



Live, Online

January, 25-27, 2022

Organisation:

International Conference on Childhood and Adolescence (org.)

eventQualia unipessoal Lda

Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPS-SPP)

Sociedade Portuguesa para o Estudo da Criança Abusada e Negligenciada (SpeCan)

Editor:

eventQualia

ISBN: 978-989-53545-2-8

Conference Proceedings - International Conference on Childhood and Adolescence (Org.)

Published: November, 2022.

# Index

About ICCA	9
<b>ABSTRACTS</b>	<b>10</b>
<b>Symposiums</b>	<b>11</b>
ICCA2022-PRP-75440 - Competências pré-escolares e school readiness .....	12
ICCA2022-PRP-24532 - Pontes entre a cultura e a psiquiatria da infância e adolescência .....	21
ICCA2022-PRP-83788 - Pais e Filhos na Primeira Infância.....	26
<b>Oral Communications</b>	<b>33</b>
ICCA2022-73541 - Silencios, alianzas y activismos juveniles ante el acoso escolar transfóbico.....	34
ICCA2022-10663 - Intervenção Precoce, Desenvolvimento, Práticas Centradas na Família, Necessidades, Criança .....	36
ICCA2022-14556 - Papel dos professores na promoção e proteção de crianças e jovens em risco ..	38
ICCA2022-19229 - Los recursos educativos como barreras para la realización de apoyos inclusivos ...	39
ICCA2022-24938 - El lenguaje en los prematuros extremos. Resultados preliminares .....	40
ICCA2022-27644 - Promoção de competências socioemocionais através de Mindfulness: uma experiência em contexto escolar .....	42
ICCA2022-29420 - Oncologia Pediátrica e Acompanhamento Escolar Hospitalar .....	43
ICCA2022-30289 - Importância da Inclusão e Flexibilidade em Contexto Escolar .....	44
ICCA2022-35437 - Participación infantil en un proyecto de mejora: de las políticas a las prácticas. .	46
ICCA2022-36216 - Formar al profesorado para garantizar una educación inclusiva: mejoras necesarias .....	47
ICCA2022-40863 - Expectativas Y Preocupaciones De Los Adolescentes Hacia La Universidad: Una Mirada Desde Sus Narrativas Visuales .....	48
ICCA2022-44404 - Os Formadores De Uma Escola De Artes E A Educação Inclusiva: Representações E Práticas .....	49
ICCA2022-44977 - Promoção Literacia Em Sono Na Infância - Adolescência: Uma Necessidade Emergente .....	51
ICCA2022-45087 - Desafios na construção de uma Escola Inclusiva em Moçambique: um estudo de caso no Centro de Recursos de Educação Inclusiva Josina Machel de Anchilo em Nampula.....	52
ICCA2022-47109 - Aulas de acogida para el alumnado extranjero: ¿políticas educativas inclusivas o excluyentes? .....	53
ICCA2022-49206 - O Teacher Classroom Management Programme em tempo de pandemia: Preferências de educadoras de infância quanto à modalidade de aplicação (presencial vs online)...	54
ICCA2022-50028 - Inclusão; Perspetivas e Contextos O caso do Movimento da Escola Moderna...56	
ICCA2022-52855 - Escola Inclusiva: Representações de Pais, Professores e Direção .....	57
ICCA2022-58045 - Articular práticas educativas na natureza e no jardim-de-infância: um programa de formação colaborativa inovador .....	58
ICCA2022-60264 - Adolescentes En La Red: ¿Varían Sus Hábitos Según El Género? .....	59
ICCA2022-64288 - Políticas educativas en acción: hermanando comunidades de escolares .....	60

ICCA2022-64791 - “Pediatria Descomplicada” – intervenção na comunidade através da rádio local	61
ICCA2022-78051 - Nudging Social Norms to Redress Peer-to-Peer Violence in Schools.....	62
ICCA2022-85308 - Projeto digital de educação para a Diabetes mellitus tipo 1 .....	64
ICCA2022-20935 - A vacinação contra a COVID-19: breve reflexão sobre a relevância da opinião das crianças e jovens nas tomadas da decisão à luz do ordenamento jurídico português .....	67
ICCA2022-28490 - Breves considerações sobre participação social e judicial da criança a partir da Convenção Sobre os Direitos da Criança .....	69
ICCA2022-37953 - Direito das Crianças e Inteligência Artificial: algumas reflexões à luz do “Policy Guidance on AI for Children” .....	70
ICCA2022-75552 - Os modelos de residência do(s) filho(s) nos nossos dias .....	71
ICCA2022-13719 - Alterações dermatológicas e trauma - desafios ao diagnóstico de abuso infantil	74
ICCA2022-31903 - Síndrome de Morte Súbita do Lactente.....	75
ICCA2022-15907 - Promoção de estilos de vida saudáveis: Refeições em família com crianças, estudo de caso.....	77
ICCA2022-18964 - Prevenção dos maus tratos como medida de promoção do neurodesenvolvimento infantil.....	78
ICCA2022-26622 - Adaptação Psicológica E Estratégias De Coping Utilizadas Pelos Pais De Crianças Com Doença Oncológica.....	80
ICCA2022-34454 - Integração da doença crónica na vida familiar: Estudo preliminar da versão portuguesa do instrumento Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire.....	81
ICCA2022-61076 - Processo de transição saúde-doença na adolescência: apreciação de uma família	82
ICCA2022-85121 - Tradução e adaptação cultural do Questionnaire of Parental Sleep Knowledge...84	84
ICCA2022-87691 - O papel do Enfermeiro de Família na prevenção da obesidade infantil em crianças na idade pré-escolar .....	86
ICCA2022-88122 - A Experiência Dos Pais Que Acompanham Os Filhos Em Cuidados Paliativos Pediátricos - Uma Scoping Review .....	87
ICCA2022-89997 - Programa De Intervenção Sobre O Sono Em Idade Pediátrica .....	88
ICCA2022-43958 - Projeto Reticências: conceção de um instrumento com potencialidade diagnóstica e pedagógica .....	91
ICCA2022-45117 - Aprender com as crianças sobre o lugar que habitam: uma aproximação ao Bairro da Emboladoura, Guimarães, Portugal .....	92
ICCA2022-85134 - Síndrome de Munchausen por Procuração: a figura perpetradora e o seu comportamento preditor .....	93
ICCA2022-10006 - Violência No Namoro Nos Jovens- Revisão Do Tema E Impacto De Um Webinar ...	94
ICCA2022-13734 - Anorexia Nervosa e vasoespasma periférico –a propósito de um caso clínico ....95	95
ICCA2022-13782 - Síndrome de Mauriac - Complicação rara de um caso de diabetes mellitus tipo I...	96
ICCA2022-16957 - Pandemia e maus tratos infantis: “gato escondido com o rabo de fora?” .....	97
ICCA2022-16970 - A forgotten form of non-insulin dependent diabetes .....	98
ICCA2022-18525 - Impacto do 1º confinamento causado pela pandemia COVID-19 na população pediátrica.....	99
ICCA2022-20297 - Anogenital warts in children always means sexual abuse? – a case report .....	100



ICCA2022-20688 - A Importância Da Intervenção Nos Irmãos Das Crianças Vítimas De Mau Trato	102
ICCA2022-28606 - Doentes Asmáticos E Pandemia Covid-19 .....	103
ICCA2022-28897 - PORQUE TRANSFERIMOS OS NOSSOS RECÉM-NASCIDOS? 5 anos de transferências inter-hospitalares .....	104
ICCA2022-29068 - Lost In The Network - Problematic Internet Use In Adolescents.....	105
ICCA2022-32479 - Interrupção voluntária da gravidez em adolescentes: a importância do contexto ....	106
ICCA2022-32646 - A Intervenção articulada e centrada na família: um caso de sucesso.....	108
ICCA2022-34053 - Acompanhamento familiar em internamento pediátrico.....	109
ICCA2022-37540 - Os adolescentes & o sono na pandemia COVID-19: melhor ou pior?.....	111
ICCA2022-37582 - Internamentos Por Doença Crónica Complexa Em Pediatria: Estudo Retrospectivo .	112
ICCA2022-38039 - Estudo Preliminar Da Versão Portuguesa Do Instrumento Iceland Family Illness Beliefs Questionnaire (ICE-FIBQ) .....	114
ICCA2022-38286 - Efetividade da fisioterapia na melhoria dos sintomas decorrentes de um Sarcoma de Ewing com prótese coxofemoral extensível: um estudo de caso .....	115
ICCA2022-40318 - O que está por detrás de uma intoxicação?.....	116
ICCA2022-42710 - Doença Inflamatória Pélvica na adolescência – um desafio diagnóstico e de abordagem .....	117
ICCA2022-44571 - Migração e Perturbações do Neurodesenvolvimento – Casuística de um Hospital de Nível II.....	119
ICCA2022-49207 - Emergency Department admissions during the neonatal period - the consequences of the Covid-19 pandemic .....	120
ICCA2022-52731 - Comportamentos auto-lesivos e suicidários – distinção e revisão.....	121
ICCA2022-57038 - Filhos de mães adolescentes – Um desafio real.....	123
ICCA2022-59825 - Perfil de maus tratos pré-pandemia e durante a pandemia COVID-19: casuística de uma região .....	124
ICCA2022-60761 - Intervenção Precoce em Idade Pediátrica: Experiência de um Hospital Nível II .	125
ICCA2022-65514 - Consulta de vigilância de saúde infantil em cuidados de saúde primários: porque é que as crianças faltam? .....	127
ICCA2022-65886 - Saúde mental em tempos de isolamento social – impacto da pandemia COVID-19 nos adolescentes .....	128
ICCA2022-70521 - Jovens Portugueses Institucionalizados e a sua Relação com os Animais de Companhia .....	209
ICCA2022-28355 - Programa de intervenção em crianças com Perturbação da Comunicação: Capacitação e grau de satisfação dos cuidadores.....	212
ICCA2022-32359 - VOICE - Vocational education and training for speech and language therapists and parents for rehabilitation of children with cochlear implant on how to speak.....	213
ICCA2022-43997 - Processos atípicos de comunicação: cocriação de um modelo conceptual e programa de intervenção .....	214
ICCA2022-32356 - Asociación entre el tiempo de juego activo en preescolares y el desarrollo infantil percibido por los padres .....	216

ICCA2022-29862 - Construção de uma tecnologia educativa para o desenvolvimento sociomoral de crianças do ensino básico .....	219
ICCA2022-81215 - Enquadramento jurídico do direito de proteção da criança refugiada .....	221
ICCA2022-43110 - A Rare Cause Of Severe Hypocalcemia In Paediatrics.....	222
ICCA2022-57181 - Prevalência Anual De Torcicolo Muscular Congénito Na Região Do Barlavento Algarvio .....	223
ICCA2022-59814 - Discinesia causada pelo metilfenidato, um efeito pouco conhecido.....	224
ICCA2022-66547 - Efetividade da fisioterapia na melhoria dos sintomas de um bebé com lesão de plexo braquial.....	226
ICCA2022-66859 - Tosse persistente: Diagnóstico a não esquecer .....	227
ICCA2022-67336 - When a disease doesn't come alone: a case report. ....	228
ICCA2022-71174 - Internamento social e doença crónica - a propósito de um caso clínico .....	229
ICCA2022-73607 - “Pode ser tudo visto através do olhar” – A importância de um diagnóstico precoce .....	230
ICCA2022-13143 - Meninas na pandemia: uma intervenção a partir do dispositivo da Fotolinguagem@.....	232
ICCA2022-24827 - Evaluación De Las Actitudes Hacia La Violencia En El Contexto Escolar .....	233
ICCA2022-34361 - Las Actitudes Positivas Hacia La Violencia Escolar Contra Estudiantes Lgtbiq+: Un Estudio Cualitativo.....	234
ICCA2022-42944 - Are there differences in the improvement of social skills in young school-aged children who received a transdiagnostic program according to sex? .....	236
ICCA2022-44320 - Adolescência E Saúde Mental: Quem Está Preparado Para Comunicação Sobre Temas Envolvendo Fatores De Risco?.....	237
ICCA2022-46416 - Aporofobia En El Contexto Escolar.....	239
ICCA2022-52211 - Múltiplos Olhares sobre a Diversidade de Expressões e Identidades de Género na Infância: Uma Revisão Sistemática da Literatura .....	241
ICCA2022-71081 - Mom, dad, I can handle this!”: Development of the coping inventory to COVID-19 and home confinement on children and adolescents .....	242
ICCA2022-72775 - Stress Parental E Suporte Social .....	243
ICCA2022-85784 - Um estudo sobre as características da amígdala em crianças e adolescentes com traços de frieza emocional .....	245
ICCA2022-59561 - Parentalidade, crianças e literacia digital: Desafios e oportunidades. ....	247
ICCA2022-59883 - Experiência online e perceção de risco entre a população jovem do concelho de Vila Nova de Gaia .....	248

