das situações do estágio, nenhuma família retirou ou recusou a autorização da

intervenção. Foi claro e suficientemente informado, de que a intervenção da CPCJ só seria permitida com a autorização dos pais e a não oposição do jovem maior se maior de doze anos, e todos os processos trabalhados sempre a deram.

Assim interpretamos que para além da aceitação da intervenção da CPCJ, cada um dos intervenientes na sua medida reconheceu a importância da intervenção como necessária e benéfica, sentimentos reforçados pela envolvência dos mesmos na resolução dos problemas, listagem de recursos, entre mais indicadores.

Com todas estas e outras evidências concluimos que após na larga maioria dos casos após a aceitação da intervenção e com a metodologia de em conjunto com a mesmo se procurar a resolução das questões causadores de mal estar, sofrimentos e /ou perigo aceitação, pode aumentar o contacto psicológico a incongruência, a receptividade da intervenção, tornando mais nítida outras questões mais internas de cada um.

Uma outra questão remete-nos a forma como a equipa e a psicologia poderiam contribuir para que não surjam novos casos, e /ou novas complexidades dos existentes. Está sendo muito importante em todas as modalidades da CPCJ, recai mais sobre a modalidade alargada, (embora desta também façam parte alguns elementos ou entidades da restrita).

Entendemos que o volume processual de cada gestor de processos é muito elevado e que o tempo utilizado para gerir tantos processos e acompanhar, (mesmo que só em reunião restrita) é elevadíssimo.

O volume dos processos de cada elemento da equipa são motivo para que se invista no empoderamento técnico de construção, pesquisa e formação de novos instrumentos, mas também são o motivo para tal investimento fique para depois, para mais tarde.

Os gestores ficam também com pouco ou nenhum tempo para uma representação real e regular semanal ou quinzenalmente do na estrutura do organismo que representa, (nomeadamente de a afetação de tempo for elevada).

Também a quantidade de processos e a complexidade de ações que cada um inclui, não deixa tempo disponível para estudar, estatisticamente, em aprofundamento teórico ações, programas concretos para um maior rigor na prevenção primária.

No entanto, o elemento da equipa restrita mantém o foco na resposta a outra questão que levantamos, referente ao facto de procurarmos saber quais os impactos (bio-sócio) psicológicos que uma intervenção pode causar e como autonomizar pós intervenção, que recursos psicológicos são necessários. Não nos foi possível listar quais os impactos, nem qual o apoio mais específico que a psicologia clínica proporciona às crianças e às famílias com a intervenção da CPCJ. Observamos que na gestão dos processos há um especial cuidado do gestor no pensar como será e que recursos a criança terá para garantir a maior estabilidade possível pós intervenção. A título de exemplo: poderá ser a recomendação de as crianças e/ou seus familiares iniciarem e manterem acompanhamento psicológico no primeiro nível, sendo esta aceite pelos mesmos, ou o reforço da rede de suporte à criança - pessoas idóneas/ elementos com os quais exista uma ligação/ (pré)vinculação emocional e /ou funcional, sendo estas ações o garante da (re)construção sólida de uma nova fase de vida.

Mas e em relação à participação do psicólogo na CPCJ? Que especificidades e contributos poderá um psicólogo proporcionar a uma equipa multidisciplinar e ao seu trabalho na remoção dos fatores de perigo e na superação das situações que afetam gravemente o desenvolvimento integral da criança e do jovem, contribuindo para garantir condições de segurança, educação, saúde e bem-estar?

No referencial teórico do presente trabalho somos orientados a podermos agora discutir, que os psicólogos são fundamentais quer pela sua competência técnica quer formativa para o exercício da sua profissão em processos de articulação interdisciplinar, enquanto profissionais de saúde. Contudo, é importante realçar a inexistência de uma especialização avançada reconhecida que englobe psicologia clínica e da saúde na vertente de apoio à família, à saúde familiar.

O psicólogo da saúde tem pelo menos cinco objetos de trabalho, desde a promoção e a proteção da saúde, a prevenção e o tratamento das doenças, a identificação da etiologia e diagnósticos relacionados com a saúde, que consideramos absolutamente necessários numa intervenção em crise, como a intervenção de segundo nível.

Ainda mais evidente quando a sinalização surge por violência psicológica, violência emocional e psicológica, ou se preferirmos “apenas” violência.

Uma outra ação do psicólogo clínico nas comissões poderia ser o da elaboração de estudo, para contribuir para a formação de técnicos e para repensar os programas de prevenção primária. Principalmente como garantia da não reincidência das situações de perigo e eventual erradicação de riscos na comunidade.

Importa estudar o comportamento e os processos psicológicos dos intervenientes nos processos, compreendendo a pessoa como um todo nas suas interações consigo, com os outros e com o meio envolvente. Esta visão holística espera-se também de um psicólogo neste contexto de intervenção, assim como no contexto de intervenção junto das famílias multiassistidas.

Esta ação terá impactos no indivíduo e na saúde social, para que a comunidade seja saudável, na luta pela remoção do perigo existente na vida dos menores, e redução de riscos.

Para atingir estes objetivos a psicologia clínica e da saúde, poderá dinamizar, programas, projetos de informação, sensibilização, assim como realizar “dinâmicas” terapêuticas / (pré)terapêuticas,

Os fatores de risco para a saúde mental, a exposição a situações estressantes agudas e crônicas, ou maus-tratos, prejudicam gravemente a saúde, é no apoio a equilibração de fatores internos e externos que o psicólogo poderá também desenvolver a sua ação, procurando reduzir, perturbações da ansiedade ou de humor, a redução de abuso do consumo de substâncias, depressão, entre outras.

O bem estar e a saúde ou doença de um elemento da família, condiciona o conjunto dos outros elementos e a interação que existe entre eles, assim como condiciona as orientações causadas de forma não articuladas entre si das múltiplas assistências prestadas às famílias. No entanto, existe um médico e enfermeiro de família, mas não um psicólogo da família, da saúde familiar, referimo-nos à disponibilidade da existência de um psicólogo com uma especialização clínica e da saúde e especialização avançada na saúde familiar, em todas as unidade de saúde familiar, e em articulação permanente com os outros dois clínicos, médico e enfermeiro familiar.

As funções deste psicólogo, visariam o estudo, o apoio na orientação das ações dos elementos da família, sempre que solicitados por estes ou pelos colegas de outros serviços.

Se analisarmos a casa das famílias multiassistidas, estão presentes orientações por vezes não complementares e com prioridades trocadas sobre as ações que a família ou seus elementos devem realizar. Mesmo que originadas por psicólogos que estão, e entende-se bem porquê, focados no seu paciente / cliente.

Os fatores de risco familiares são múltiplos e cumulativos no que concerne à saúde da criança e do jovem, no primeiro nível, unidades de saúde familiar poderiam ser reduzidos com a contribuição do psicólogo de saúde “familiar” e no segundo nível com a intervenção do psicólogo da saúde, em permanência obrigatória do psicólogo clínico na comissão.

A saúde infantil, é extensível para além dos hospitais e centros de saúde ou USF, está no mínimo integrada no organismo de serviços dos Ministérios da Saúde, do Trabalho, da Segurança Social, e da Educação e Ciência, e ao segundo nível nas CPCJ.

No entanto no PNSIJ da DGS, fica claro que os cuidados prestados nesta área devem ser liderados, de preferência, por médicos ou enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica/enfermeiro de família, entrando nessa visão limitada por apenas se referir à psicologia nos Serviços Escolares, SPO e /ou GAAF, nos quais estará preferencialmente a psicologia educacional.

A saúde mental infantil tem impacto na forma como se cresce e na formação de adultos, na qual os maus-tratos são o fator de risco mais importante para a psicopatologia, sendo uma causa fundamental de doenças mentais crónicas.

Foquemos por momentos no estresse crónico ou no trauma repetido, originando um estado de medo persistente nas respostas neuronais envolvidas, na resposta ao medo, moldando a percepção e resposta ao ambiente.

Os maus-tratos a crianças podem levar a alterações estruturais e químicas nas áreas do cérebro envolvidas na regulação da emoção e do stress, para sempre, importa emergentemente nesses casos a intervenção clínica de apoio a quebrar esses laços.

O desenvolvimento cerebral comprometido pode gerar dificuldades na interação entre essas crianças e os outros, na escola, com os adultos, na execução das suas AVD 's.

A possibilidade de serem apresentados estudos de caso clínicos, como no caso deste trabalho, poderá ajudar a organizar a complexidade do caso, perceber de forma organizada e sistematizada a relevância deste para a prática profissional, e da recolha de modelos teóricos que o referenciam, e proporcionar conhecimento de novas formações e competências.

5.2. Conclusão

Concluimos assim, que a obrigatoriedade da existência de um psicólogo clínico e da saúde nas CPCJ's, será relevante e necessária, além de um valor elevado e acrescido para a saúde, na promoção do desenvolvimento integral dos cidadãos e na regulação da saúde e do bem-estar das crianças e jovens, vítimas de abusos ou maus-tratos.

5.3. Limitações

O contexto pandémico limitou a realização de algumas ações e atividades, como foi o caso das atividades de empoderamento técnico. Ademais, restringiu a própria presença no local de estágio por motivos pessoais de doença e hospitalização.

O acesso a dados contextualizadores de natureza estatística, apesar de disponíveis, são feitos à mão ou em formato PDF, dificultando a sua operacionalização. A sistematização da recolha, meios de recolha e standardização da sua apresentação para presentes e futuras análises de foro ou investigativo puro ou interventivo.

É notada também uma escassez, apesar do elevado número de instrumentos disponíveis, ao nível de recursos organizadores orientadores do trabalho encurtadores de tempo para os técnicos e profissionais, como uma atualização do guia de recursos numa espécie de CRM (*Customer Relationship Management*), ou seja, criar base de dados para pesquisa rápida mediante campos previamente definidos e capaz de ser constantemente atualizada (com respetivas atualizações), assim como um histórico dos contatos feitos por cada utilizador.