## **FINAL PAPERS 250**

### **Round Tables 251**

Redes sociais – o bom, o mau e o vilão.....	252
A rede social do jogo online: dependência ou dependências? .....	256
Geração Covid: como estão os direitos antigos? .....	260
What Happens When The Family Falls III .....	270

### **Oral Communications and Posters 282**

ICCA2022-10006 - Violência no namoro nos jovens- Revisão do tema e impacto de um webinar ...	283
--	-----

ICCA2022-10663 - Intervenção Precoce, Desenvolvimento, Práticas Centradas na Família e Necessidades, Criança .....	286
ICCA2022-11253 - Autonomia e habilidades de vida adulta: Impacto de uma intervenção socioeducativa em jovens institucionalizadas .....	302
ICCA2022-13143 - Meninas na pandemia: uma intervenção a partir do dispositivo da Fotolinguagem®.....	314
ICCA2022-14556 - Papel dos professores na promoção e proteção de crianças e jovens em risco	323
ICCA2022-15445 - Intervenção Social numa Unidade de Neonatologia – realidade dos últimos 4 anos 333	
ICCA2022-20688 - A importância da intervenção nos irmãos das crianças vítimas de mau trato ....	336
ICCA2022-22225 - Psychiatric Symptoms among Siblings of Children with Chronic Illness: two case perspectives.....	338
ICCA2022-26622 - Adaptação psicológica e estratégias de coping utilizadas pelos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica .....	347
ICCA2022-28606 - Doentes asmáticos e pandemia COVID-19 .....	358
ICCA2022-28897 - Why do we transfer our newborns? A five-year retrospective study .....	361
ICCA2022-30289 - Importância da Inclusão e da Flexibilidade em Contexto Escolar.....	367
ICCA2022-31382 - Qual o impacto da vinculação e da cultura no desenvolvimento de perturbações alimentares? .....	378
ICCA2022-34050 - Why is it important to talk about intersectionality and child & adolescent mental health?.....	391
ICCA2022-34454 - Integração da doença crónica na vida familiar: Estudo preliminar da versão portuguesa do instrumento Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire (FAM-ACIQ).....	400
ICCA2022-36421 - Cultura e relação mãe-bebé.....	412
ICCA2022-38039 - Estudo preliminar das propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire (ICE-FIBQ).....	422
ICCA2022-40318 - O que está por detrás de uma intoxicação?.....	433
ICCA2022-42511 - Stress relacionado com a COVID-19 e os sintomas de internalização- como estão os adolescentes? .....	437
ICCA2022-43588 - Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbação da Regulação do Processamento Sensorial – Relato de Casos Clínicos .....	444
ICCA2022-43997 - Processos atípicos de comunicação: cocriação de um modelo concetual e de um programa de intervenção .....	455
ICCA2022-44404 - Os formadores de uma escola de artes e a educação inclusiva: representações e práticas.....	468
ICCA2022-45087 - Desafios na construção de uma Escola Inclusiva em Moçambique: um estudo de caso.....	482
ICCA2022-50611 - Self-compassion and social anxiety: Differential associations between normative and socially anxious adolescents.....	491
ICCA2022-52731 - Comportamentos auto-lesivos e suicidários – distinção e revisão.....	503
ICCA2022-53979 - Eu aos 80: ação intergeracional com tema longevidade para combate ao ageismo e estímulo ao plano de vida com jovens.....	506
ICCA2022-59561 - Parentalidade, crianças e literacia digital: Desafios e oportunidades .....	519
ICCA2022-60264 - Adolescentes en la red: ¿Varían sus hábitos según el género?.....	528

ICCA2022-60761 - Intervenção precoce em idade pediátrica - experiência de um hospital nível II..	538
ICCA2022-65514 - Child health in primary health care: why do children miss their appointments? .	547
ICCA2022-65887 - Pais e Filhos na Primeira Infância .....	553
ICCA2022-66859 - Persistent cough: a diagnosis to bear in mind.....	565
ICCA2022-71075 - Regulação emocional e competências sociais em crianças e jovens institucionalizadas .....	568
ICCA2022-74220 - Is my kid on the spectrum? - parental perceptions about diagnostic's disclosure in child and adolescent psychiatry.....	580
ICCA2022-74799 - Hemorragia Uterina Anormal na consulta de Medicina do Adolescente .....	590
ICCA2022-74905 - Agressão física: qual o impacto da pandemia SARS-CoV-2? .....	599
ICCA2022-77997 - Porque Não Aprendo? .....	605
ICCA2022-78051 - Nudging social norms to redress peer-to-peer violence in schools .....	615
ICCA2022-79536 - Considerações Culturais em Pedopsiquiatria – A Importância da Competência Cultural .....	627
ICCA2022-79815 - A ansiedade nos adolescentes portugueses e o medo de falhar e da crítica ....	640
ICCA2022-81215 - Enquadramento jurídico do direito de proteção da criança refugiada .....	649
ICCA2022-84385 - Suicídio com nitrato de sódio: uma nova realidade.....	655
ICCA2022-84448 - Quais são os fatores que medeiam a associação entre vinculação insegura e depressão?.....	660
ICCA2022-87021 - Percepções de adolescentes acolhidos em abrigo em tempos de pandemia de COVID-19 .....	671

## About ICCA

---

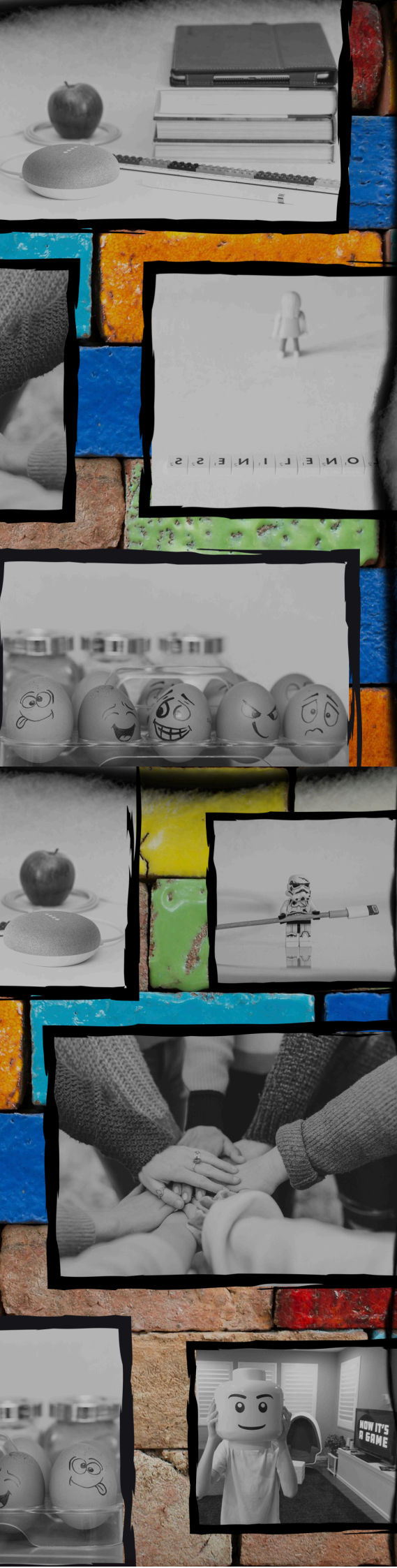
The 6th International Conference on Childhood and Adolescence and 9th annual meeting of the Social Paediatric Subcommittee (SPS-SPP) of the Portuguese Society of Paediatrics took place in online format between January 25th and 27th.

The International Conference on Childhood and Adolescence promotes open dialogue about childhood and adolescence issues with the help of multidisciplinary perspectives and experiences. Anchored on a participative approach, in which the audience may take part in the debate, ICCA promote the meeting between knowledge and know-how in an array of areas, from Psychology to Medicine, going through Law, Arts, Sports, Social Service, Sociology, Nursing, Nutrition, among others, giving the opportunity to researchers, professionals, students, teachers, parents and everyone who is interested in these issues.

With already six successful editions, with around 400 participants per edition, ICCA has been creating a congress model based on formal and informal sharing of experiences, knowledge and contacts. Bringing together participants from the 5 continents, that during three days of conference, get the opportunity to witness and contribute to the discussion on various themes related to childhood and adolescence. Medicine, Psychology, Education, Sports, Nutrition, Sociology and Law are just a few of the several areas that have led to the success of this initiative since its first edition.

The conference is organised by eventQualia together with the Social Paediatric Subcommittee (SPS-SPP) of the Portuguese Society of Paediatrics and Portuguese Society for the Study of Abused and Neglected Children (SPECAN), in collaboration with the Portuguese Society of Clinical Sexology.