Referências bibliográficas

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2022, maio 1). *Saúde Infantil*.
arslvt.min-saude.pt/pages/304
- APA. (n.d.). APA Dictionary of Psychology: Anamnesis. dictionary.apa.org/anamnesis
- Bagley, C., Wood, M., & Young, L. (1994). Victim to abuser: Mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse & Neglect*, 18(8), 683-697. 10.1016/0145-2134(94)90018-3
- Barth, R. P. (2009). Preventing child abuse and neglect with parent training: Evidence and opportunities. *The Future of Children*, 95-118. 10.1353/foc.0.0031
- Child Welfare Information Gateway. (2019). Parent Education to Strengthen Families and Reduce the Risk of Maltreatment. childwelfare.gov/
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological bulletin*, 143(9), 939. 10.1037/bul0000110
- Danese, A., & Baldwin, J. R. (2017). Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual review of psychology*, 68, 517-544. 10.1146/annurev-psych-010416-044208
- De Fruyt, F., & De Clercq, B. (2014). Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: Toward an integrative developmental model. *Annual review of clinical psychology*, 10, 449-476. 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153634
- Decreto Lei n.º 139/17 do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2017). Diário da República: I Série, nº 217. dre.pt/application/conteudo/114177786

- Decreto Lei n.º 159/15 do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2015). Diário da República: I Série, n.º 157. dre.pt/application/conteudo/69977689
- Decreto-Lei n.º 241/94 Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde dos Serviços. (1994). Diário da República: I Série A, n.º 220/1994. dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/241-1994-60444
- Decreto-Lei n.º 281/2009 Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2009). Diário da República: I Série, n.º 193/2009. dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397
- Despacho n.º 11347/2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). Diário da República: II série, n.º 247. dre.pt/dre/detalhe/despacho/11347-2017-114412218
- Despacho n.º 31292/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: II série, n.º 236/2008. dre.pt/dre/detalhe/despacho/31292-2008-975648
- Dillon, D. G., Holmes, A. J., Birk, J. L., Brooks, N., Lyons-Ruth, K., & Pizzagalli, D. A. (2009). Childhood adversity is associated with left basal ganglia dysfunction during reward anticipation in adulthood. *Biological Psychiatry*, 66, 206–213. [10.1016/j.biopsych.2009.02.019](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.02.019)
- Direção-Geral da Saúde. (2022, maio 1). *Porque se fala em saúde mental?*. dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx
- Doron, R. & Parot F. (2001). *Dicionario de psicologia*. Climepsi Editores.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. [10.1542/peds.111.3.564](https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564)
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive medicine*, 37(3), 268-277. [10.1016/S0091-7435\(03\)00123-3](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00123-3)
- Eastwood, M. R. & Ross, H. E. (1974). The Reliability of the Psychiatric Anamnesis. *The British Journal of Psychiatry*, 124(4), 357–358. [10.1192/bjp.124.4.357](https://doi.org/10.1192/bjp.124.4.357)

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. 10.1126/science.847460
- Enrique, J., Howk, H., & Huitt, W. (2007). An overview of family development. *Educational Psychology Interactive*, 2, 1-18. edpsycinteractive.org/papers/family.pdf
- Fidel, R. (1984). The case study method: A case study. *Library and Information Science Research*, 6(3), 273-288.
- Finn, D. P., Viveros, M. P., & Marco, E. M. (2012). The endocannabinoid system and emotional processing: pathophysiology and therapeutic potential. *Journal of Psychopharmacology*, 26(1), 3-6. 10.1177/0269881111428526
- Flyvbjerg, B., Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). The sage handbook of qualitative research. *Thousand Oaks, CA: Sage*, 4(17), 301-316. us.sagepub.com/en-us/nam/node/52625/print
- Foreign, Commonwealth & Development Office. (9 de novembro, 2020). Guidance for victims of domestic violence in Portugal. gov.uk/government/publications/portugal-information-for-victims-of-domestic-abuse/guidance-for-victims-of-domestic-violence-in-portugal
- Frank R. (2011) Premorbid Personality. In: Kreutzer J.S., DeLuca J., Caplan B. (Eds.). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer. 10.1007/978-0-387-79948-3_2056
- Gabinete de Estudos Técnicos. (2016, Fox, N. A., & Shonkoff, J. P. (2012, February). How persistent fear and anxiety can affect young children's learning, behaviour, and health. In *Social and economic costs of violence: Workshop summary* (p. 69). National Academies Press.
- Abril). *O Perfil dos Psicólogos na Saúde*. Ordem dos Psicólogos. recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/o_perfil_dos_psic__logos_da_sa__de.pdf
- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I., & Farrelly, S. (2001). Cycle of child sexual abuse: Links between being a victim and becoming a perpetrator. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 482-494. 10.1192/bjp.179.6.482

- Gomes, A. (2018). *Estudo de Caso: Análise Clínica da História de Vida* [PowerPoint]. Aula presencial de Licenciatura em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Gomes, W. B. (2009). A Tradição em Avaliação Psicológica no Rio Grande do Sul: A Liderança e a Referência de Jurema Alcides Cunha. Em C. S. Hutz (Ed.), *Avanços e Polêmicas em Avaliação Psicológica*. Casa do Psicólogo.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 67, 113–123. 10.1001/archgenpsychiatry.2009.18667/2/113
- Guerra, P. (2019). *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*. Edições Almedina, S.A.
- Hanson, J. L., Chung, M. K., Avants, B. B., Shirtcliff, E. A., Gee, J. C., Davidson, R. J., & Pollak, S. D. (2010). Early stress is associated with alterations in the orbitofrontal cortex: A tensor-based morphometry investigation of brain structure and behavioral risk. *Journal of Neuroscience*, 30, 7466–7472. 10.1523/JNEUROSCI.0859-10.2010
- Hanson, J. L., Hariri, A. R., & Williamson, D. E. (2015). Blunted ventral striatum development in adolescence reflects emotional neglect and predicts depressive symptoms. *Biological psychiatry*, 78(9), 598-605. 10.1016/j.biopsych.2015.05.010
- Harrison., P., Cowen, P., Burns, T., & Fazel, M. (2017). *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press.
- Healy, J. M. (2004). *Your child's growing mind: Brain development and learning from birth to adolescence*. Broadway Books.
- Herrenkohl, T.I., Sousa, C. Tajima, E. A., Herrenkohl, R.C., Moylan, C.A. (2008). Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(2), 84-99. 10.1177/1524838008314797

- Herringa, R. J., Birn, R. M., Ruttle, P. L., Burghy, C. A., Stodola, D. E., Davidson, R. J., & Essex, M. J. (2013). Childhood maltreatment is associated with altered fear circuitry and increased internalizing symptoms by late adolescence. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *110*, 19119–19124.
- Hughes, S. (n.d.) History Taking & Risk Assessment & Mental State Examination: Resource Pack for use with videos. *University of Bristol, Academic Unit of Psychiatry*, 3-37. bristol.ac.uk/media-library/sites/medical-school/migrated/documents/resourcepack.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011: Resultados definitivos Região Lisboa*. censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156651739&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Jaffee, S. R. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual review of clinical psychology*, *13*, 525-551. 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, *51*(6), 706-716. 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- Kim-Spoon, J., Herd, T., Briant, A., Peviani, K., Deater-Deckard, K., Lauharatanahirun, N., ... & King-Casas, B. (2021). Maltreatment and brain development: The effects of abuse and neglect on longitudinal trajectories of neural activation during risk processing and cognitive control. *Developmental cognitive neuroscience*, *48*, 100939. 10.1016/j.dcn.2021.100939
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas*. Placebo Editora. sp-ps.pt/uploads/publicacoes/109_c.pdf
- Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A., Menezes, B., Velez, C., & Prazeres, V. (2011). Maus-tratos em crianças e jovens-guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. *Direcção Geral Saúde*. dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx

Lei n.º 107-A/2016 da Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). Diário da República, II Série, n.º 20.

ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_geral_de_especialidades_profissionais_publicado_no_diaario_da_repaoblica.pdf

Lei n.º 13/2003 Rendimento Social de Inserção. (2003). Diário da República: I Série A, n.º 117/2003. dre.pt/dre/detalhe/lei/13-2003-541856

Lei n.º 147/99 Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. (1999). Diário da República: I Série A, n.º 204/1999. dre.pt/dre/detalhe/lei/147-1999-581619

Lei n.º 166/99 Lei Tutelar Educativa. (1999). Diário da República: I Série A, n.º 215/1999. dre.pt/dre/detalhe/lei/166-1999-570567

Lei n.º 31/2003 Organização Tutelar de Menores e o Regime Jurídico da Adoção. (2003). Diário da República: I Série A, n.º 193/2003. dre.pt/dre/detalhe/lei/31-2003-656109

Lei n.º 142/2015 do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2015). Diário da República: I Série, n.º 175. dre.pt/application/conteudo/70215246

Lei n.º 147/99 do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (1999). Diário da República: I Série, n.º 204. dre.pt/application/conteudo/581619

Lei n.º 197/97 da Presidência do Conselho de Ministros. (1997). Diário da República, I Série B, n.º 267/1997. dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/197-1997-685659

Lei n.º 23/ 2017 do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2017). Diário da República: I Série, n.º 99. dre.pt/application/conteudo/107061811

Lei n.º 26/2018 do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2018). Diário da República: I Série, n.º 128. dre.pt/application/conteudo/115643971

Lei n.º 31/2003 do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2003). Diário da República: I Série A, n.º 193. dre.pt/aplicativo/conteudo/656109

- Lei nº 37/2004 da Presidência do Conselho de Ministros. (2004). Diário da República, I Série B, n.º 68/2004. dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/37-2004-541835
- Lim, L., Hart, H., Mehta, M. A., Simmons, A., Mirza, K., & Rubia, K. (2015). Neural correlates of error processing in young people with a history of severe childhood abuse: an fMRI study. *American Journal of Psychiatry*, *172*(9), 892-900. [10.1176/appi.ajp.2015.14081042](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14081042).
- Lopes Neto, D., & Nóbrega, M. M. L. D. (1999). Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *52*(2), 233-242. scielo.br/j/reben/a/3LCBWwVD63XLqxD4ygfVVB/?format=pdf&lang=pt
- Manly, J. 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*, *13*(4), 759-782. [10.1017/S0954579401004023](https://doi.org/10.1017/S0954579401004023)
- McCrory, E. J., & Viding, E. (2015). The theory of latent vulnerability: Reconceptualizing the link between childhood maltreatment and psychiatric disorder. *Development and psychopathology*, *27*(2), 493-505. [10.1017/S0954579415000115](https://doi.org/10.1017/S0954579415000115)
- McLaughlin, K. A., & Sheridan, M. A. (2016). Beyond cumulative risk: A dimensional approach to childhood adversity. *Current directions in psychological science*, *25*(4), 239-245. [10.1177/0963721416655883](https://doi.org/10.1177/0963721416655883)
- Meyer, C. B. (2001). A case in case study methodology. *Field methods*, *13*(4), 329-352. [10.1177/1525822X0101300402](https://doi.org/10.1177/1525822X0101300402)
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszyn, T. W., & Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, *56*(2), 128-165. [10.1037/0003-066X.56.2.128](https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.2.128)
- Murtagh, J. E., & Rosenblatt, J. V. (2015). *Murtagh's General Practice Companion Handbook*. McGraw-Hill Education.

National Research Council. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. The National Council and Institute of Medicine of the National Academies. [ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/pdf/Bookshelf_NBK32775.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/pdf/Bookshelf_NBK32775.pdf)

National Scientific Council on the Developing Child. (2010). *Persistent fear and anxiety can affect young children's learning and development: Working Paper 9*. developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp9/

Nemeroff, C. B. (1999). The preeminent role of early untoward experience on vulnerability to major psychiatric disorders: the nature-nurture controversy revisited and soon to be resolved. *Molecular psychiatry*, 4(2), 106-108. 10.1038/sj.mp.4000512

Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of clinical psychiatry*, 65, 18-28. psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/15380_neurobiological-consequences-childhood-trauma.pdf

Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia Familiar: Conceitos e Métodos*. (7ª ed.). Artmed Editora.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020, outubro). *Covid 19, Violência Emocional e Psicológica*. ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/doc_violaancia_emocional_e_psicologica_pop_geral.pdf

Paulsen, D., Carter, R. M., Platt, M., Huettel, S. A., & Brannon, E. M. (2012). Neurocognitive development of risk aversion from early childhood to adulthood. *Frontiers in human neuroscience*, 5, 178. 10.3389/fnhum.2011.00178

Paulsen, D., Carter, R. M., Platt, M., Huettel, S. A., & Brannon, E. M. (2012). Neurocognitive development of risk aversion from early childhood to adulthood. *Frontiers in human neuroscience*, 5, 178. 10.3389/fnhum.2011.00178

- Perry, B. D. (2005). Maltreatment and the Developing Child: How Early Childhood Experience. *Centre for Children and families in the justice system*, 1-6. hopereinstherapy.com/pdfs/perry.pdf
- Rede Social Lisboa. (2020). Plano de Desenvolvimento Social 2017-2020. observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/PDS-2017-2020.pdf
- Rodríguez-Marín, J., Ángeles Pastor, M., & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 349-372. redalyc.org/pdf/727/72709924.pdf
- Rogers, C. R. (2003). *Terapia centrada no cliente*. Editor da Universidade Autónoma de Lisboa. repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3245/1/ISBN%20972-8094-74-4%20-%20Terapia%20Centrada%20no%20Cliente%20-%20ebook%202004-01-15.pdf
- Russell, R. D. (1973). Social health: An attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education*, 16, 74–82.
- Sam M.S. (2013). Anamnesis. Psychology Dictionary. psychologydictionary.org/anamnesis/
- Sánchez, V. (1985). Anamnesis in child psychology. Analysis of the technique. Its diagnostic and therapeutic value. *Anales Espanoles de Pediatria*, 23(6), 412-416.
- Sapolsky, R.M., 2017. *Behave: The Biology of Humans at Our Best and Worst*. Penguin Press.
- Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2014). Dimensions of early experience and neural development: deprivation and threat. *Trends in cognitive sciences*, 18(11), 580-585. [10.1016/j.tics.2014.09.001](https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.09.001)
- Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2021). Rethinking concepts and categories for understanding the neurodevelopmental effects of childhood adversity. *Perspectives on psychological science*, 16(1), 67-93. [10.1177/1745691620920725](https://doi.org/10.1177/1745691620920725)
- Sturmbauer, S. C., Schwerdtfeger, A. R., Schmelzle, S., & Rohleder, N. (2022). A laboratory medical anamnesis interview elicits psychological and physiological arousal. *Stress*, 25(1), 57-66. [10.1080/10253890.2021.2012145](https://doi.org/10.1080/10253890.2021.2012145)

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57(3), 241-266. 10.1111/jcpp.12507

Thomas, G. (2021). *How to do your case study*. Sage.

Ünal, H. B., & Boz, M. (2020). Development of the Child Neglect and Abuse Awareness Scale for Parents and Its Relationship with Various Variables. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 13(1), 21-34. 10.26822/iejee.2020.170

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os direitos da criança [Convenção]*. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos, Portugal. unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control. (2009). Parent Training Programs: Insight for Practitioners. cdc.gov/violenceprevention/pdf/parent_training_brief-a.pdf

World Health Organization. (1946, June 19- July 22). *Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts [Conferência]*. International Health Conference, New York. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf

Yin, R. K. 1989. *Case study research: Design and methods*. Applied Social Research Series, Vol. 5. Sage.

Apêndices

Apêndice A – Intervenção Sistêmica no Perigo

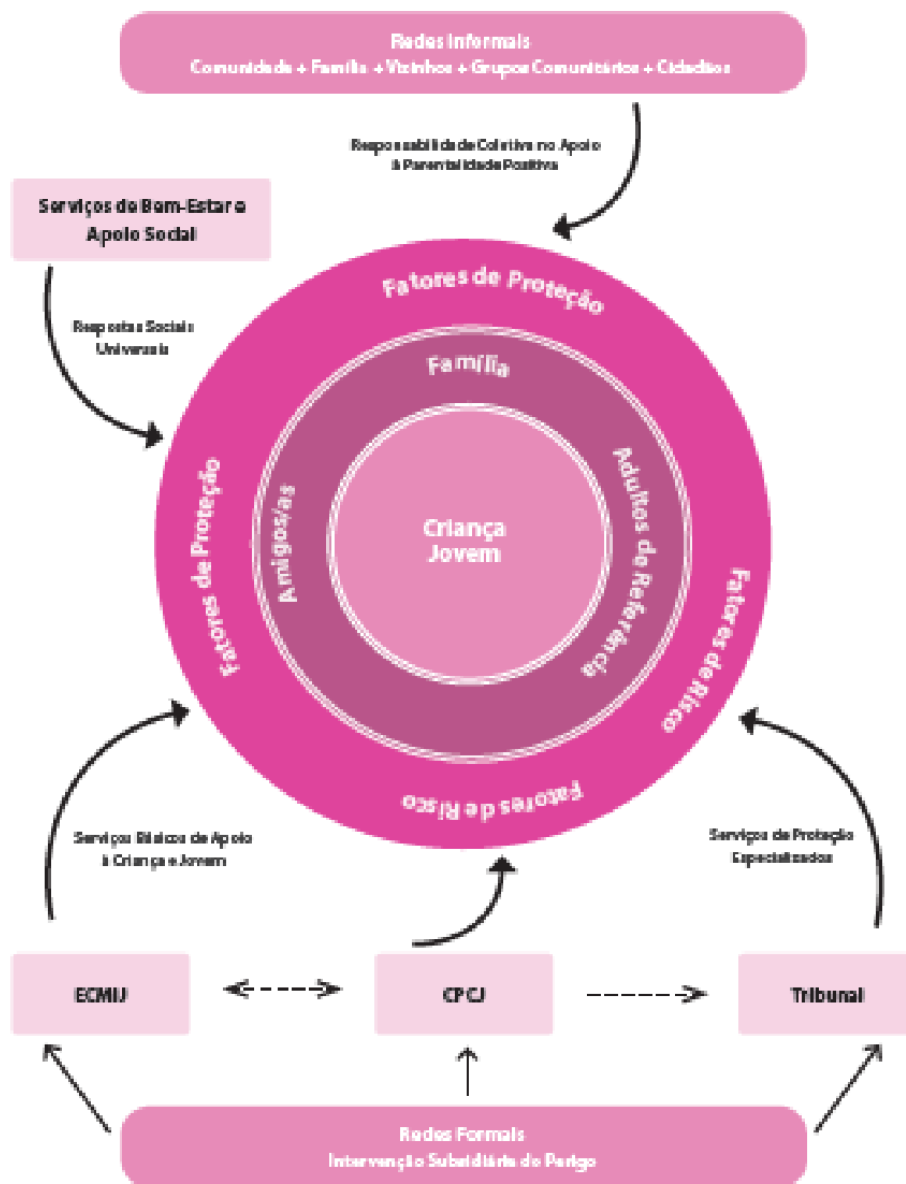


Figura retirada do relatório de avaliação das atividades 2019 (CNPCJR, p. 22)

Apêndice B – Definição Maus-tratos e negligência

“Os maus-tratos em crianças e jovens são considerados crime público, porque: Não há necessidade de apresentar uma queixa para que seja aberto um Processo Crime, Basta a comunicação dos factos para que o MP abra o Processo Crime.” (CNPDCJ 2021)

A Direção Geral de Saúde, (DGS 2011) definiu o conceito de *“maus-tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima”*. (DGS 2011) - MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS – GUIA PRÁTICO DE DETECÇÃO E ABORDAGEM OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO

O guia de orientação para os profissionais das forças de segurança a abordagem de situações de maus-tratos ou outras situações de perigo da Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco define maus-tratos ativos e maus-tratos passivos, sendo o mau-trato ativo resultado das ações que os cuidadores tem causando sobre a criança, dano físico, são então alguns destes os maus-tratos físicos, abuso sexual, abuso emocional, (mau-trato psicológico). Os maus-tratos passivos são feitos por omissão dos cuidadores causam igualmente dano e sequelas físicas e/ou emocionais, como é o caso das negligências físicas, negligências emocionais. Outros maus-tratos estão também tipificados como maus-tratos pré-natais, trabalho infantil, participação em artes e espetáculos.

Agrupamentos e analisamos os conceitos de seguida de cada um destas cinco subdivisões de maus-tratos (DGS 2011), os maus-tratos em negligência, maus-tratos físico, maltrato psicológico / abuso emocional, abuso sexual, sendo exigido a todos, e aos técnicos em particular, não deixar que as situações de risco evoluam, e evitar recorrências.

“Negligência - Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma cativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades

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

***Mau-Trato Psicológico/Emocional** resulta da privação de um ambiente de tranquilidade e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem.*

Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança/jovem, com frequente repercussão negativa a nível comportamental.

***Abuso sexual** corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha.*

Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento:

***Síndrome de Munchausen por Procuração** diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer*

a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes. Trata-se de uma forma rara de maus-tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico, dado que sintomas, sinais e forma de abuso são inaparentes ou foram provocados subrepticamente.”

(DGS 2011)

Apêndice C – Definição de Risco / Perigo

Entendemos, “*O Risco, sendo um conceito mais lato que o de perigo, diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus-tratos.*

O Perigo, que adquire um sentido mais concreto, corresponde à objetivação do risco”.
(DGS, 2011)

Embora possa ser difícil a demarcação dos conceitos de perigo e risco, este último é uma ocorrência mais ampla do que as situações de perigo.

O risco implica um perigo potencial. Há fortíssima possibilidade de que aumentando os fatores de risco, estejamos muito mais perto de situações de perigo.

A intervenção em cada uma destas situações tem metodologia e objetivos diferentes. É metodologicamente, nas situações de risco que se desenvolvem ações de prevenção primária e secundária de forma que o risco seja superado.

Nas situações de perigo as ações devem garantir a remoção do mesmo, com a aplicação de uma medida de promoção e proteção para a criança /jovem, para superação e recuperação.