# ABSTRACTS







# Symposiums

## Education

### ICCA2022-PRP-75440 - Competências pré-escolares e school readiness

### ICCA2022-11993 - Competências Motoras e Conhecimento Geral do Mundo – Preditores de school readiness? Discussão Final

<sup>1</sup>Inês de Oliveira <sup>1</sup>, Nuno Araújo Duarte <sup>1</sup>, Frederica Vian <sup>1</sup>, Sílvia Afonso <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Dona Estefânia

Objetivos: A primeira parte deste trabalho visa identificar se as Competências Motoras e o Conhecimento Geral do Mundo nos pré-escolares são preditores de school readiness (SR). A segunda parte deste trabalho consiste na discussão final do simpósio, que incluirá a sistematização de princípios importantes a ter em conta aquando a avaliação da SR. Métodos: Revisão não sistemática da literatura nas bases de dados Pubmed e Google Scholar com as palavras-chave: “preschool”, “school readiness”, “motor skills”, “comprehension of the world”. Recorreu-se ainda às Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (2016), bem como ao Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Resultados: Uma competência motora comprometida parece ser um importante precursor de insucesso escolar. A perceção visual, a integração visuo-motora e a eficiência motora são competências fundamentais para SR, nomeadamente ao nível da Leitura, da Escrita e da Matemática. Quer a motricidade global quer a motricidade fina demonstraram efeitos longitudinais ao nível da Linguagem, da Leitura e da Matemática, nos últimos anos da escola primária. No entanto, a motricidade fina parece estar mais intimamente associada às competências académicas futuras, especialmente a destreza manual e a coordenação olho-mão. A motricidade fina parece ser um melhor preditor das competências futuras ao nível da Matemática, do que das competências futuras ao nível da Leitura. O conhecimento geral do mundo parece ser o preditor mais forte para as competências futuras na área das Ciências e da Leitura, e, conjuntamente com as competências precoces de Matemática, para as competências futuras na área da Matemática. As competências futuras na área das Ciências foram preditas fortemente pelo conhecimento geral do mundo e, com menor contribuição, pelas competências precoces de Matemática. Foram identificadas associações com valor preditivo de SR nas várias áreas de competências estudadas - competências psicossociais, motoras, consciência fonológica, competências precoces de Matemática, conhecimento geral do mundo e atenção. Conclusões: A avaliação da SR deve ser multidisciplinar e deve-se colher informação de diferentes contextos, sendo a articulação com a educadora da criança fundamental para a tomada de decisão. A colheita de história clínica poderá ser complementada com a utilização de escalas que avaliam o desenvolvimento da criança, mas estas devem ser interpretadas no contexto de uma avaliação mais global. Da avaliação das competências pré-escolares deve constar a avaliação das competências psicossociais, motoras (especialmente de motricidade fina), consciência fonológica, competências precoces de Matemática, conhecimento geral do mundo e atenção. A avaliação das competências pré-escolares deve ser feita em várias ocasiões ao longo do

desenvolvimento da criança e não apenas aquando a necessidade de tomada de decisão de ingressar no ensino básico. Aquando a ponderação acerca do adiamento escolar não nos devemos esquecer de ter em conta as várias variáveis (bio-psico-sociais) da criança, não esquecendo, por exemplo, a importância do grupo de pares. A decisão de optar por um adiamento escolar deve ter em consideração se se prevê que exista ganho para a criança com a permanência mais um ano no pré-escolar.

- Sullivan MC, Margaret MM. Perinatal morbidity, mild motor delay, and later school outcomes. *Dev Med Child Neurol.* 2003 Feb;45(2):104-12. PMID: 12578236.
- Shevell M, Majnemer A, Platt RW, Webster R, Birnbaum R. Developmental and functional outcomes at school age of preschool children with global developmental delay. *J Child Neurol.* 2005 Aug;20(8):648-53. doi: 10.1177/08830738050200080301. PMID: 16225809.
- Pagani LS, Fitzpatrick C, Archambault I, Janosz M. School readiness and later achievement: a French Canadian replication and extension. *Dev Psychol.* 2010 Sep;46(5):984-94. doi: 10.1037/a0018881. PMID: 20822217.
- Missiuna C, Gaines R, Soucie H, McLean J. Parental questions about developmental coordination disorder: A synopsis of current evidence. *Paediatr Child Health.* 2006 Oct;11(8):507-12. doi: 10.1093/pch/11.8.507. PMID: 19030319; PMCID: PMC2528644.
- Hill, E. L. (2001). Non-specific nature of specific language impairment: A review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36, 149-171. <http://dx.doi.org/10.1080/13682820010019874>
- Pienaar AE, Barhorst R, Twisk JW. Relationships between academic performance, SES school type and perceptual-motor skills in first grade South African learners: NW-CHILD study. *Child Care Health Dev.* 2014 May;40(3):370-8. doi: 10.1111/cch.12059. Epub 2013 Apr 17. PMID: 23590197.
- Gonzalez, S. L., Alvarez, V., & Nelson, E. L. (2019). Do Gross and Fine Motor Skills Differentially Contribute to Language Outcomes? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.02670.
- Macdonald, K., Milne, N., Orr, R., & Pope, R. (2020). Associations between motor proficiency and academic performance in mathematics and reading in year 1 school children: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 20(1). doi:10.1186/s12887-020-1967-8.
- Escolano-Pérez, E., Herrero-Nivela, M. L., & Losada, J. L. (2020). Association Between Preschoolers' Specific Fine (But Not Gross) Motor Skills and Later Academic Competencies: Educational Implications. *Frontiers in Psychology*, 11. doi:10.3389/fpsyg.2020.01044.
- Grissmer D, Grimm KJ, Aiyer SM, Murrah WM, Steele JS. Fine motor skills and early comprehension of the world: two new school readiness indicators. *Dev Psychol.* 2010 Sep;46(5):1008-17. doi: 10.1037/a0020104. PMID: 20822219.
- Pitchford, N. J., Papini, C., Outhwaite, L. A., & Gulliford, A. (2016). Fine Motor Skills Predict Maths Ability Better than They Predict Reading Ability in the Early Primary School Years. *Frontiers in Psychology*, 7. doi:10.3389/fpsyg.2016.00783.
- Roebbers, C. M., Röthlisberger, M., Neuenschwander, R., Cimeli, P., Michel, E., & Jäger, K. (2014). The relation between cognitive and motor performance and their relevance for children's transition to school: A latent variable approach. *Human Movement Science*, 33, 284–297. doi:10.1016/j.humov.2013.08.011

- Bart et al., (2007). Predicting school adjustment from motor abilities in kindergarten. *Infant and Child Development* 16(6):597-615. DOI:10.1002/icd.514
- Reid LD, Strobino DM. A Population-Based Study of School Readiness Determinants in a Large Urban Public School District. *Matern Child Health J.* 2019 Mar;23(3):325-334. doi: 10.1007/s10995-018-2666-z. PMID: 30569300.
- Camacho C, Straatmann VS, Day JC, Taylor-Robinson D. Development of a predictive risk model for school readiness at age 3 years using the UK Millennium Cohort Study. *BMJ Open.* 2019 Jun 17;9(6):e024851. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024851. PMID: 31213442; PMCID: PMC6596936.
- Braga-Tavares, H., et al. Avaliação do desenvolvimento psicomotor no Exame Global de Saúde aos 5-6 anos, *Acta Pediatr Port* 2010;41(2):59-63
- P. Gail Williams, Marc Alan Lerner. School Readiness. Council on early childhood, Council on school health. *Pediatrics* Aug 2019, 144(2) e20191766; DOI: 10.1542/peds.2019-1766
- Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar, 2016, Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação (DGE).
- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, DGS.

**Palavras chave:** “preschool”, “school readiness”, “motor skills”, “comprehension of the world”.

## **ICCA2022-47373 - Competências de Matemática, Linguagem e Atenção – Preditores de school readiness?**

Nuno Duarte <sup>1</sup>, Frederica Vian <sup>1</sup>, Inês Oliveira <sup>1</sup>, Sílvia Afonso <sup>1</sup>

<sup>1</sup> CHULC

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo identificar se as competências de matemática e Linguagem nos pré-escolares são preditores de school readiness, de forma a possibilitar a adoção de estratégias de acompanhamento e intervenção adequadas. Métodos: Revisão não sistemática da literatura nas bases de dados Pubmed e Google Scholar com as palavras-chave: “preschool”, “school readiness”, “mathematics”, “language”. Os artigos foram escolhidos pela sua adequação ao tema e relevância. Resultados: As competências da matemática parecem ter um importante poder preditivo de sucesso escolar. Quer a acuidade do sistema numérico aproximado, quer a precisão de mapeamento têm um carácter preditivo de sucesso escolar aos cinco anos. Parece existir ainda uma forte associação entre o processamento de magnitude numérica sobretudo não-simbólica e a competência matemática ao longo de toda a vida. Competências pré-escolares de matemática também parecem predizer o rendimento posterior no domínio da Linguagem, em particular da Leitura. A consciência fonológica parece ter potencial para predizer, de forma significativa e consistente, diversas competências nos vários domínios da linguagem. A literatura acerca de uma possível associação entre a componente da atenção e o sucesso escolar futuro identifica uma relação consistente, apesar de moderada, entre a capacidade da criança pré-escolar em controlar e manter a atenção e o rendimento escolar subsequente. No ensino pré-escolar, a correlação entre a qualidade da atenção e o rendimento escolar posterior parece ser independente das outras capacidades

cognitivas da criança. No entanto, se conjugadas as competências da atenção com as de outros domínios, como a matemática ou a leitura, atinge-se um carácter preditivo de sucesso escolar muito consistente. A contribuição da atenção para as competências escolares das crianças parece ser transversal às várias áreas. Conclusões: As competências pré-escolares de matemática, linguagem e atenção revelaram-se bons preditores de sucesso escolar subsequente.

Pinto G, Bigozzi L, Tarchi C, Vezzani C, Accorti Gamannossi B. Predicting Reading, Spelling, and Mathematical Skills: A Longitudinal Study From Kindergarten Through First Grade. *Psychological Reports*. 2016;118(2):413-440. doi:10.1177/0033294116633357

Duncan, G. J., Dowsett, C. J., Claessens, A., Magnuson, K., Huston, A. C., Klebanov, P., Pagani, L. S., Feinstein, L., Engel, M., Brooks-Gunn, J., Sexton, H., Duckworth, K., & Japel, C. (2007). School readiness and later achievement. *Developmental Psychology*, 43(6), 1428–1446. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1428>

Gimbert et al. (2019) What predicts mathematics achievement? Developmental change in 5- and 7-year-old children. February *Journal of Experimental Child Psychology* 178:104-120. DOI:10.1016/j.jecp.2018.09.013

Wong, T. T.-Y., Ho, C. S.-H., & Tang, J. (2016). The relation between ANS and symbolic arithmetic skills: The mediating role of number-numerosity mappings. *Contemporary Educational Psychology*, 46, 208–217. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2016.06.003>

Pinto G, Bigozzi L, Tarchi C, Vezzani C, Accorti Gamannossi B. Predicting Reading, Spelling, and Mathematical Skills: A Longitudinal Study From Kindergarten Through First Grade. *Psychological Reports*. 2016;118(2):413-440. doi:10.1177/0033294116633357

Yen, C.-J., Konold, T. R., & McDermott, P. A. (2004). Does learning behavior augment cognitive ability as an indicator of academic achievement? *Journal of School Psychology*, 42(2), 157–169. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2003.12.001>

Howse, R. B., Lange, G., Farran, D. C., & Boyles, C. D. (2003). Motivation and self-regulation as predictors of achievement in economically disadvantaged young children. *Journal of Experimental Education*, 71(2), 151–174. <https://doi.org/10.1080/00220970309602061>

**Palavras chave:** “school readiness”, “mathematics”, “language”, “attention”.

## **ICCA2022-47714 - Competências Pessoais, Sociais e Musicais – Preditores de school readiness?**

Frederica Vian <sup>1</sup>, Inês de Oliveira <sup>1</sup>, Nuno Duarte <sup>1</sup>, Sílvia Afonso <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Hospital Dona Estefânia*

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo identificar se as Competências Pessoais e Sociais e as Competências Musicais no ensino pré-escolar são preditores de school readiness, de forma a possibilitar a adoção de estratégias de acompanhamento e intervenção adequadas. **Métodos:** Revisão não sistemática da literatura nas bases de dados Pubmed e Google Scholar com as

palavras-chave: “preschool”, “school readiness”, “social-emotional skills”, “musical skills”. Os artigos foram escolhidos pela sua adequação ao tema e relevância. Resultados: Relativamente às Competências Pessoais e Sociais, fatores como os problemas de atenção, a agressividade e os problemas de comportamento são cruciais na avaliação do contexto social da criança, podendo interferir negativamente na aprendizagem. Em contrapartida a existência de comportamentos pró-sociais parece ter um impacto positivo, sendo aspetos importantes a integrar nos modelos académicos. Ganhos nas competências emocionais e sociais das crianças no ensino pré-escolar têm um impacto positivo não só no comportamento como nas competências académicas, nomeadamente na área da Linguagem. Relativamente às Competências Musicais, vários estudos têm evidenciado que a noção de ritmo parece ser importante na consciência fonológica, no processamento fonológico e na Leitura. Ter ensino musical regular no ensino pré-escolar tem um impacto positivo na aquisição de vocabulário e no desenvolvimento linguístico e cognitivo. Conclusão: A importância do funcionamento social da criança no seu sucesso académico tem sido largamente reconhecida na literatura, como tendo um impacto muito relevante na school readiness, nomeadamente na área da Linguagem. O contacto com a música, estruturado ou informal, altera a estrutura cerebral das crianças em idade pré-escolar de várias formas, não apenas nas áreas diretamente envolvidas com a audição. Tem ainda um impacto positivo na aquisição de vocabulário, no desenvolvimento linguístico e cognitivo.