CNPDCJ

São enumeradas pela lei de 147/99, no n.º 2 do artigo 3º, algumas das situações de perigo:
“ - *Estar abandonada ou viver entregue a si própria; - Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos; - Ser vítima de abusos sexuais; - Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; - Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos /inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; - Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetam gravemente a sua saúde, segurança,*

formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe opunha de modo adequado a remover essa situação”.

Na sociedade portuguesa e internacional atual, o impacto desta situação constitui um grave nível do funcionamento psicológico das crianças afetando gravemente o seu bem-estar, o da família e da comunidade, assumindo um caráter epidemiológico da sociedade.

(OPP - LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL
PSICOLOGIA NO ÂMBITO DA PROTECÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO)

Apêndice D - Superior Interesse da Criança

Publicado pela UNICEF, ficou no seu art. 3º, registado a importância de que qualquer decisão relativa as crianças deverão ter em conta o interesse superior da criança, (Comité Português para a UNICEF Edição revista 2019), importante pois haverá como foco nas “*características psicológicas da criança, o seu grau de maturidade, a sua integração sociocultural e familiar*”, bem como do “*do meio em que ela se insere, dos fatores de risco e de proteção e determinar em função dessa análise criteriosa*” fazendo deste caso, desta criança *situação única* .

(GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DAS FORÇAS DE
SEGURANÇA NA ABORDAGEM DE SITUAÇÕES DE MAUS-TRATOS OU OUTRAS
SITUAÇÕES DE PERIGO - PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DOS DIREITOS DAS
CRIANÇAS)

Apêndice E - Fatores de Risco e de Proteção

Os fatores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos. Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potencializar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens.

Tais fatores podem funcionar como indicadores inespecíficos, frequentemente associados entre si, não podendo, contudo, ser considerados causa direta de aparecimento ou persistência do fenómeno.

A presença isolada dos mesmos pode não consubstanciar risco, pelo que a avaliação das situações deverá atender ao contexto global, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.

Neste processo, é incontornável a necessidade de se procurar identificar, sempre, outros elementos que, ao invés, atuem como fatores protetores (anexo I), os quais devem ser equacionados no processo avaliativo.

Entende -se por fatores de proteção as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem atuar como moderadores dos fatores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacte.

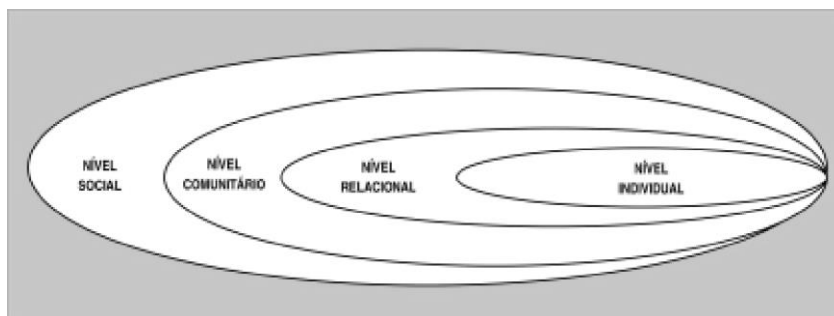
Quando os fatores de proteção conseguem equilibrar ou anular os de risco, é menor a possibilidade de ocorrer uma situação crítica. Assim, algumas características individuais poderão representar proteção contra maus tratos, como, por exemplo, uma boa auto -estima, o desejo de autonomia ou a capacidade de pedir ajuda, quando necessário; na esfera relacional, uma forte vinculação construída com um dos progenitores (pelo menos), ou uma relação afetiva

segurizante estabelecida com um adulto significativo podem igualmente ser protetoras; a um nível mais alargado, o acesso a recursos adequados na comunidade — meio escolar integrador, apoio social disponível, grupos formais e informais de pares, etc. — pode constituir um amortecedor desejável face à perigosidade de outros elementos.

Existe, ainda, um conjunto vasto de fatores que, conforme os indivíduos, as circunstâncias e a forma equilibrada ou desequilibrada como se desenvolvem, contribuem positiva ou negativamente para minorar o risco, apesar de poderem ser considerados neutros, em si mesmos. Por exemplo, uma experiência traumática vivida previamente, tanto pode representar, em alguns casos, uma vulnerabilidade acrescida como, noutros, significar um ganho de experiência que possa permitir ultrapassar a situação com menor dano.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Gabinete da Ministra Despacho n.º 31292/2008

Apêndice F - Modelo Ecológico Para a Interpretação dos maus-tratos



Dimensão e determinantes do fenómeno. Os maus-tratos adquirem expressão a nível mundial; a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, estimou em cerca de 30 mil os óbitos ocorridos por homicídio em crianças com menos de 15 anos

Contudo, apenas uma pequena parcela de situações de maus-tratos é denunciada e investigada

A complexidade do fenómeno, aliada à inexistência ou insipiência de sistemas de registo, contribuem para a dificuldade em estabelecer, com alguma fiabilidade, a dimensão do mesmo

São inúmeros os constrangimentos de ordem social, ética e metodológica; para além de se tratar de um problema, regra geral, circunscrito à esfera privada, e como tal de difícil diagnóstico, persistem ainda alguns valores sociais e culturais que toleram (e aceitam) formas de violência enquanto estratégias educativas

São de realçar algumas iniciativas meritórias que, não obstante o seu carácter pontual e exploratório, permitiram constatar, na sociedade portuguesa, a elevada magnitude e diversidade na expressão e forma do problema

A título de exemplo refiram -se os relatórios do Centro de Estudos Judiciários sobre «Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade» (1986,1988), da Direção -

Geral da Saúde (DGS) sobre «Abuso sexual em crianças e adolescentes» (1998) e o estudo coordenado por Ana Nunes de Almeida sobre «Famílias e maus-tratos às crianças em Portugal» (1999)

Atualmente, as CPCJ, no âmbito da sua ação, têm já sistemas de registo que permitem, em certa medida, avaliar a dimensão e caracterizar o fenómeno

Contudo, ficam por identificar, para além das situações não diagnosticadas, todas aquelas em que a intervenção das instituições com responsabilidades no primeiro nível (nomeadamente, os serviços de saúde) é adequada e suficiente para remover o perigo

As causas da violência no contexto familiar, em particular, as situações de maus-tratos a crianças e jovens, adquirem múltiplas formas de expressão, pelo que a efetividade da ação depende da capacidade de entender o fenómeno, ponderar os aspetos do contexto social, económico e cultural, as práticas e recursos comunitários, as dinâmicas familiares e os perfis individuais e de intervir a diversos níveis

Nesta perspetiva, a OMS adotou, em 2002, um «modelo ecológico» que permite a interpretação do fenómeno dos maus-tratos enquanto realidade multifacetada que se expressa a diferentes níveis da vida dos cidadãos.

A) Aspetos do contexto social e cultural A intervenção dos Serviços de Saúde neste domínio deve pautar -se por abordagens que integrem os aspetos culturais, sociais, económicos e legais que determinam, enquanto fatores de risco ou de proteção, a expressão dos maus-tratos

De todo o modo, e em quaisquer circunstâncias, lidar com este fenómeno implica tomar como referencial o facto de crianças e jovens serem sujeitos titulares de direitos e não meros objetos do direito

Algumas representações sociais sobre o papel da criança/jovem na família e na sociedade contribuem para potenciar o risco, nomeadamente: Aceitação da violência como forma de disputa interpessoal; Exaltação mediática da violência; Tolerância social para a educação através da punição física; Escassez na efetividade dos mecanismos de punição da violência intrafamiliar; Persistência dos papéis tradicionais de género, nomeadamente, a masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade do cuidar

Na ponderação destes aspetos, para além de fenómenos conjunturais específicos, importa, ainda, ter em especial atenção o enquadramento social e os valores culturais da comunidade em que a criança ou jovem está inserido, nomeadamente: Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais que constituem obstáculo ao exercício de condutas não violentas, em particular no exercício da parentalidade); Barreiras ao exercício pleno da cidadania resultantes, nomeadamente, de pobreza, fenómenos migratórios, alienação cultural, isolamento e conflitualidade social

B) Aspetos da dinâmica familiar e institucional no que respeita às vivências em contexto familiar ou institucional, os percursos de vida e ocorrências diversas podem constituir focos de tensão que propiciam eventuais situações de maus-tratos (sem que necessariamente o determinem)

No âmbito do quadro familiar e institucional, é de considerar estar -se em presença de fatores de risco quando ocorrem as seguintes situações: Vinculação insegura, problemas de comunicação e ou *déficit* no exercício das responsabilidades parentais; Existência de elementos da família com vulnerabilidades particulares — Situação de dependência, exclusão social, desemprego, precariedade laboral, alcoolismo e outras toxicodependências, doença mental, crianças com deficiência ou doença crónica, etc.

; *Déficit* de apoio social, económico e psicológico ou agregados pouco permeáveis à intervenção, quando desejável; Fragilidade estrutural e disfuncionalidades na dinâmica familiar — relações instáveis, famílias numerosas em contextos desfavoráveis, violência doméstica, gravidez não desejada, fratria de origem diversa, mudança frequente de residência, migração, episódios de crise como morte, detenção, separação ou divórcio; Crianças e jovens desprovidas de meio familiar e que, por decisão negociada (CPCJ) ou decisão judicial, se encontram institucionalizadas; -Vivências escolares pautadas por diversas formas de violência, nomeadamente o *bullying*

C) Aspectos ligados aos pais ou a quem tenha a guarda de facto Além dos aspetos sociais genéricos, da coesão e funcionalidade familiar — e em interação com estes — existe um conjunto numeroso de fatores de ordem pessoal, no que respeita aos pais ou a quem detém a guarda de facto (4) das crianças e jovens, que podem estar associados à ocorrência de maus-tratos, nomeadamente: Perturbações no processo de vinculação com a criança/jovem; Abuso de substâncias, nomeadamente, alcoolismo e toxicodependências; Perturbação da saúde mental ou física (diversos *handicaps*); Antecedentes de comportamento desviante; Dificuldade em lidar com as frustrações, vulnerabilidade ao stresse, baixa auto-estima e perturbações emocionais e *déficit* de autocontrolo, personalidade imatura e impulsiva; Antecedentes de vivência pessoal de maus-tratos; Parentalidade em idade muito jovem; Gravidezes muito próximas e ou gravidezes não vigiadas; Inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança; Padrões de vida que dificultem ou comprometam o exercício da parentalidade

D) Aspectos ligados à criança/jovem No que diz respeito às próprias crianças e jovens, alguns aspetos específicos que lhes são particulares podem constituir fatores de risco para a

ocorrência de maus-tratos: Vulnerabilidades particulares no que respeita à idade e necessidades; Traços de personalidade e temperamento que conflituam com as expectativas dos pais/responsáveis; Prematuridade e baixo peso ao nascer (mais frágeis, menos alerta, mais difíceis de calar); Crianças com *handicap* e portadoras de necessidades de saúde especiais; Sexo da criança ou jovem (em particular, quando não corresponde às expectativas familiares)

Apêndice G - Processo de Promoção e Proteção

Quando uma criança se encontra alegadamente em perigo, a CPCJ abre um processo de promoção e proteção e solicita o consentimento aos pais para poder intervir. Se a criança não tiver pais, a CPCJ solicita o consentimento ao representante legal, ou no caso de não existir, à pessoa que tem a guarda de facto.