- Arnold, D. H., Kupersmidt, J. B., Voegler-Lee, M. E., & Marshall, N. (2012). The Association between Preschool Children's Social Functioning and Their Emergent Academic Skills. *Early childhood research quarterly*, 27(3), 376–386. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2011.12.009>;
- Wenz-Gross, M., Yoo, Y., Upshur, C. C., & Gambino, A. J. (2018). Pathways to Kindergarten Readiness: The Roles of Second Step Early Learning Curriculum and Social Emotional, Executive Functioning, Preschool Academic and Task Behavior Skills. *Frontiers in psychology*, 9, 1886. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01886>;
- Nix, R. L., Bierman, K. L., Domitrovich, C. E., & Gill, S. (2013). Promoting Children's Social-Emotional Skills in Preschool Can Enhance Academic and Behavioral Functioning in Kindergarten: Findings from Head Start REDI. *Early education and development*, 24(7), 10.1080/10409289.2013.825565. <https://doi.org/10.1080/10409289.2013.825565>;
- Putkinen, V., Saarikivi, K., & Tervaniemi, M. (2013). Do informal musical activities shape auditory skill development in preschool-age children?. *Frontiers in psychology*, 4, 572. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00572>;
- Putkinen, V., Tervaniemi, M., & Huotilainen, M. (2019). Musical playschool activities are linked to faster auditory development during preschool-age: a longitudinal ERP study. *Scientific reports*, 9(1), 11310. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-47467-z>
- Hyde, K. L., Lerch, J., Norton, A., Forgeard, M., Winner, E., Evans, A. C., & Schlaug, G. (2009). Musical training shapes structural brain development. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 29(10), 3019–3025. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5118-08.2009>
- Linnavalli, T., Putkinen, V., Lipsanen, J., Huotilainen, M., & Tervaniemi, M. (2018). Music playschool enhances children ' s linguistic skills. 4(May), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-27126-5>
- Gerry, D., Unrau, A., & Trainor, L. J. (2012). Active music classes in infancy enhance musical,



communicative and social development. *Developmental Science*, 15(3), 398–407. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2012.01142.x>

**Palavras chave:** "preschool", "school readiness", "social-emotional skills", "musical skills".

## **ICCA2022-70048 - Quais as competências pré-escolares preditoras de school readiness? - Introdução**

Sílvia Afonso <sup>1</sup>, Inês de Oliveira <sup>1</sup>, Frederica Vian <sup>1</sup>, Nuno Araújo Duarte <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Hospital Dona Estefânia*

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo explorar o conceito de school readiness e sistematizar quais os fatores a ter em conta na sua avaliação. **Métodos:** Revisão não sistemática da literatura nas bases de dados Pubmed e Google Scholar com as palavras-chave: "preschool", "school readiness". Os artigos foram escolhidos pela sua adequação ao tema e relevância. Recorreu-se ainda às Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (2016) do Ministério da Educação/Direção Geral da Educação. **Resultados:** A school readiness (SR) define-se como a aptidão ou preparação para uma criança iniciar a escolaridade, constituindo uma medida complexa e multifatorial. A sua avaliação envolve fatores relacionados com a criança, com a escola, com a família e com a comunidade. No que diz respeito aos fatores relacionados com a criança, salienta-se o seu bem-estar físico, emocional e social; a maturação e as características dos sistemas sensoriais; a capacidade para comunicar e para se auto-regular; o seu temperamento, curiosidade, cultura e valores; linguagem e vocabulário; cognição e cultura geral. São também fundamentais fatores relacionados com a escola: a transição casa-escola; o envolvimento entre os pais e a escola; a adequação às necessidades da criança em desenvolvimento; a existência de programas educativos de alta qualidade e individualizados. Em relação à família e à comunidade, é importante ter acesso a cuidados pré-natais e cuidados de saúde primários de qualidade, manter uma boa nutrição e prática de atividade física. Estão identificados alguns fatores de risco que influenciam a SR, como um nível socioeconómico baixo, a exposição pré-natal a tabaco e a álcool, o baixo peso à nascença, atrasos do desenvolvimento e depressão materna. **Conclusão:** Múltiplos fatores podem influenciar a adaptação da criança à escola, sejam pessoais, socioculturais, familiares e/ou do meio escolar. O conhecimento e reflexão acerca destes fatores permite aos pais e aos técnicos que trabalham com crianças em idade pré-escolar avaliar e implementar estratégias que promovam as competências que são preditoras de SR.

- Reid LD, Strobino DM. A Population-Based Study of School Readiness Determinants in a Large Urban Public School District. *Matern Child Health J.* 2019 Mar;23(3):325-334. doi: 10.1007/s10995-018-2666-z. PMID: 30569300.

- Camacho C, Straatmann VS, Day JC, Taylor-Robinson D. Development of a predictive risk model for school readiness at age 3 years using the UK Millennium Cohort Study. *BMJ Open.* 2019 Jun 17;9(6):e024851. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024851. PMID: 31213442; PMCID: PMC6596936.

- P. Gail Williams, Marc Alan Lerner. School Readiness. Council on early childhood, Council on school health. Pediatrics Aug 2019, 144(2) e20191766; DOI: 10.1542/peds.2019-1766
- Braga-Tavares, H., et al. Avaliação do desenvolvimento psicomotor no Exame Global de Saúde aos 5-6 anos, Acta Pediatr Port 2010;41(2):59-63
- P. Gail Williams, Marc Alan Lerner. School Readiness. Council on early childhood, Council on school health. Pediatrics Aug 2019, 144(2) e20191766; DOI: 10.1542/peds.2019-1766
- Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar, 2016, Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação (DGE).

**Palavras chave:** “preschool”, “school readiness”, “skills”.

## **ICCA2022-77815 - Quais as competências pré-escolares preditoras de school readiness?**

Inês de Oliveira <sup>1</sup>, Frederica Vian <sup>1</sup>, Nuno Araújo Duarte <sup>1</sup>, Sílvia Afonso <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Dona Estefânia

Objetivos: Este trabalho tem como objetivos explorar o conceito de school readiness, sistematizar quais os fatores a ter em conta na sua avaliação e identificar quais as competências pré-escolares (Área de Formação Pessoal e Social, Área de Expressão e Comunicação, Área do Conhecimento do Mundo) preditoras de school readiness. Métodos: Revisão não sistemática da literatura nas bases de dados Pubmed e Google Scholar com as palavras-chave: “preschool”, “school readiness”, “social-emotional skills”, “social functioning”, “motor skills”, “mathematics”, “reading”, “writing”, “communication”, “language”, “comprehension of the world”, “attention”, “musical skills”. Recorreu-se ainda às Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (2016) do Ministério da Educação/ Direção Geral da Educação, bem como ao Boletim de Saúde Infantil e Juvenil da Direção Geral de Saúde. Resultados: A school readiness (SR) define-se como a aptidão para uma criança iniciar o primeiro ano de escolaridade. A sua avaliação envolve fatores relacionados com a criança, com a escola, com a família e com a comunidade. Os ganhos nas competências emocionais e sociais das crianças no pré-escolar parecem ter um impacto positivo não só no comportamento das crianças como nas suas competências académicas, nomeadamente na área da Linguagem. O contacto com a área musical durante os primeiros anos de vida parece ser importante na consciência fonológica, no processamento fonológico e na Leitura. A consciência fonológica parece ter potencial para prever, de forma significativa e consistente, diversas competências nos vários domínios da Linguagem. Na área da Matemática, a acuidade do sistema numérico aproximado e a precisão de mapeamento têm um carácter preditivo de sucesso escolar aos cinco anos. Parece existir ainda uma forte associação entre o processamento de magnitude numérica e a competência Matemática ao longo de toda a vida. As competências de Atenção estão moderada mas consistentemente associadas com o rendimento escolar subsequente. A motricidade global e fina demonstraram efeitos longitudinais ao nível da Linguagem, da Leitura e da Matemática, nos últimos anos da escola primária. Contudo, a motricidade fina parece estar mais associada às competências académicas futuras que a motricidade global. O

conhecimento geral do mundo parece ser o preditor mais forte para as competências futuras na área das Ciências e da Leitura. Conclusão: Foram identificadas associações com valor preditivo de SR nas várias áreas de competências estudadas - competências psicossociais, motoras (especialmente de motricidade fina), consciência fonológica, competências precoces de Matemática, conhecimento geral do mundo e atenção. A avaliação da SR deve ser multidisciplinar, longitudinal e a informação deve ser colhida de múltiplas fontes e contextos. A colheita de história clínica poderá ser complementada com a utilização de escalas que avaliam o desenvolvimento da criança, mas estas devem ser interpretadas no contexto de uma avaliação mais global. A decisão de optar por um adiamento escolar deve ter em consideração se se prevê que exista ganho para a criança com a permanência mais um ano no pré-escolar.

- Reid LD, Strobino DM. A Population-Based Study of School Readiness Determinants in a Large Urban Public School District. *Matern Child Health J.* 2019 Mar;23(3):325-334. doi: 10.1007/s10995-018-2666-z. PMID: 30569300
- Camacho C, Straatmann VS, Day JC, Taylor-Robinson D. Development of a predictive risk model for school readiness at age 3 years using the UK Millennium Cohort Study. *BMJ Open.* 2019 Jun 17;9(6):e024851. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024851. PMID: 31213442; PMCID: PMC6596936
- Braga-Tavares, H., et al. Avaliação do desenvolvimento psicomotor no Exame Global de Saúde aos 5-6 anos, *Acta Pediatr Port* 2010;41(2):59-63
- P. Gail Williams, Marc Alan Lerner. School Readiness. Council on early childhood, Council on school health. *Pediatrics* Aug 2019, 144(2) e20191766; DOI: 10.1542/peds.2019-1766
- Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar, 2016, Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação (DGE).
- Cruz V. (2009). Dificuldades de Aprendizagem Específicas, Lidel
- Arnold, D. H., Kupersmidt, J. B., Voegler-Lee, M. E., & Marshall, N. (2012). The Association between Preschool Children's Social Functioning and Their Emergent Academic Skills. *Early childhood research quarterly*, 27(3), 376–386. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2011.12.009>
- Wenz-Gross, M., Yoo, Y., Upshur, C. C., & Gambino, A. J. (2018). Pathways to Kindergarten Readiness: The Roles of Second Step Early Learning Curriculum and Social Emotional, Executive Functioning, Preschool Academic and Task Behavior Skills. *Frontiers in psychology*, 9, 1886. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01886>
- Linnavalli, T., Putkinen, V., Lipsanen, J., Huotilainen, M., & Tervaniemi, M. (2018). Music playschool enhances children's linguistic skills. 4(May), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-27126-5>
- Pagani LS, Fitzpatrick C, Archambault I, Janosz M. School readiness and later achievement: a French Canadian replication and extension. *Dev Psychol.* 2010 Sep;46(5):984-94. doi: 10.1037/a0018881. PMID: 20822217
- Hill, E. L. (2001). Non-specific nature of specific language impairment: A review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36, 149-171. <http://dx.doi.org/10.1080/13682820010019874>
- Gonzalez, S. L., Alvarez, V., & Nelson, E. L. (2019). Do Gross and Fine Motor Skills Differentially Contribute to Language Outcomes? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.02670
- Macdonald, K., Milne, N., Orr, R., & Pope, R. (2020). Associations between motor proficiency and

academic performance in mathematics and reading in year 1 school children: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 20(1). doi:10.1186/s12887-020-1967-8

- Grissmer D, Grimm KJ, Aiyer SM, Murrah WM, Steele JS. Fine motor skills and early comprehension of the world: two new school readiness indicators. *Dev Psychol*. 2010 Sep;46(5):1008-17. doi: 10.1037/a0020104. PMID: 20822219

- Pitchford, N. J., Papini, C., Outhwaite, L. A., & Gulliford, A. (2016). Fine Motor Skills Predict Maths Ability Better than They Predict Reading Ability in the Early Primary School Years. *Frontiers in Psychology*, 7. doi:10.3389/fpsyg.2016.00783

- Bart et al., (2007). Predicting school adjustment from motor abilities in kindergarten. *Infant and Child Development* 16(6):597-615. DOI:10.1002/icd.514

- Pinto G, Bigozzi L, Tarchi C, Vezzani C, Accorti Gamannossi B. Predicting Reading, Spelling, and Mathematical Skills: A Longitudinal Study From Kindergarten Through First Grade. *Psychological Reports*. 2016;118(2):413-440. doi:10.1177/0033294116633357

- Duncan, G. J., Dowsett, C. J., Claessens, A., Magnuson, K., Huston, A. C., Klebanov, P., Pagani, L. S., Feinstein, L., Engel, M., Brooks-Gunn, J., Sexton, H., Duckworth, K., & Japel, C. (2007). School readiness and later achievement. *Developmental Psychology*, 43(6), 1428–1446. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1428>

- Gimbert et al. (2019) What predicts mathematics achievement? Developmental change in 5- and 7-year-old children. *February Journal of Experimental Child Psychology* 178:104-120. DOI:10.1016/j.jecp.2018.09.013.

**Palavras chave:** “preschool”, “school readiness”, “skills”.

### **ICCA2022-PRP-24532 - Pontes entre a cultura e a psiquiatria da infância e adolescência**

#### **ICCA2022-31382 - Qual o impacto da vinculação e da cultura no desenvolvimento de perturbações alimentares?**

Francisca Bastos Maia <sup>1</sup>, Pedro Cotta <sup>1</sup>, Vânia Martins Miranda <sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário do Porto*

Objetivo: Este trabalho visa compreender qual é o impacto da vinculação e da cultura no desenvolvimento de perturbações alimentares. Métodos: Foi realizada uma pesquisa na PubMed/MEDLINE com os termos MeSH “attachment AND culture AND eating disorders”. Resultados: A vinculação, de acordo com Bowlby, refere-se à relação privilegiada desenvolvida entre a criança e o cuidador durante o primeiro ano e resulta da resposta do cuidador à dependência absoluta do bebé no início da vida. Na vinculação insegura-evitante, os bebés aprendem a minimizar as emoções, atendendo a que as suas mães parecem estar indisponíveis emocionalmente para eles, rejeitando o seu sofrimento e levando-os a aprender a gerir as emoções sozinhos. Contrariamente, na vinculação insegura-ambivalente/resistente, o cuidador oferece respostas insuficientes ou inconsistentes. Neste contexto, a criança torna-se vigilante e tende a maximizar as suas necessidades de vinculação. A literatura mostra uma associação entre vinculação insegura e psicopatologia, particularmente perturbações alimentares, sendo que 83% das mulheres com perturbações alimentares exibem uma vinculação insegura. Um estudo de Kiang e Harter destacou a importância das variáveis socioculturais e da vinculação na autoestima e nos comportamentos alimentares. Há relatos de que a vinculação insegura culminou na atribuição de significados contraditórios à comida, sendo esta vista como recompensa e punição, e como fonte de conforto e de culpa. Uma meta-análise realizada em 2019 concluiu que 61% do efeito total da vinculação insegura nos sintomas das perturbações alimentares é explicado pelo efeito indireto das seguintes variáveis mediadoras: estratégias mal adaptativas de regulação emocional, sintomas depressivos, insatisfação corporal, neuroticismo, perfeccionismo e comparação social. Traços de neuroticismo e extroversão medeiam a relação entre vinculação resistente e perturbações alimentares. As atitudes socioculturais e a comparação social medeiam a relação entre a vinculação ambivalente/resistente e as perturbações alimentares. Os estilos de vinculação insegura (evitante e ambivalente/resistente) correlacionam-se positivamente com maior desregulação emocional. Apesar das perturbações alimentares não serem exclusivas da cultura ocidental, o processo de ocidentalização do Japão, assim como de países de Leste, foi acompanhado por um aumento da prevalência das perturbações alimentares nestes países. O mesmo se aplica relativamente ao processo de aculturação e sobreidentificação com a ocorrência de perturbações alimentares após a emigração de países não ocidentais para países ocidentais, onde o

culto da magreza é ubíquo. Os modelos socioculturais identificam a pressão social para ser magra como a maior fonte de perturbação da imagem corporal e do comportamento alimentar. Discussão/ Conclusão: Tendo em conta que a perturbação alimentar providencia um certo grau de segurança, paralelamente a uma figura de vinculação internalizada, a resistência ao tratamento pode ser interpretada como baseada na angústia de separação. A literatura é consistente com a teoria da vinculação que enfatiza que o desenvolvimento de uma vinculação resistente na infância influencia o desenvolvimento de traços de personalidade neuróticos, tendo estes indivíduos maior propensão para apresentar uma perturbação alimentar. É importante identificar os mediadores relacionados com a vinculação e a cultura porque estes permitem sinalizar fatores pessoais e culturais que devem ser explorados na abordagem das perturbações alimentares, assim como direcionar os recursos terapêuticos durante a intervenção.

Bamford, B., & Halliwell, E. (2009). Investigating the Role of Attachment in Social Comparison Theories of Eating Disorders within a Non-Clinical Female Population. *European Eating Disorders Review*, 17, 371–379. <https://doi.org/10.1002/erv.951>

Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, K. (2007). Relationships Among Attachment Styles , Personality Characteristics , and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 149–155. <https://doi.org/10.1002/eat>

García-Cortés, L, McLaren, V., Vanwoerden, S., & Sharp, C. (2020). Attachment, mentalizing, and eating disorder symptoms in adolescent psychiatric inpatients and healthy controls: a test of a mediational model. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01017-z>

García-Cortés, Laura, Takkouche, B., Seoane, G., & Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*.

Hernandez-Hons, A., & Woolley, S. R. (2011). Women's experiences with emotional eating and related attachment and sociocultural processes. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1–15. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00239.x>

Kiang, L., & Harter, S. (2006). Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, 7, 134–151. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.08.001>

Lev-ari, L., Baumgarten-Katz, I., & Zohar, A. H. (2014). Show Me Your Friends, and I Shall Show You Who You Are: The Way Attachment and Social Comparisons Influence Body Dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, 22, 463–469. <https://doi.org/10.1002/erv.2325>

Mantilla, E. F., Clinton, D., & Birgegard, A. (2018). The unsafe haven: Eating disorders as attachment relationships. *The British Psychological Society*, 1–15. <https://doi.org/10.1111/papt.12184>

Nishizono-Maher, A. (1998). Eating disorders in Japan: Finding the right context. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(Supplement), 320–323.

Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H., & Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, 9, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.01.007>

Pilecki, M. W., Salapa, K., & Józefik, B. (2016). Socio-cultural context of eating disorders in Poland. *Journal of Eating Disorders*, 4(11). <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0093-3>



Steiger, H. (2007). Eating Disorder Paradigms for a New Millennium: Do “Attachment” and “Culture” Appear on Brain and Genome Scans? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 209–211.

Ty, M., & Francis, A. J. P. (2013). Insecure Attachment and Disordered Eating in Women: The Mediating Processes of Social Comparison and Emotion Dysregulation. *Eating Disorders*, 154–174. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.761089>

**Palavras chave:** perturbações alimentares, vinculação, cultura.

## **ICCA2022-34050 - Why is it important to talk about intersectionality and child & adolescent mental health?**

Pedro Rebelo Cotta <sup>1</sup>, Francisca Bastos Maia <sup>1</sup>, Graça Fernandes <sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário do Porto*

Intersectionality theory is defined by the interaction of categories such as sex, gender, disability and ethnicity in a way that these relationships affect group and individual experience. Outcomes of intersectional identities may be positive but they also can increase marginalization, discrimination and oppression. Child and Adolescent Mental Health (CHMA) refers to mental, social, and emotional health of all infants, children and adolescents, irrespective of their origins. This study aims to discover in which way intersectional studies can improve child & adolescent mental health issues, by performing a non-systematic review of the literature . And how can we apply intersectional studies? Firstly, through the study of psychopathology or psychosomatic complains of children and adolescents. In fact, children and adolescents belonging to a certain social group will enculturate the characteristics of that group (socio-economic status, religion, gender role,...) since a very young age. Social identity theory dictates that identifying a group's characteristics is reflected in better health outcomes. The problem arises when the category itself is associated with a myriad of conditions that undermine the mental health of young people. Intersectional studies intend to show how the interconnection of social variables in a group (eg, black race and girl, or boy and low socioeconomic status) can have a deleterious additive or even multiplicative effect on mental health outcomes such as depression or suicide. Additionally, mental health issues may also arise when the child identifies with a quality that greatly conflicts with beliefs and customs of their ancestry (example of a child with gender identity issues in a Christian and authoritarian family). Secondly, allows the inclusion of categorically diverse people in studies so they become more ethically correct. For example, regarding autism, it is known that studies that focus on this area include fewer girls, fewer autistic people with verbal skills, children and adolescents with less need for support and also lower socioeconomic status. Thirdly, an intersectional focus applied to the patient is also described in order to better understand the patient in its complexity. That way, we can visualize the patient's different identities and create an effective therapeutic relationship with the child or adolescent and a trusting relationship with the family. In conclusion, intersectional theory can be understood in a more comprehensive and global way with studies that aim to alleviate inequities and increase knowledge of often forgotten groups. On the other hand, we can also include intersectional theory in daily clinical practice, where disease is often

associated with biological traits. Child and adolescent patients aren't only their disease but a great number of other attributes which can help mental health practitioners guiding the case in a more contextual and holistic way.

Assari, S., Boyce, S., & Bazargan, M. (2021). Feasibility of race by sex intersectionality research on suicidality in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. *Children*, 8(6), 437.

Buffarini, R., Abdalla, S., Weber, A. M., Costa, J. C., Menezes, A. M. B., Gonçalves, H., ... & Victora, C. G. (2020). The intersectionality of gender and wealth in adolescent health and behavioral outcomes in Brazil: The 1993 Pelotas Birth Cohort. *Journal of Adolescent Health*, 66(1), S51-S57.

Cascio, M. A., Weiss, J. A., & Racine, E. (2021). Making autism research inclusive by attending to intersectionality: a review of the research ethics literature. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(1), 22-36.

Ecklund, K. (2012). Intersectionality of identity in children: A case study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(3), 256.

Kern, M. R., Duinhof, E. L., Walsh, S. D., Cosma, A., Moreno-Maldonado, C., Molcho, M., ... & Stevens, G. W. (2020). Intersectionality and adolescent mental well-being: a cross-nationally comparative analysis of the interplay between immigration background, socioeconomic status and gender. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), S12-S20.