O processo de promoção e proteção é de carácter reservado.

Os pais, o representante legal, as pessoas que detenham a guarda de facto e a criança podem consultar o processo pessoalmente ou através de advogado - artº 88º da LPCJP.

Apêndice H - Pirâmide de Subsidiariedade Face às Situações de Perigo

Seguros de que o primeiro nível de intervenção é tão mais eficaz, quanto a eficácia da articulação das ações das entidades com competência em matéria de infância e juventude, desde as áreas da saúde à educação, à segurança social e forças policiais, IPSS, ONG's, autarquias e com a envolvência da família, também registamos que esta fala significativamente, obrigando a que as em situações de perigo sejam intervencionadas a um segundo nível.

Figura 1. Pirâmide de subsidiariedade – face às situações de perigo



Figura retirada do relatório de avaliação das atividades 2020 (CNPCJR, p. 26)

Por vezes um terceiro nível de intervenção é necessário, ou pelo facto de a matéria de perigo não ter sido removida no cumprimento do PPP (Processo de Promoção e Proteção), ou por não haver consentimento expresso da família, e a este nível, apenas neste 3º nível de intervenção,

nos tribunais a mesma ocorre mesmo sem consentimento dos pais o do representante legal. De reforçar, a importância que a envolvimento da família ocupa para a eficácia de todo o processo, no 1º e 2º níveis de intervenção, sendo até manifestado no seu consentimento para a intervenção.

Assim, especificamente o pai e a mãe, (ou representante legal ou da pessoa que tenha a guarda de facto, consoante o caso) tem de manifestar expressamente o seu consentimento para a intervenção da CPCJ, podendo este ser depois retirado a qualquer momento da intervenção se assim o pai, a mãe ou ambos o entenderem.

Igual importância nestes processos tem a envolvimento da criança/ jovem, também evidente no direito que criança/ jovem com mais de 12 anos, (ou com idade inferior, desde que esta tenha capacidade suficiente para compreender o sentido da intervenção), tem de se opor a intervenção da CPCJ.

Apêndice I - Princípios orientadores de intervenção

De forma a garantir uma correta e eficaz intervenção em situações de crianças e jovens em perigo, regista o guia de orientações para os profissionais das forças de segurança na abordagem de situações de maus-tratos ou outras situações de perigo da CNPDCJ, os princípios orientadores da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, bem como orienta na sua interpretação, sendo então os seguinte princípios: - Interesse superior da criança; - Privacidade; - Intervenção precoce; - Intervenção mínima; - Proporcionalidade e atualidade; - Responsabilidade parental; - Obrigatoriedade da informação; - Audição obrigatória e participação; - Subsidiariedade.

(CNPDCJ)

Apêndice J – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

Desde 1997, ano em que pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 193/97, que a Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR) tem como missão planificar a intervenção do Estado e a coordenação, acompanhamento e avaliação da ação dos organismos públicos e da comunidade na proteção de crianças e jovens em risco.

A mesma missão foi mantida em todas as 2 versões dos decretos-Leis que a enquadram legalmente, a 1ª versão no DL n.º 159/2015, de 10/08 e a 2ª versão e mais recente DL n.º 139/2017, de 10/11

Artigo 3.º Missão e atribuições

1 - A Comissão Nacional tem por missão contribuir para a planificação da intervenção do Estado e para a coordenação, acompanhamento e avaliação da ação dos organismos públicos e da comunidade na promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens.

2 - São atribuições da Comissão Nacional, nomeadamente:

- a) Ser ouvida nas alterações legislativas que respeitem a matérias relativas à sua missão;
- b) Bem como ser consultada sobre projetos de diplomas em matéria de infância e juventude;
- c) Transferir verbas do seu orçamento para os municípios e outras entidades, nos termos definidos nos protocolos e acordos celebrados, que sejam objeto de homologação pelo membro do Governo responsável pela área da solidariedade e segurança social;
- d) Dinamizar a celebração de protocolos de articulação e colaboração entre as seguintes entidades:
 - i) Comissões de proteção de crianças e jovens (CPCJ);
 - ii) Serviços, organismos e outras entidades públicas com intervenção nas áreas da promoção,

proteção e desenvolvimento integral dos direitos da criança;

iii) Instituições particulares de solidariedade social com intervenção nas áreas da promoção, proteção e desenvolvimento integral dos direitos da criança;

iv) Outras entidades privadas com intervenção nas áreas da promoção, proteção e desenvolvimento integral dos direitos das crianças;

- e) Solicitar estudos de diagnóstico e de avaliação das necessidades de medidas e respostas sociais existentes ou a promover, no âmbito do sistema de promoção dos direitos e de proteção de crianças e jovens;
- f) Planear, acompanhar e avaliar uma estratégia nacional para a aplicação da Convenção dos Direitos da Criança, tendo em vista, designadamente, a recolha e o tratamento dos dados estatísticos relevantes no âmbito de aplicação desta convenção;
- g) Elaborar e submeter à aprovação do Conselho de Ministros um plano nacional plurianual de promoção e proteção dos direitos da criança, cuja coordenação de execução compete à Comissão Nacional;
- h) Aprovar e divulgar anualmente o seu plano de ação e o relatório de atividades;
- i) Consertar a ação de todas as entidades públicas e privadas, estruturas e programas de intervenção na área da promoção dos direitos e da proteção das crianças e jovens, de modo a reforçar estratégias de cooperação e de racionalização de recursos, podendo, para o efeito, emitir recomendações;
- j) Acompanhar, apoiar e promover mecanismos de supervisão e proporcionar formação especializada às CPCJ, com vista a melhorar a qualidade da sua intervenção;
- k) Auditar as CPCJ, de acordo com o disposto no artigo 33.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro;
- l) Formular orientações e emitir diretivas genéricas relativamente ao exercício das competências das

CPCJ, bem como formular recomendações quanto ao seu regular funcionamento e composição, sem prejuízo da imparcialidade e independência em que deve assentar o funcionamento das CPCJ;

- m) Promover a audição, com caráter consultivo, de personalidades relevantes no âmbito de temáticas específicas da promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens, sempre que tal se justifique;
- n) Contribuir para organizar e operacionalizar a intervenção eficaz das entidades com competência em matéria de infância e juventude;
- o) Participar na execução de inspeções à atividade das CPCJ, promovidas pelo Ministério Público e a seu requerimento;
- p) Realizar anualmente um encontro de avaliação da atividade das CPCJ, com base na divulgação e análise do relatório de atividades nacional

Apêndice L - Problemáticas - Matérias de Perigo Sinalizada

Será então relevante para além de conhecer a quantificação das sinalizações, conhecer a matéria de perigo que pode e deve ser sinalizada, segundo a documentação da CNPDCJ (2020)

Matéria de Perigo Sinalizada:

AS - *Abuso Sexual, podemos subdividir esta em; Aliciamento Sexual; Importunação sexual pela linguagem ou pela prática perante a criança de atos de carácter exibicionista ou constrangimento a contato; Pornografia e/ ou Prostituição Infantil; Violação ou outro ato sexual.*

CAESP - *A criança está abandonada ou entregue a si própria em subdivisões como; Abandonada à nascença ou nos primeiros meses de vida ou Abandono após os 6 meses de vida; Ausência permanente de suporte familiar ou outro e/ ou Ausência temporária de suporte familiar ou outro; Crianças e jovens não acompanhados.*

CJACABED - *A criança/jovem assume comportamentos que afetam o seu bem-estar e desenvolvimento sem que os pais se opunham de forma adequada podem ser entendidas em subdivisões como; Bullying; Comportamentos graves antissociais ou/e de indisciplina; Consumo de bebidas alcoólicas; Consumo de estupefacientes; Outros comportamentos.*

ECPCBEDC - *Exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança que subdividimos em; Consumo de álcool e/ ou de estupefacientes; Violência doméstica.*

ETI - *Exploração do trabalho infantil.*

MND – *Mendicidade mais concretamente Prática de mendicidade ou Utilização da criança na prática de mendicidade.*

MT - *Mau-trato físico com um olhar detalhado às Ofensa física; Ofensa física em contexto de violência doméstica; Ofensa física por castigo corporal.*

MTPIA - *Mau trato psicológico ou indiferença afetiva; Castigos não corporais que afetem o bem-estar e a integridade da criança; Depreciação/Humilhação; Discriminação; Exercício abusivo de autoridade; Hostilização e ameaças; Instigação a condutas da criança contrário a valores morais e sociais; Privação de relações afetivas e de contato sociais próprios do estágio de desenvolvimento da criança.*

NEG - *Negligência seja ao nível da saúde e/ ou a nível educativo e/ ou a nível psicoafectivo; Face a comportamentos da criança/jovem; falta de supervisão e acompanhamento familiar.*

Outras situações de perigo.

PFQC - *Prática de facto qualificada pela lei penal como crime para crianças com idade igual ou inferior a 12 anos.*

SPDE - *Situações de perigo em que esteja em causa o direito à educação ou por Abandono escolar ou por Absentismo Escolar e/ ou Insucesso escolar., (LPCJP 99)*

Apêndice M – Composição da CPCJ,

É composta por; “ - um representante do município, ou freguesias; -um representante de associação de pais e um outro representante de outras associações; - Um representante, preferencialmente professor, dos serviços do ministério da educação; - Um representante das Organização Não Governamental, (ONG) ou Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS); - Um médico ou enfermeiro, preferencialmente, em representação do ministério da saúde, e que se possível integre o núcleo de apoio às crianças e jovens em perigo; - Um representante de associações de jovens; - Um representante da segurança social, desta vez com formação técnica, preferencialmente com formação em psicologia, serviço social ou direito; - Um representante do organismo público competente em matéria de emprego e formação profissional; - Um representante das forças de segurança; - Quatro cidadãos eleitos nas assembleias municipais e/ou de freguesia; - Técnicos cooptados, com formação preferencial de psicologia, saúde, serviço social, ou cidadão com especial interesse pelos problemas da infância e juventude” (Lei 174/99, de 1 de setembro).