McPherson, C. M., & McGibbon, E. A. (2010). Addressing the determinants of child mental health: Intersectionality as a guide to primary health care renewal. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 50-65.

Mennies, R. J., Birk, S. L., Norris, L. A., & Olino, T. M. (2021). The Main and interactive associations between demographic factors and psychopathology and treatment utilization in youth: A test of intersectionality in the ABCD study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(1), 5-17.

Patil, P. A., Porche, M. V., Shippen, N. A., Dallenbach, N. T., & Fortuna, L. R. (2018). Which girls, which boys? The intersectional risk for depression by race and ethnicity, and gender in the US. *Clinical psychology review*, 66, 51-68.

van Mens-Verhulst, J., & Radtke, L. (2008). Intersectionality and mental health: A case study. *Health Care*, 1-19.

**Palavras chave:** culture, child and adolescent psychiatry, intersectionality.

## ICCA2022-36421 - Cultura e relação mãe-bebé

Márcia Rodrigues <sup>1</sup>, Graça Fernandes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário do Porto

O comportamento e a expressão emocional dos bebés/crianças pequenas são moldados a partir do momento em que nascem por valores e práticas culturais familiares. No caso clínico que pretendemos refletir observamos uma criança de 14 meses, do sexo masculino, com origem paterna indiana e materna portuguesa, referenciada para consulta de Primeira Infância de Pedopsiquiatria devido a Depressão materna e dificuldades de regulação no momento da refeição e do sono apenas manifestas na relação com a mãe. À data da primeira observação foi realizada uma adaptação do

procedimento laboratorial da Situação de Estranho que revelou um padrão de vinculação Insegura Resistente. De acordo com o DC: 0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, a criança cumpria critérios para uma Perturbação Específica da Relação da Primeira Infância. Foram realizadas sessões de Psicoterapia mãe-bebé que elucidaram as percepções maternas quanto à criança, sendo demonstradas dificuldades em compreender a importância do seu papel de mãe face à rigidez cultural imposta pela origem cultural paterna e hegemonia atribuída ao sexo masculino. Adicionalmente, era patente a vertente de dominância paterna na gestão familiar e triangulação relacional, verificando-se a exposição da criança a várias práticas culturais indianas, algumas das quais a mãe assumia uma posição ambivalente. O processo psicoterapêutico baseou-se num reforço de competências maternas e na promoção de leituras mais sensíveis e contingentes. Após 4 meses de intervenção, foi repetida a Situação de Estranho, revelando um padrão de vinculação Segura. Com este caso clínico, as autoras pretendem abordar, de forma integrada, a importância das especificações culturais no processo diagnóstico, psicoterapêutico e relacional do bebé/criança pequena.

DC: 0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood

**Palavras chave:** cultura, relação mãe-bebé, psicoterapia, vinculação.

## **ICCA2022-79536 - Considerações Culturais em Pedopsiquiatria – A importância da competência cultural**

Maria do Rosário Nascimento e Sousa de Bessa Monteiro <sup>1</sup>, Vânia Martins <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar Universitário do Porto*

A crescente diversidade cultural na maioria das sociedades representa uma série de novos desafios para a oferta de serviços de saúde mental de qualidade. A compreensão do contexto cultural da vivência da doença é essencial para a avaliação diagnóstica e tratamento clínico (1). Cultura refere-se a sistemas de conhecimento, conceitos, regras e práticas que são aprendidos e transmitidos de geração em geração (2). A influência cultural molda as definições de normalidade e patológico, a forma de expressão dos sintomas, a compreensão do sofrimento emocional e a procura de ajuda (3). Especificamente na área da pedopsiquiatria, conciliar pressupostos de saúde mental amplamente validados com valores culturais parentais divergentes representa um desafio contínuo para os clínicos que trabalham com famílias. Existem grandes variações nas normas culturais no que diz respeito ao desenvolvimento infantil, nomeadamente as diferenças nos marcos de desenvolvimento e na idade esperada para aquisição de comportamentos de autonomia, bem como métodos divergentes de educação (4, 5). A competência cultural, definida como a capacidade dos sistemas em fornecer um atendimento personalizado a utentes com diversos valores, crenças e comportamentos, atendendo às suas necessidades sociais, culturais e linguísticas, é amplamente reconhecida como uma competência essencial para todos os profissionais de saúde mental (3). Um marco importante na

consideração da cultura em cuidados de saúde mental, o Esboço da Formulação Cultural no DSM-IV, um conjunto de diretrizes desenvolvidas para avaliar as características culturais de um problema de saúde mental e como estas se relacionam com um contexto e uma história social e cultural. Avalia a identidade cultural do indivíduo e da família, conceptualizações culturais de sofrimento, nomeadamente quais as explicações culturais para o problema, existência de stressores psicossociais e características culturais de vulnerabilidade e resiliência, assim como aspetos culturais da relação entre o indivíduo e o clínico (1, 6). Este trabalho pretende apresentar uma abordagem da incorporação das especificações culturais na psiquiatria da infância e da adolescência com base na aplicação da Formulação Cultural do DSM-5. A consideração de aspetos da identidade cultural auxilia na melhoria da validade da avaliação diagnóstica, facilita a adesão ao tratamento e promove a satisfação do indivíduo e da sua família. Pretende-se a promoção da competência cultural, através da descrição de alguns conceitos chave para a sua aplicação, é de maior importância para a crescente capacitação dos clínicos. Para além disso, a compreensão dos valores e crenças culturais subjacentes permite ao clínico o estabelecimento de uma aliança terapêutica, na qual é respeitada a perspetiva da família sobre a criança, evitando estereótipos e capacitando-os para a tomada de decisões sobre o tratamento. O trabalho nesta área continua a evoluir em paralelo com outras áreas (educação, serviço social, negócios), à medida que a importância da diversidade cultural é reconhecida na nossa sociedade (3).

- 1.Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition.2013.
- 2.Aggarwal NK. Cultural Formulations in Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2010;49(4):306-9.
- 3.Pumariega AJ, Rothe EM, Song S, Lu FG. Culturally informed child psychiatric practice. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2010;19(4):739-57.
- 4.Ang W. Bridging culture and psychopathology in mental health care. European child & adolescent psychiatry. 2017;26(2):263-6.
- 5.Helms JE, Cook DA. Using race and culture in counseling and psychotherapy: Theory and process. Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon; 1999. ix, 374-ix, p.
- 6.Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition. 1994.

**Palavras chave:** Competência cultural; Saúde mental; Crianças; Adolescentes; Formulação cultural.

## **ICCA2022-PRP-83788 - Pais e Filhos na Primeira Infância**

## **ICCA2022-52595 - Bebés Deprimidos, Mães Deprimidas**

Mariana Pessoa <sup>1</sup>, Joana Calejo Jorge <sup>1</sup>, Ana Sofia Pires <sup>1</sup>, Ana Vera Costa <sup>1</sup>, Sandra Mendes <sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia*

Do ponto de vista da saúde mental da primeira infância, René Spitz, pediatra e psicanalista, foi um dos primeiros autores a realizar trabalhos publicados importantes nesta área e, conseqüentemente, a

identificar alterações do humor na primeira infância. Através dos seus trabalhos desenvolvidos e da sua análise exaustiva sobre o desenvolvimento infantil, analisando as relações do objeto, os efeitos do abandono e da privação afetiva, foi criado o conceito, ainda hoje estudado, de depressão anaclítica. A depressão anaclítica diz respeito a um estado depressivo que acontece nos primeiros meses de vida, que se pode traduzir clinicamente num bebé de fâcies triste, que demonstra apatia, desinteresse, ausência de prazer nas atividades, irritabilidade e um provável atraso no desenvolvimento psicomotor. Parecem existir 2 principais fatores etiológicos deste estado: uma relação mãe-bebé desajustada ou uma quantidade insuficiente de interações mãe-bebé, que se traduz em falta de estímulos afetivos. Outros autores como Tronick, Als, Adamson, Wise e Brazelton contribuíram com o conhecimento das reais competências sociais e emocionais do bebé validando as competências interativas do bebé, os quais reconhecem e respondem precocemente à perturbação das condições normais de interação. Nesta sua predisposição para a relação tão precoce, o bebé desenvolve uma comunicação com o cuidador cada vez mais complexa e específica, que lhe permite o estabelecimento de uma vinculação segura. Vários estudos indicam que a depressão materna tem impacto significativo na interação mãe-bebé e, conseqüentemente, na vinculação. Com efeito, parece existir uma relação significativa entre a depressão materna e o estabelecimento de um padrão inseguro de vinculação mãe-bebé. Estudos revelam, ainda, que são as alterações nas interações mãe-bebé que determinam o surgimento de estados depressivos na infância. Nesse sentido, torna-se mandatório procurar estratégias de intervenção na díade, dirigidas simultaneamente à mãe (ou cuidador principal) e ao bebé, que permitam a afinação dos movimentos de aproximação e afastamento e uma maior sincronia e contingência na relação.

Śliwerski A, et al. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020.

Goodman JH. Perinatal depression and infant mental health. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019 Jun;33(3):217-224.

Graham KA, et al. Effects of maternal depression in the Still-Face Paradigm: A meta-analysis. *Infant Behav Dev*. 2018.

Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016 Jan;77:153-66.

Field T. Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behav Dev*. 2011 Feb;34(1):1-14.

Keren M, Tyano S. Depression in infancy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006 Oct;15(4):883-97, viii.

**Palavras chave:** Saúde Mental, Depressão Materna, Primeira Infância, Vinculação.

## **ICCA2022-55973 - Projeto "Pais e Filhos na Primeira Infância"**

Joana Calejo Jorge <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia*

Na unicidade da relação precoce estabelecida entre a criança pequena e os seus pais reside o potencial de significação e de reconhecimento do sentimento de identidade possibilitadores de um desenvolvimento saudável do bebé. Pensando nos pais com doença mental, vislumbram-se desde logo dificuldades acrescidas e especiais desafios à saúde mental destas crianças. Pelo conjunto de situações adversas a que estas crianças estão potencialmente expostos, compreende-se como o “fio condutor” necessário ao seu desenvolvimento pode estar fragilizado. Frequentemente, estas crianças permanecem invisíveis, verdadeiramente “ensombradas” pela devastação da doença mental dos pais. Enquanto grupo de alto-risco, estas crianças exigem uma atenção atenta e especializada pelos serviços de Saúde Mental na Primeira Infância. Apresenta-se um projeto de avaliação e intervenção no âmbito da consulta externa de Pedopsiquiatria- Primeira Infância com especial enfoque na prevenção e promoção de um “fio condutor” suficientemente seguro.

Brockington I, Chandra P, Dubowitz H, Jones D, Moussa S, Nakku J, Quadros Ferre I. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry*, 2011;10(2):93-102.

Cleaver, H., Unell, I. and Aldgate, J. (2011) *Children’s Needs – Parenting Capacity. Child Abuse: Parental mental illness, learning disability, substance misuse and domestic violence* (2nd edition). London: The Stationery Office.

Weatherston, D.J. (2017), Reflecting on the practice of infant mental health and the reduction of risk in infancy and early parenthood: an essay. *Infant Ment. Health J.*, 38: 143-149.

Zeanah CH, Carter AS, Cohen J, Egger H, Gleason MM, Keren M, Lieberman A, Mulrooney K, Oser C. (2016) Diagnostic Classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood DC 0-5: Selective Reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant Ment Health J.* Sep;37(5):471-5.