Quanto à sua competência que podemos consultar na leitura do artigo 18º, Lei 147/99, de 1 de setembro, e que resumimos, salvo apreciação mais detalhada em competência em matérias de informação, colaboração e promoção dos direitos e de prevenção de situações de perigo para a criança e jovem, junto da comunidade, das entidades da área da sua competência territorial.

Apêndice N – Funcionamento da CPCJ

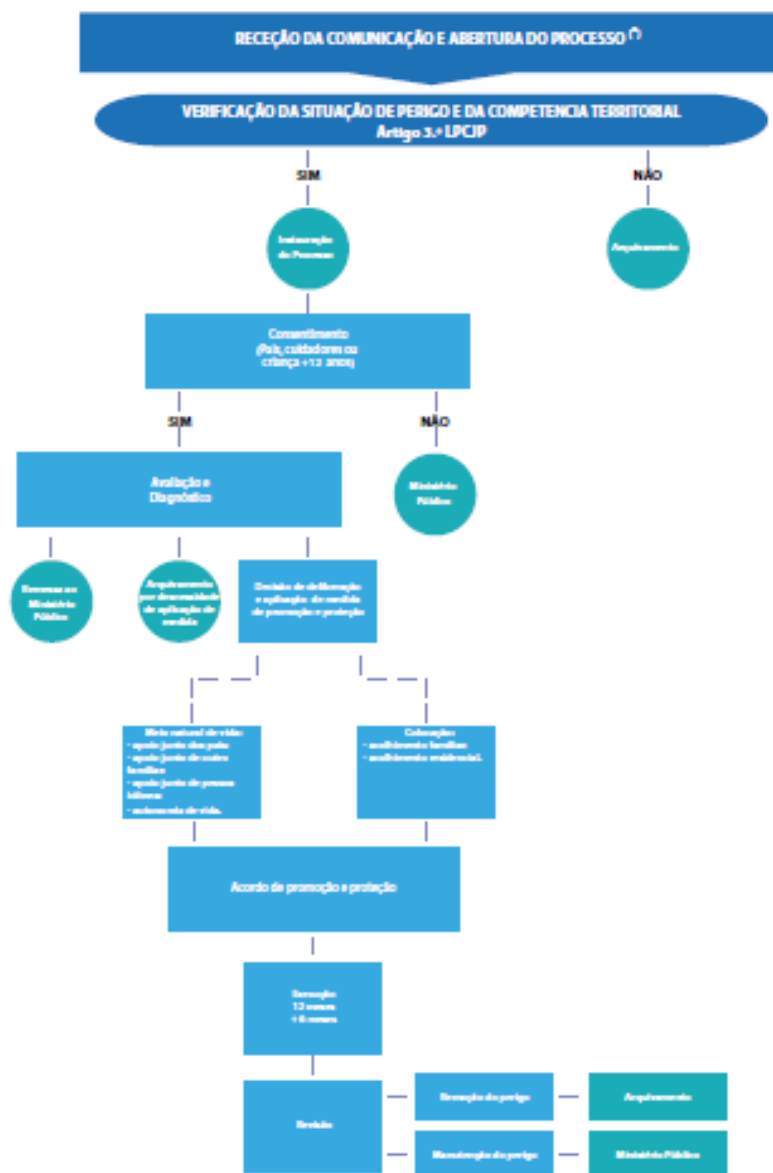
Enquadrado pela Lei nº 147/99, de 1 de setembro, com as alterações introduzidas pela Lei nº 31/2003, de 22 de agosto, pela Lei nº 142/20115, de 8 de setembro, pela Lei nº 23/2017, de 23 de maio e pela Lei nº 26/2018, de 5 de julho, às Comissões de Proteção e Criança e Jovens são “como instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral”.

O trabalho das CPCJ, só pode ser realizado se houver consentimento, em particular com o consentimento expresso dos pais, a não oposição da criança com 12 anos ou mais e demais situações previstas nesta Lei.

Cada CPCJ tem competência apenas no território na qual está inserida, assim expresso no Artigo 15º da Lei 147/99, de 1 setembro, alterado o nº 2, pela Lei nº 142/2015, de 8 de setembro.

Referente a modalidade de funcionamento da comissão de proteção, funciona em duas modalidades que se complementam entre si, adiante designadas por comissão modalidade alargada e comissão modalidade restrita (Guerra, 2019).

As medidas de promoção dos direitos e de proteção, têm como finalidade afastar o perigo e proporcionar condições que permitam assegurar a proteção e a segurança, a educação, a saúde, a formação, o bem-estar e o desenvolvimento integral, assim como garantir a recuperação física e psicológica das crianças vítimas de qualquer tipo de exploração ou abuso (Guerra, 2019).



A comissão modalidade restrita funciona em permanência, e receberá de qualquer pessoa a sinalização de uma situação de perigo que conheça, podendo esta ser também comunicada por qualquer cidadão as às entidades competentes em matéria de infância e juventude, (Serviço de saúde, escola, serviços de ação social, ONG), às entidades policiais, (PSP, GNR, Polícia Judiciária, Polícia Marítima; SEF; etc.), ou às autoridades judiciais, (Ministério Público, Tribunal).

Se por sua vez a situação de perigo for identificada pelas autoridades policiais e judiciárias, devem estas também sinalizar à CPCJ. O mesmo deverá ser feito pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude, mas só se as suas funções não puderem assegurar a proteção da criança e jovem.

Considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando, designadamente, se encontra numa das seguintes situações:

- Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- Sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- Não recebe os cuidados ou a afeição adequada à sua idade e situação pessoal;
- É obrigada a atividade ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de fato se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação. (Lei 147/99)

A sinalização poderá ser feita por qualquer cidadão e por qualquer meio como correio clássico, correio eletrónico, telefone, fax e em atendimento pessoal e direto, pedindo ou não o seu anonimato.

Quanto à sua competência a comissão modalidade restrita intervém nas situações em que uma criança e jovem está em perigo, referido no artigo 21º (Lei 174/99, de 1 de setembro).

A sua competência é designadamente; atender e informar os cidadãos; decidir da abertura, (ou reabertura) e da instauração de PPP; apreciar liminarmente e se for caso arquivar por desnecessidade de intervenção; solicitar a participação dos elementos da comissão modalidade alargada; solicitar parecer e colaboração de outros técnicos; informar semestralmente a comissão modalidade alargada sobre a sua gestão processual. Apresentado em síntese recomenda-se a leitura integral deste artigo da referida Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, (LPCJP 99)

Anexos

Anexo A - Atividade nº 1 – Acompanhamento de processos

Ficha de Atividade	Nº	1
	Nome	Acompanhamento de processos Acompanhamentos

Descrição da atividade	<p>A atividade consiste em acompanhar detalhadamente os processos cuja gestão está entregue à orientadora institucional do estágio, e sob a supervisão desta, realizar entrevistas, registos, pedidos de informação, contactos com entidades para encaminhamento de situações, deliberações, articulação com o ministério público (MP) através da elaboração de respostas a pedidos de informação.</p> <p>De destacar a importância desta atividade para um treino de atitudes e metodologias centradas na pessoa e no processo como o único foco nuclear para a resolução do mesmo.</p>
------------------------	--

Problemática	<p>Necessidade parte do estagiário, de aprofundar e consolidar conhecimentos quer ao nível das sinalizações, entidades sinalizadoras, procedimentos gestão de processos e casos com várias multiproblemáticas ou complexidades</p>
--------------	--

Objetivo geral	Adquirir e/ ou reforçar as competências na avaliação e acompanhamento dos casos, com supervisão/ orientação
Objetivos específicos	Acompanhar as ações técnicas da orientadora institucional de estágio nos atendimentos e/ou nas dinâmicas, registos e procedimentos dos seus processos
	Efetivar diligências no âmbito da avaliação, do Acompanhamento de processos
	Avaliar os casos em cogestão processual

Resultados esperados	<p>Ser avaliado com exatidão, do desempenho das funções de psicólogo estagiário.</p> <p>Ganhar consciência, segurança e clareza das competências e áreas a desenvolver.</p> <p>Ter contacto com um número significativo de avaliações/ entrevistas a familiares, bem como a jovens ou crianças.</p>
----------------------	---

Beneficiários (grupo-alvo)	Caraterização	
	Qualitativa	Quantitativa
	Estagiário	
	Famílias ou elementos envolvidos nos processos acompanhados	Mais de 30 casos

--	--	--

Metodologia utilizada	Gerir semanalmente sob a supervisão da orientadora de estágio os casos a acompanhar bem como a discussão técnica dos mesmos, mais concretamente elaborar entrevistas, registos, pedidos de informação, contactos com entidades para encaminhamento de situações, deliberação de pedido e enquadramento, articulação com o MP, elaboração de respostas a pedidos de informação Elaborar relatório gerais das problemáticas e volume de processos e Análise de dados e/ou propostas de ações, encaminhamentos feitos.
-----------------------	--

Recursos		
Humanos	Financeiros	Matérias
Estagiário Orientadora institucional	-	Fichas de registo Processos masterizados Aplicação informática

Duração	Local
Durante todo o estágio de outubro a junho	Nas instalações da comissão e nos domicílios

Aspetos inovadores ou diferenciadores	Presença regular, disponível e atenta, para o exercício da supervisão por tare da orientadora institucional, para esta e restantes atividades, aumentando a confiança/ segurança e maior eficácia do estagiário
---------------------------------------	---

Avaliação	
Processo	Resultados
Número de processos acompanhados Avaliação regular das ações do estagiário, por parte da orientadora, de forma a reajustá-las para melhor eficácia, nomeadamente em pequeninas linhas orientadoras para a ação e momento e de reflexão.	Número de processos acompanhados Autoavaliação do desempenho e conhecimentos do estagiário. Avaliação da orientadora institucional, final do desempenho do estagiário e ações de estágio.

Instrumentos	
Processo	Resultados
Processos materializados	Número de processos
Fichas de registo	Fichas de registo

Notas/ Observações

**Anexo B - Atividade nº 2 – Conhecer e analisar processos instaurados na comissão
modalidade restrita**

Ficha de Atividade	Nº	2
	Nome	Conhecer e analisar processos instaurados na comissão modalidade restrita

Descrição da atividade	<p>Como descrito anteriormente uma visão mais ampla e sistêmica as dinâmicas que os envolvem, é necessária para balizar, enquadrar cada um dos processos em si, mas num coletivo, sociocultural.</p> <p>Foi permitido pela comissão modalidade restrita, pelos técnicos que a compõem que o estagiário estivesse presente na reunião semanal, na distribuição de processos, e participasse na apresentação e discussão de casos apresentados pelos técnicos desta reunião interdisciplinar. Claramente esta é uma mais-valia para o estágio, tanto mais que estas reuniões são dinamizadas durante todo o estágio. Para além da participação nestas reuniões foi aprovado e disponibilizados pelos técnicos a possibilidade do estagiário os acompanhar em alguns dos seus atendimentos, participar nas entrevistas diagnósticas e de acompanhamento das Medidas e demais procedimentos, se se justificar.</p> <p>Esta atividade, em complementos com a atividade nº 1 é de extrema relevância para a aquisição de competências em estágio, uma vez que proporciona a possibilidade de estar presente em vários atendimentos com família e crianças, e de acompanhar diversos elementos técnicos e com múltiplas disciplinas técnicas e especializadas, fazendo repensar as metodologias de gestão processual sociofamiliar.</p>
------------------------	--

Problemática

Necessidade de aprofundar conhecimentos quer ao nível das sinalizações, entidades sinalizadoras, contacto com elementos da família, bem como procedimentos de gestão de processos e casos com várias multiproblemáticas ou complexidades.

A situação pandémica atual terá seguramente tido um impacto na intensidade e frequência das sinalizações e na gestão de processos, seria importante medir e avaliar qual.

Objetivo geral

Identificar e acompanhar os processos desde o momento da apresentação da sinalização que lhes deu origem (abertura de Processo), à sua instauração, avaliação, acompanhamento e arquivamento, liminar ou pós avaliação diagnóstica ou pós aplicação de Medida.

Apresentação, discussão de casos e contato presencial com elementos das famílias

Medir e comparar o volume processual, com existência pré-covid / covid

Objetivos específicos

Identificar as várias entidades sinalizadoras, os motivos de sinalização e de trabalho de prevenção.

Identificar os fundamentos de arquivamento, de distribuição de casos aos gestores de processo, e acompanhar a forma de cada uma das dinâmicas de gestão processual

Recolha de dados de sinalizações e encaminhamentos

Análise de conteúdos dos registos e elaboração relatório para estudo de estágio

	Acompanhamento os diversos técnicos da comissão nos atendimentos, podendo intervir em fase de entrevista e diagnóstico, (ou de outra forma se solicitado),
	Acompanhamento os diversos técnicos da comissão nos atendimentos, e ações de alguns dos seus processos, ou na sua apresentação de casos para discussão na comissão restrita
	Medir e comparar o volume processual, e demais indicadores dos anos anteriores e meses homólogos a 2020. De forma a entender se houve variações pré-covid / covid
Resultados esperados	Clarificar se houve variações das sinalizações, diversificação das matérias de perigo em meses pré-covid / covid
	Conhecer as entidades e respostas de primeiro e terceiro nível
	Listar e conhecer as fontes de sinalização
	Listar e conhecer as sinalizações e as “múltiplas-matérias de intervenção em cada processo
	Identificar e participar em várias abordagens de gestão de processo e/ou atendimento, repensando a relação técnico/ “cliente”
	Conhecer amplamente os procedimentos e diversas dinâmicas

Beneficiários (grupo-alvo)		Caraterização	
		Qualitativa	Quantitativa
Diretos		Estagiário	1
Indiretos		Técnicos da comissão modalidade restrita	12
		Crianças / Jovens (no mínimo)	60 processos

Metodologia utilizada	<p>Participar na comissão modalidade restrita/ apresentação de sinalizações e discussão de casos</p> <p>Acompanhamento os diversos técnicos da comissão modalidade restrita nos atendimentos e ações de alguns dos seus processos</p>
-----------------------	---

Recursos		
Humanos	Financeiros	Matérias
Estagiário Técnicos da c. restrita	-	Fichas de registo

Duração	Local
Durante todo o estágio de outubro a junho	Nas instalações da comissão e nos domicílios

Aspectos inovadores ou diferenciadores	De destacar a enorme relevância para a aquisição, validação ou reflexão sobre competências do estágio e em particular para a técnica de entrevista e avaliação diagnóstica, e não estabelecer relação técnica/ “cliente”.
--	---

Avaliação	
Processo	Resultados
Número de processos acompanhados Avaliação regular das ações do estagiário, por parte da orientadora, de forma a reajustá-las para melhor eficácia, nomeadamente em pequeninas linhas orientadoras para a ação e momento de reflexão.	Número de processos acompanhados Autoavaliação do desempenho e conhecimentos do estagiário. Avaliação do elemento técnicos da c. restrita do desempenho do estagiário e ações de estágio.

Instrumentos	
Processo	Resultados
Avaliação do número de casos acompanhados	Fichas de registo e recolha de acompanhamentos Quadro ou relatório de Análise de volume processual dos últimos anos e 2020

Anexo C - Atividade nº 3 – Procedimentos gerais e específicos, fichas e instrumentos

Ficha de Atividade	Nº	3
	Nome	Procedimentos gerais e específicos, fichas e instrumentos

Descrição da atividade	<p>Esta atividade consiste em conhecer e saber implementar todos os procedimentos gerais, e específicos para a gestão dos processos, a correta utilização das fichas e instrumentos, mas também a proposta de realização e aplicação de novos instrumentos.</p> <p>Assim será mais do que aceitar os procedimentos e instrumentos que temos ao dispor, é pensá-los, questionar se pode ou não haver pequeninos reajustes e propô-los, avaliar com a equipa técnica a sua pertinência e relevância, e, se for o caso, reconstruí-los, aplicá-los em forma de teste e medir a vantagem ou não de eventual alteração.</p>
------------------------	--

Problemática	<p>Pelo facto de haver um número significativo de novas sinalizações semanais, para além do volume processual dos casos a decorrerem, todos com um enquadramento legal específico, bem como pelo facto de ser uma comissão com uma estrutura nacional e local, simultaneamente, com áreas territoriais de atuação perfeitamente definidas, sem esquecer a multidisciplinaridade de técnicos e a sua permanência ou rotatividade.</p> <p>Como em qualquer instituição, em constante atualização, em particular constituída por equipas multidisciplinar, é necessário um olhar atento aos procedimentos e dinâmicas internas de forma a facilitar e/ ou homogeneizar procedimentos, aumentando a eficácia e conforto dos técnicos, e nem sempre há tempo e recursos para esta análise/ avaliação</p>
--------------	---

Objetivo geral	Aprofundar, e conhecer com rigor todos os procedimentos internos, e nacionais de gestão processual
	Conhecer e registar os processos na aplicação informática nacional
	Elaborar e aplicar (testar) novas fichas de registo e diagnóstico
Objetivos específicos	Aprender, aplicar os procedimentos gerais internos
	Aprender, aplicar os procedimentos gerais nacionais
	Identificar e utilizar fichas e instrumentos de apoio
	Propor alteração/ atualização de novos instrumentos de registo e diagnóstico. (aplicável se houver necessidade)
Resultados esperados	Garantir eficácia nos procedimentos de registo de processo e/ ou no seu correto arquivamento e/ou encaminhamentos
	Utilização aplicação informática, processos físicos, e/ou instrumentos de registo e de divulgação
	Implementação e novos procedimentos e instrumentos/ fichas de registo e/ou diagnóstico

	Caraterização	
	Qualitativa	Quantitativa
Beneficiários (grupo-alvo)	Técnicos CPCJ	12

--	--	--

Descrição da atividade	
Metodologia utilizada	Aprender e executar os procedimentos gerais, desde a utilização da aplicação informática, processos físicos, e/ou instrumentos de registo e de divulgação. Simultaneamente ou sempre que for entendido propor reajustes, ou criação de novos instrumentos, elaborá-los e aplicá-los, tentando-os, em particular nas fichas para de registo e diagnóstico.

Recursos		
Humanos	Financeiros	Matérias
Estagiário	-	-

Duração	Local
Todo o estádio	Nas instalações CPCJ

Aspetos inovadores e diferenciadores

Avaliação	
Processo	Resultados
Número de alterações propostas	Número de fichas ou instrumentos alterados ou criados

Instrumentos	
Processo	Resultados
Reuniões/ conversas com elementos técnicos e administrativos da CPCJ	

Notas/ Observações

Anexo D - Atividade nº 4 – Guia de recursos

Ficha de Atividade	Nº	4
	Nome	Guia de recursos

Descrição da atividade	Adaptar um suporte digital, próximo a uma base de dados, e preenchê-lo com os contatos, serviços e resposta técnica das instituições de primeiro e terceiro nível de intervenção.
------------------------	---

Problemática	A constante dinâmica social, move técnicos, respostas sociais, contactos telefónicos entre outros com enorme rotatividade e é emergente ter os contatos e recursos s sempre atualizados, que por vezes se torna difícil
--------------	---

Objetivo geral	Criar, dinamizar e garantir a sustentabilidade após o final do estágio, de um guia de recursos institucionais e técnicos.
Objetivos específicos	Avaliação da melhor forma de recolha de base dados e registo e proceder nesse sentido
	Fazer registo, recolha de dados e testar a aplicação ou base informática
	Finalizar, formar e assegurar a regular e constante atualização para os seus utilizadores de forma a garantir a sua sustentabilidade futura
	Divulgar/ partilhas com outras entidades o resultado (base informática) e alguns contatos e respostas "públicas"

Resultados esperados

Criar, dinamizar e garantir a sua continuidade de uma base de dados informática, aplicação, como guia de recursos e respostas de intervenção de primeiro nível, em particular

**Beneficiários
(grupo-alvo)****Caraterização****Qualitativa**

CPCJ da CPCJ

Quantitativa

12

Metodologia utilizada

Avaliação da melhor forma de recolha de base dados e registo
Fazer registo e recolha de dados
Finalizar e divulgar o resultado

Recursos**Humanos**

Estagiário

Informático ou
programador (consultor)**Financeiros**

-

-

Matérias

-

Base de dados
(suporte digital)

Duração	Local
De dezembro a maio	Instalações CPCJ, empresas e instituições

Aspetos inovadores e diferenciadores	Ser um processo dinâmico e constantemente atualizado, sendo atualizável pelos próprios utilizadores
---	---

Avaliação	
Processo	Resultados
-	Ser intuitiva e de rápida utilização

Instrumentos	
Processo	Resultados
Experimentação de aplicativos	A eficácia da própria base digital

Anexo E - Atividade nº 5 - Webinar

Ficha de Atividade	Nº	5
	Nome	Webinar

Descrição da atividade	<p>Organizar, executar e avaliar dois momentos de formação on-line, Webinar's com temas e beneficiários distintos. Assim, uma destas secções pretende divulgar e esclarecer os alunos de psicologia e psicólogos em geral, sobre a missão, ação e demais questões que se mostrem relevantes para os “formandos” do Webinar, a CPCJ e o seu funcionamento e atuação. Um outro momento visa responder a algumas necessidades de “formação” sentidas pelos técnicos que já trabalham nas CPCJ e que previamente indiquem que temas serão necessários trabalhar nesse momento. Espera-se também que ambos possam decorrer e complementar com a atividade nº 6 e seus objetivos.</p>
------------------------	---

Problemática	<p>A formação em particular formação técnica e direcionada para as necessidades é emergente e muito necessária, mas escasseia muito</p>
--------------	---

Objetivo geral	Realizar ações de formação e partilha de conhecimentos.
Objetivos específicos	Criação e dinamização de Webinar

Resultados esperados

Realizar dois Webinar com conteúdo relevante, no sentido de corresponder às necessidades do público-alvo de cada um, bem dinamizado e avaliado pelos participantes como útil e bom

Beneficiários
(grupo-alvo)

Caraterização	
Qualitativa	Quantitativa
Estudantes de Psicologia	45
Psicólogos	8
Técnicos das comissões	50

Metodologia utilizada

Propor e apoiar a realização de um destes momentos junto da Universidade Autónoma de Lisboa, (UAL) escolhendo, propondo orador e fazer a respetiva ligação entre os dois serviços, e a avaliar as expectativas dos intervenientes e da eficácia ação em si mesmo.