**Palavras chave:** Psicopatologia parental, Primeira infância, Prevenção, Risco.

## **ICCA2022-65887 - Quando o bebé está submerso no caos**

Sandra da Silva Mendes <sup>1</sup>, Ana Vera Costa <sup>1</sup>, Sofia Pires <sup>1</sup>, Mariana Pessoa <sup>1</sup>, Joana Calejo Jorge<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho*

O meio em que a criança cresce e se desenvolve é fundamental para o seu bem-estar físico e emocional, sendo que a presença de algum evento traumático ou fator de risco psicossocial na infância, tem um forte impacto negativo no seu desenvolvimento socioemocional. Entre os fatores de risco, destaca-se a existência de Perturbação da personalidade do cuidador. Diversos estudos evidenciam o aumento de risco de psicopatologia e perturbações da relação na descendência de pais com Perturbação de personalidade. Entende-se por perturbação da personalidade um padrão inflexível e persistente de comportamentos que constituem desvios extremos e importantes da forma como a pessoa percebe, pensa e sente as situações e se relaciona com os outros. Entre os diferentes tipos de Perturbação de personalidade, a Borderline é a mais estudada. Estudos com o



procedimento experimental still-face revelam interações mãe-criança perturbadas e predomínio de bebês irritáveis, híper-reativos e com menos estratégias de regulação emocional. Também está documentado o risco aumentado de perturbações da vinculação, sendo descrita uma prevalência de 80% de um padrão de vinculação desorganizada (semelhante às situações de maus tratos). Dado o elevado risco da descendência vir a apresentar complicações futuras, torna-se veemente a necessidade de acompanhamento destes cuidadores e os seus filhos. As intervenções recomendadas são baseadas nas terapias que favorecem a vinculação, especialmente numa fase precoce da vida, através de psicoterapia individual com a mãe e psicoterapia com a díade mãe-bebé ou criança pequena juntamente com intervenções baseadas na psicoeducação para os membros da família. Pretende-se abordar o impacto da doença mental do cuidador, em particular da Perturbação de Personalidade, no desenvolvimento emocional e social da criança pequena e sensibilizar para a importância de um olhar atento e antecipatório.

- 1) Newman-Morris V, Simpson K, Gray KM, Perry N, Dunlop A, Newman LK. Evaluation of early relational disturbance in high-risk populations: Borderline personality disorder features, maternal mental state, and observed interaction. *Infant Ment Health J.* 2020 Nov;41(6):793-810.
- 2) Albers CC, Müller JM, Mehring K, Romer G. Is a mother's recalled parental rearing behavior, her attributions of her child's behavior, and her psychopathology associated with her mother-child relationship quality? *Infant Ment Health J.* 2020 May;41(3):378-392.
- 3) Macfie J, Kurdziel G. The Experience of Maltreatment in Young Children Whose Mothers Have Borderline Personality Disorder: Reflections in Their Narrative Representations. *J Pers Disord.* 2020 Dec;34(6):750-763.
- 4) Florange JG, Herpertz SC. Parenting in Patients with Borderline Personality Disorder, Sequelae for the Offspring and Approaches to Treatment and Prevention. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Feb 7;21(2):9.
- 5) Newman L. Parents with Borderline Personality Disorder - approaches to early intervention. *Australas Psychiatry.* 2015 Dec;23(6):696-8.
- 6) Buchheim A, Diamond D. Attachment and Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Dec;41(4):651-668.
- 7) Mezei J, Juhasz A, Kilencz T, Vizin G. A borderline személyiségzavar a fejlődépszichopatológia tükrében [Borderline personality disorder in the light of developmental psychopathology]. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2020 Sep;22(3):102-111.
- 8) Macfie J, Kurdziel G, Mahan RM, Kors S. A Mother's Borderline Personality Disorder and Her Sensitivity, Autonomy Support, Hostility, Fearful/Disoriented Behavior, and Role Reversal With Her Young Child. *J Pers Disord.* 2017 Dec;31(6):721-737.
- 9) Sved Williams AE, Yelland C, Hollamby S, Wigley M, Aylward P. A New Therapeutic Group To Help Women With Borderline Personality Disorder and Their Infants. *J Psychiatr Pract.* 2018 Sep;24(5):331-340.
- 10) Sved Williams A, Osborn A, Yelland C, Hollamby S. Changing intergenerational patterns of emotional dysregulation in families with perinatal borderline personality disorder. *Arch Womens Ment Health.* 2021 Aug;24(4):641-648.
- 11) Day C, Briskman J, Crawford MJ, Foote L, Harris L, Boadu J, McCrone P, McMurrin M, Michelson D, Moran P, Mosse L, Scott S, Stahl D, Ramchandani P, Weaver T. Randomised feasibility trial of the helping families programme-modified: an intensive parenting intervention for parents affected by

severe personality difficulties. *BMJ Open*. 2020 Feb 6;10(2):e033637.

12) Steele KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One*. 2019 Oct 1;14(10):e0223038.

13) Johnson BN, Vanwoerden S. Future directions in personality pathology development research from a trainee perspective: Suggestions for theory, methodology, and practice. *Curr Opin Psychol*. 2021 Feb;37:66-71.

**Palavras chave:** Perturbação de personalidade, Vinculação, Descendência, Psicoterapia mãe-bebê.

## **ICCA2022-73053 - Mar de rosas com espinhos: as vivências ambivalentes da gravidez**

Ana Sofia Pires <sup>1</sup>, Ana Vera Costa <sup>1</sup>, Sandra Mendes <sup>1</sup>, Mariana Pessoa <sup>1</sup>, Joana Jorge <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia*

A gravidez é um processo dinâmico de construção e desenvolvimento, compreendendo muitas mudanças que requerem uma adaptação biológica, psicológica e social. Neste processo estão implícitas novas tarefas, a experimentação de novos papéis e o nascimento de um novo laço afetivo. A ambivalência é frequente, idealizam-se experiências, constroem-se um bebê e uns pais imaginários que, mais tarde, no periparto, se confrontam com o bebê real e com os desafios da parentalidade. Trata-se de um processo de preparação no qual a energia emocional mobilizada permite que a reorganização aconteça. A agitação da gravidez tem como principal finalidade preparar os futuros pais para a vinculação ao bebê e para os seus novos papéis como pais e integração em sociedade. No entanto, nem sempre os sentimentos menos positivos, medos e inseguranças são bem acolhidos socialmente, suscitando maior insegurança, sentimento de culpa e isolamento nos pais. É crucial ouvir os pais, antecipar as dificuldades e os desalinhamentos. Como profissionais, desempenhamos um papel importante na constelação de suporte dos pais na sua apresentação à “Rosa com espinhos” que pode ser a gravidez... Pretende-se explorar as profundas mudanças psicológicas que se dão durante a gravidez, dando especial ênfase às vivências ambivalentes que podem surgir e ao seu papel na preparação para a maternidade.

1. Monforte M, Mineiro A. As vivências da mulher durante a gravidez. *Nursing (Lond)*. 2003;

2. Trombetta T, Giordano M, Santoniccolo F, Vismara L, Della Vedova AM, Rollè L. Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021;12(March):1–17.

3. Hodgkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. Women’s experiences of their pregnancy and postpartum body image: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1).

4. Akiki S, Avison WR, Speechley KN, Campbell MK. Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. *J Affect Disord [Internet]*. 2016;196:260–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.016>

5. Adams M. Motherhood: a discrepancy theory. *Res Theory Nurs Pract*. 2015;29(2):143–57.

**Palavras chave:** gravidez, ambivalência, sentimentos, vinculação pré-natal.

## **ICCA2022-85504 - Pais psicóticos: pais suficientemente bons? Entre o estigma e o papel parental**

Ana Costa, Ana Miguel <sup>1</sup>, Rosário Basto <sup>1</sup>, Mariana Pessoa <sup>1</sup>, Joana Calejo jorge <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho*

Com a melhoria da qualidade de vida decorrente da utilização dos novos antipsicóticos, a maioria das mulheres e homens com um diagnóstico de psicose podem aspirar à parentalidade. Pensando no papel da parentalidade na doença mental grave, conclui-se que tem mais aspetos positivos do que negativos para o próprio doente. Os negativos são o medo de falhar e a baixa autoestima na tentativa de preencher o “papel idealizado” de pais competentes, altruístas, protetores e cuidadores. Os positivos estão relacionados com a identidade, o sentido e propósito da vida. Sobre o estigma, este é triplamente amplificado: pela sociedade, pelos profissionais de saúde e pelos próprios pais tanto por causa da doença em si como face a sentimentos de vergonha e culpa pela dúvida de não serem “pais perfeitos”. Os receios do julgamento e da perda da custódia poderão ter uma base deliróide relativamente à crença sobrevalorizada da sociedade sobre os cuidados parentais por parte de um progenitor psicótico como às próprias ambiguidades na comunicação com os serviços de saúde. Tal poderá esbater a relação com os serviços e mascarar sintomas quando é necessário tratá-los. O impacto na descendência é mediado por fatores genéticos, epigenéticos, contexto social, e familiar. O risco aumentado de vinculação insegura depende da quantidade e qualidade dos cuidados (sensibilidade, responsividade e envolvimento afetivo), número e tipo de cuidadores. Estudos demonstram um défice interativo (interações menos envolventes, mais distantes, sérias e silenciosas) mediado pela gravidade da doença psicótica e circunstâncias sociais adversas. Em termos ambientais, a incapacidade transitória de continuidade dos cuidados à criança, durante episódios de descompensação e internamento, assim como o isolamento social constituem fatores de risco. Pais psicóticos experienciam maiores desafios financeiros, sociais e relacionais. Atendendo à complexidade e aos múltiplos desafios inerentes à parentalidade quando um dos pais tem patologia psicótica, preconiza-se uma intervenção abrangente e multidisciplinar, na perspetiva do pai doente, da sua relação com a descendência e do suporte familiar e social. Pretende-se abordar o impacto da patologia psicótica na parentalidade e no desenvolvimento infantil da descendência, explorar o estigma associado e sensibilizar para a necessidade de uma abordagem abrangente, multidisciplinar e integradora.

Davidson KA, Harder S, MacBeth A, Lundy JM, Gumley A. Mother-infant interaction in schizophrenia: transmitting risk or resilience? A systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 Dec;50(12):1785-98.

Dolman C, Jones I, Howard LM. Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Arch Womens Ment Health.* 2013 Jun;16(3):173-96.

Healy SJ, Lewin J, Butler S, Vaillancourt K, Seth-Smith F. Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Feb;19(1):113-24.

Irving CB, Saylan M. Mother and baby units for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art.No.: CD006333.

Maybery D, Reupert A. Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Nov;16(9):784-91.

Schrank B, Moran K, Borghi C, Priebe S. How to support patients with severe mental illness in their parenting role with children aged over 1 year? A systematic review of interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Dec;50(12):1765-83.

Wan MW, Moulton S, Abel KM. A review of mother-child relational interventions and their usefulness for mothers with schizophrenia. *Arch Womens Ment Health*. 2008 Jul;11(3):171-9.

Wan MW, Penketh V, Salmon MP, Abel KM. Content and style of speech from mothers with schizophrenia towards their infants. *Psychiatry Res*. 2008 May 30;159(1-2):109-14.