Num outro momento recolher as necessidades formativas dos técnicos, escolher o orador e analisar conteúdos e dinâmica e organizar a secção e sua avaliação.
(Forte possibilidade de ser gravada, processada em vídeo para utilização posterior, ficando ao serviço de futuros técnicos)

Recursos		
Humanos	Financeiros	Matérias
Estagiário (2 a 4) Orador/ formador	-	Espaços físicos adequados (secretariado e gestão da conferência em si) internet e computadores (2)

Duração	Local
Preparação (dezembro a abril) Execução e avaliação(abril)	Plataforma Zoom (creio que será a utilizada) Instalações CPCJ

Aspetos inovadores e diferenciadores	Partilha de conteúdos técnicos, que ficaram registados e disponível para futuros interessados nestes temas.
---	--

Avaliação	
Processo	Resultados
Aceitação dos temas e disponibilidade para registo de necessidades de formação	Número de participantes e grau de satisfação

Instrumentos	
Processo	Resultados
Fichas de registo de necessidades formativas	Vídeos “maquinizados” para utilização de formação futuras

Notas/ Observações

Anexo F - Atividade nº 6 – Prevenção dos maus-tratos infantis

Ficha de Atividade	Nº	6
	Nome	Prevenção dos maus-tratos infantis

Descrição da atividade	Apoiar algumas instituições de primeiro nível, bem como elementos da comissão modalidade alargada na promoção, dinamização e avaliação, incluindo recolha e registo de documentos e materiais utilizados, nas campanhas de sensibilização para a necessária prevenção dos maus-tratos infantis.
------------------------	---

Problemática	A sociedade em geral, cidadãos, e algumas instituições e técnicos, carecem de algumas informações e/ou recursos para crescerem em ações eficazes de prevenção de maus-tratos
--------------	--

Objetivo geral	Criar instrumentos e canais que aumentem a consciência, o conhecimento, a partilha, e contribuam para a alteração de comportamentos
Objetivos específicos	Apoiar instituições de primeiro nível e técnicos na construção e dinamização do <i>Mês azul</i> , específico para a sensibilização e prevenção de maus-tratos na infância
	Arquivo e/ ou divulgação dos trabalhos ou dos instrumentos de sensibilização que destas ações resultarem

Resultados esperados	Criação de instrumentos e divulgação dos mesmos
	Proporcionar momentos de partilha, que visem ao reforço ou à construção de conhecimentos, e possam contribuir para a alteração de comportamentos ou reforçar boas práticas

	Caraterização	
	Qualitativa	Quantitativa
Beneficiários (grupo-alvo)	Técnicos	30
	Instituições	9
	País	80
	Famílias	30
	Sociedade em geral	30

Metodologia utilizada	<p>Planeamento incluindo convite e reuniões com técnicos e instituições</p> <p>Planeamento direcionado aos conteúdos e referenciais teóricos</p> <p>Preparação, dando apoio e/ou trabalhando em grupos de trabalho temáticos ou locais para a realização de ações.</p> <p>Execução e posterior avaliação da Atividade, devolvendo e partilhando boas práticas ou trabalhos daí resultantes.</p>
-----------------------	---

Recursos		
Humanos	Financeiros	Matérias
Elementos da comissão modalidade restrita Elementos da comissão modalidade alargada Técnicos das instituições parceira Cidadão em geral		Folhas e cartazes, vídeos etc...

Duração	Local
De dezembro a maio	Instalações CPCJ e nas instalações das entidades parceiras e virtualmente

Aspetos inovadores e diferenciadores

Avaliação	
Processo	Resultados
Número de envolvidos	Número de envolvidos

Instrumentos	
Processo	Resultados
	Material resultante da campanha de prevenção/ sensibilização

Notas/ Observações

Anexo G - Atividade nº 7 – Treino e educação sensorial de crianças

Ficha de Atividade	Nº	7
	Nome	Educação sensorial de crianças

Descrição da atividade	<p>Criação, dinamização e avaliação de uma dinâmica de treino e educação sensorial para crianças em idade pré-escolar e/ ou alunos do primeiro ciclo, através do contacto com materiais naturais e artificiais para treino e educação sensorial. Medir o impacto da ação deste programa através do teste sensório-bucólico</p> <p>Sensório, pois é relativo à sensibilidade, à transmissão de sensações.</p> <p>Bucólico, no sentido da forma de viver conectado com a natureza ou de uma forma mais natural e simples, mais ligado a um estado mais ingênuo, quase inconsciente ou puro, em aceitação dos estímulos da natureza e campestres. (conceitos a definir com mais exatidão na construção destas dinâmicas de educação sensorial numa vertente urbana e bucólica, em complemento ou em separado).</p>
------------------------	---

Problemática	<p>Escassez de respostas e/ ou demora na obtenção de ações com crianças, bem como a necessidade constante de construção de novas dinâmicas.</p>
--------------	---

Objetivo geral	Potencializar formas de treino e educação sensorial
Objetivos específicos	Criar de um programa “piloto/ teste”, da sua dinamizar e avaliação de secções de educação sensorial de crianças

Resultados esperados

Alteração (pouca) de comportamentos e interatividade com materiais em particular com matérias da natureza.
Realizar 4 secções com crianças

Beneficiários
(grupo-alvo)

Caraterização

Qualitativa

Quantitativa

Crianças

80

Metodologia utilizada

Pesquisa teórica e metodológica
Reuniões com parceiros e planeamento
Planeamento
Realização das secções

Recursos

Humanos

Financeiros

Matérias

Estagiário
Educadores ou
professores

1
De 4 a 8

Duração	Local
Planeamento (novembro a março) Execução (abril e maio)	Instalações dos parceiros

Aspetos inovadores e diferenciadores	Criação de uma dinâmica que vise uma educação sensorial, reeducação sensorial, num eixo mais ou menos natural do contexto urbano e de ambiente social mais ou menos tecnológico, em contraponto e/ ou complemento a um eixo de materiais mais oriundos da natureza, na linha a que chamei de Bucólico e que desenvolverei durante a estágio na construção das dinâmicas Psico-educativas e de intervenção que se pretende o mais precoce possível.
--------------------------------------	--

Avaliação	
Processo	Resultados
Aplicar instrumentos de avaliação Recolher avaliação da eficácia junto do técnico	Quantificação do gosto de participar nas sessões Número e duração das sessões realizadas

Instrumentos	
Processo	Resultados
Garante do rigor teórico e metodológico da aplicação das secções	Fichas de registo

Notas/ Observações

Anexo H - Atividade nº 8 – Tertúlias de pais e mães

Ficha de Atividade	Nº	8
	Nome	Tertúlias de pais e mães

Descrição da atividade	<p>A escolha do nome e conceito tertúlias pretende retirar o peso do conceito e da narrativa de grupos de encontro ou de formação/ debate ou até mesmo workshop. As tertúlias pretendem ser uma reunião, que se gostaria de transformar numa frequência mais ou menos regular, durante as quais se pudessem discutir vários temas, em particular associados às questões relativas às responsabilidades parentais e/ ou, da chamada, parentalidade positiva.</p> <p>Assim a atividade de tertúlias de pais, na ideia mobilizadora de juntar homens e mulheres, novos e velhos, na troca de opiniões de ideias para a parentalidade possível, eficaz e saudável para todos.</p>
------------------------	---

Problemática	<p>A constante dinâmica de novos pais, novos filhos, novas formas de fazer e refazer as famílias, carecem de pensar e redefinir responsabilidades parentais, qual o papel de cada um e o que os outros podem esperar?</p>
--------------	---

Objetivo geral	<p>Pensar e proporcionar momentos e reflexões sobre responsabilidades parentais, responsabilidades familiares de forma a potencializar um reajuste de comportamentos.</p>
Objetivos específicos	<p>Criar, dinamizar e avaliar as seções de troca de visões e boas práticas parentais</p>

Resultados esperados	Realizar 4 secções com pais e mães
----------------------	------------------------------------

	Caraterização	
	Qualitativa	Quantitativa
Beneficiários (grupo-alvo)	País	30
	Mães	15

Descrição da atividade	A atividade consiste em planear, executar e avaliar 4 secções de tertúlias, com temas iniciais propostos, mas que pelo facto de serem amplos pretendem proporcionar e potencializar múltiplas abordagens. A atividade será proposta para ser realizada em conjunto com alguns parceiros ou técnicos. Neste momento é colocada a possibilidade de poder realizada on-line, sendo o maior dos motivos a gestão de tempo, a facilidade de mobilização, entre outros indicadores que poderão levar à escolha desta metodologia não presencial ou mista.
Metodologia utilizada	Numa primeira fase pretende fazer-se uma pesquisa teórica e metodológica, reuniões com parceiros e planeamento, numa fase posterior, executar e avaliar as secções, registar e podendo fazer Análise de conteúdo destas secções pouco estruturada de conteúdo e obrigatoriedade de temas.

Recursos		
Humanos	Financeiros	Matérias
Técnicos parceiros	-	-

Duração	Local
novembro a abril	Instalações CPCJ, nas instalações dos parceiros, on-line

Aspetos inovadores e diferenciadores	Seções de temas livres, em grupo de pares, com possibilidade de assistência on-line
--------------------------------------	---

Avaliação	
Processo	Resultados
Participação na recolha de propostas para tema orientador das tertúlias	Participação ativa nos temas e aumento da complexidade dos mesmos Grau de satisfação dos participantes

--

Instrumentos	
Processo	Resultados
-	Síntese e Análise de conteúdos dos temas abordados e aprofundados

Notas/ Observações