**Palavras chave:** doença mental grave, estigma, parentalidade.



# Oral Communications

### ICCA2022-73541 - Silencios, alianzas y activismos juveniles ante el acoso escolar transfóbico

Luis Puche Cabezas <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Málaga

A partir de una investigación etnográfica realizada en España entre los años 2013 y 2018, en esta comunicación se abordarán algunas formas de afrontamiento ante situaciones de acoso escolar puestas en marcha por chicos y chicas que se identifican como trans (transexuales, transgénero) y que reciben o han recibido discriminación escolar por parte de sus pares y a menudo también por parte del mundo adulto. La investigación se llevó a cabo por medio de entrevistas en profundidad, observación participante y cuestionarios, principalmente. En lo que respecta a las entrevistas, que son las que adquieren más importancia de cara a esta comunicación, se realizaron 42 en diversos puntos de la geografía española: 16 de ellas a familiares (mayoritariamente madres) de niñas y niños identificados como trans; 22 entrevistas a jóvenes a partir de 16 años y 4 entrevistas a profesorado y activistas. Por medio de ellas se pudo tener acceso, en total, a 33 casos de niños, niñas y jóvenes trans (19 se identificaban como mujeres y 14 como varones). La investigación ha evidenciado los altos grados de estigmatización y penalización social que reciben las personas que rompen con las normas de género en los contextos escolares. Ante estas formas de discriminación y acoso sistemático, los chicos y las chicas desarrollan fórmulas de resistencia y resiliencia individuales y colectivas de distinto alcance (Platero, 2010). Resulta operativa aquí la distinción que realiza Michel de Certeau (2000: 42-43) entre tácticas y estrategias: mientras que las estrategias se definen como acciones calculadas y racionalizadas en orden a hacer frente a metas o amenazas que se localizan en el exterior y que están orientadas a cuestionar expresamente un determinado status quo (Jociles, 2011: 915), las tácticas serían formas de resistencia que no cuentan con un proyecto global ni con un espacio de acción distinto al del “enemigo”: así, de Certeau las identifica con “las formas subrepticias que adquiere la creatividad dispersa, táctica y artesanal de grupos o individuos atrapados en lo sucesivo dentro de las redes de la «vigilancia»” (de Certeau, 2000: XLV). Las personas entrevistadas se mueven entre las unas y las otras en el intento de resistir a las opresiones pero también de encontrar fisuras, espacios alternativos de bienestar, y de diseñar otros futuros posibles, haciéndose fuertes por el camino. En esta comunicación se presentarán algunas de las tácticas y estrategias que chicas y chicos ponen en marcha para habitar sus mundos y narrarse a sí mismos: desde el silencio protector y las alianzas informales hasta el activismo público y la autorrepresentación en el ciberespacio. El objetivo es dar a conocer y poner en valor su capacidad de agencia y de resiliencia, aunque sin romantizarla, puesto que niños, niñas y jóvenes, al igual que los adultos, están “insertos en estructuras sociales-institucionales que constriñen sus acciones (i.e. estructuras de poder)” (Jociles, Franzé y Poveda, 2011: 24) y que condicionan fuertemente sus percepciones de la realidad y sus herramientas para afrontar y revertir las violencias que sufren en la escuela.

De Certeau, Michel (2000 [1980]) *La invención de lo cotidiano. I Artes de Hacer*, México D.F: Universidad Iberoamericana.

Jociles, María Isabel (2011) "Resistiéndose ante el conocimiento experto: monoparentalidad adoptiva y tácticas para legitimar la solidaridad como motivación para adoptar". En Díaz Viana, Luis; Fernández Álvarez, Óscar y Tomé Martín, Pedro (Coords.), *Lugares, tiempos, memorias. La antropología ibérica en el siglo XXI*. León: Universidad de León. CD adjunto al libro de Actas.

Jociles, María Isabel; Franzé, Adela y David Poveda (2011) *Etnografías de la infancia y de la adolescencia*. Madrid: Catarata.

Platero, Raquel (2010) "Estrategias de afrontamiento frente al acoso escolar: una mirada sobre las chicas masculinas", *LES Online*, vol. 2, nº 2: 35-51.

**Palavras chave:** Acoso escolar, transexualidad, resiliencia, estrategias.

## Education

### **ICCA2022-10663 - Intervenção Precoce, Desenvolvimento, Práticas Centradas na Família, Necessidades, Criança**

Olívia de Carvalho <sup>1</sup>, Sónia Galinha <sup>2</sup>, Isabel Teixeira <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instituto Jurídico Portucalense (IJP), Porto, Portugal, Centro de Investigação Estudos População, Economia e Sociedade da Universidade do Porto (CEPESE), CIDI-IESF, Escola Superior de Educação do Instituto de Estudos Superiores de Fafe, Portugal

<sup>2</sup> FCT CIE - UMa Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira, Portugal; Escola Superior de Educação de Santarém, Portugal.

<sup>3</sup> Diretora Pedagógica da Escola da APPACDM Sabrosa – Vila Real, Portugal

Neste artigo propomos uma viagem pelo percurso da Intervenção Precoce (IP), com o objetivo de perceber as necessidades das famílias. Este trabalho foi elaborado tendo como base a revisão da literatura e a aplicação do instrumento Family Needs Survey, adaptado. A análise dos dados resultantes da aplicação deste questionário permitiu perceber que a Intervenção Precoce está na mira da investigação que se faz relacionada com o desenvolvimento e a primeira infância. Por sua vez estas mesmas práticas recomendam uma atuação centrada na família como condição primordial para a promoção de um desenvolvimento adequado à faixa etária da criança. A informação recolhida mostra que conhecer as reais necessidades da família torna-se fundamental para a promoção do desenvolvimento da criança, no respeito pelos seus direitos e a melhoria da qualidade de prestação de serviços em Intervenção Precoce.

Anip, (2016), Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais, p.3,4, 82,83.

Associação Nacional de Intervenção Precoce. Acedido em 10 de dezembro, 2016, de <http://anip.net/index.php/quem-somos/historia-ip>

Bairrão. J. (1994) – “A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias. O Caso de intervenção precoce”. Inovação.

Capucha, L. (2008). Educação especial. Manual de apoio à prática. Lisboa: Ministério da Educação, DGIDC.

Carvalho, O. (2011). De pequenino é que se torce o destino: O valor da Intervenção Precoce. Porto, Livpsic, p.12.

Carmo, M. (2004). Influência das características das famílias em intervenção precoce na identificação das suas necessidades e na utilidade na sua rede de apoio social. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Braga.

Carrapatoso, M. T. de J. P. (2003). Subsídios para o Estudo da Investigação em Intervenção Precoce Centrada na Família: Quais as Perceções dos Técnicos?, Tese de Mestrado Publicada, Universidade do Porto, Portugal.

Correia, L. & Serrano, A. M. (1998). Envolvimento parental em intervenção precoce. Das práticas



centradas na criança às práticas centradas na família. Porto: Porto Editora.

Decreto-lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Diário da República - I Série - N.º 193 - 6 de outubro de 2009.

Despacho n.º 891-B/1999, de 19 de outubro. . Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Diário da República - II Série - N.º 244 - 19 de outubro de 1999.

Dunst, C. J. (2007) Early intervencion for infants and toddlers with development disabilities. In S. L. Odom, R. H. Honer, M. E. Snell, & J. Blacher (Eds.), Handbook of developmental disabilities (pp.531-551). Nova Iorque: Guilford Press.

Ferro, C. (2012). Relações entre fatores de risco e necessidades da família. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Educação e Ciências. Lisboa.

Fortin, M. (2009). O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Loures, Lusociência.

Gonçalves, S. (2011). Intervenção Precoce na Infância: perspectivas e contributos de um estudo sobre a avaliação da satisfação das famílias do concelho de Viseu. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação de Viseu.

IM2. Acedido em 10 de dezembro, 2016, de <http://im2.anip.net/>

McWilliam, R. A.. (org.). (2012). Trabalho com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais. Coleção Educação Especial. Porto Editora, p.20.

Passos, A. J. B. (2014). As Necessidades das Famílias Apoiadas pela Intervenção Precoce e o atendimento das equipas no Concelho de Povoação, na Ilha de S. Miguel. Universidade Fernando Pessoa.

Pereira, A. P. S., Serrano, A. M. (2010). Intervenção Precoce em Portugal: Evidências e Consequências. Universidade do Minho

Serrano, A. M. (2007). Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce. Porto: Porto Editora.

Serrano, A. M. (2010 julho, agosto e setembro). Projecto-Piloto de Investigação-Ação em Intervenção Precoce na Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação. "Revista Diversidades", p.4.

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais. Salamanca: UNESCO e Ministério da Educação e Ciência de Espanha.

**Palavras chave:** Inclusão, Educação Pré-escolar, Educadores de Infância, Movimento da Escola Moderna.

## ICCA2022-14556 - Papel dos professores na promoção e proteção de crianças e jovens em risco

Márcia Antunes <sup>1</sup>, Francisco Mendes <sup>2</sup>, Rosina Fernandes <sup>2</sup>, Emília Martins <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Associação Viseense de Santa Teresinha

<sup>2</sup> ESEV e CI&DEI - Instituto Politécnico de Viseu

A Escola, enquanto agente de primeira linha na promoção e proteção das crianças e jovens em situações de perigo, assume um papel primordial, cuja intervenção, pautada pelo superior interesse da criança, está consagrada na Lei 147/99, de 1/9. O presente estudo, de natureza qualitativa, procurou explorar os níveis de conhecimento dos professores, enquanto agentes da comunidade escolar, relativamente aquele normativo legal. Foram inquiridos, através de um questionário ad hoc, 20 professores (13 femininos e 7 masculinos) da região Centro de Portugal. A análise de conteúdo, com categorias pré-definidas emergentes da Lei, permitiu destacar níveis de conhecimento insatisfatórios sobre as competências que a Lei confere aos professores. Não obstante, estes agentes de primeira linha apresentam resultados mais satisfatórios no que concerne ao diagnóstico de situações de perigo. Destaca-se, ainda, um desconhecimento sobre as competências atribuídas às Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ), o que, por si só, já é limitador do espaço de intervenção, assim como das autoperceções sobre dificuldades na preparação para: i) intervir em situações de risco e perigo (52.9% “pouco preparado”); ii) implementar estratégias de intervenção necessárias e adequadas à diminuição ou erradicação dos fatores de risco (11.8% “nada preparado” e 35.3% “pouco preparado”); e iii) executar os atos materiais inerentes às medidas de promoção e proteção aplicadas pela comissão de proteção ou pelo tribunal, de que sejam incumbidas, nos termos do acordo de promoção e proteção ou da decisão judicial (35.3% “nada preparado” e 17.6% “pouco preparado”). Acresce o desconhecimento do carácter taxativo das medidas previstas no art.º 35º, da Lei 147/99, de 1/9, com uma expressão considerável (15% não lhe confere aquele carácter e 45% desconhece-o). Estes resultados devem ser lidos com prudência face às limitações da amostra, embora o papel destes agentes educativos na identificação e intervenção em situações de risco reclame, no nosso entendimento, que os centros de formação de professores se mobilizem no sentido de proporcionar formação contínua neste âmbito. A gravidade dos resultados aqui encontrados, mesmo que com eventual menor expressão em termos populacionais, é legitimada pelo impacto negativo de uma análise/deteção tardia. Não é por acaso que a Escola é legalmente considerada como entidade de primeira linha e está, em nosso entender, obrigada a fazer jus à importância/responsabilidade que assume enquanto elemento integrante da comunidade educativa.

Allcock, A. (2019). Schools, safeguarding and early intervention. Iriss – ESSS. <https://www.iriss.org.uk/sites/default/files/2019-04/iriss-esss-outline-schools-ei-20190429.pdf>

Asio, J., Bayucca, S., & Jimenez, E. (2020). Child Protection Policy Awareness of Teachers and Responsiveness of the School: Their Relationship and Implications. *International Journal of Education*, 9(1), 1–10. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED609076.pdf>

Lei 147/99, de 1 de setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo.

**Palabras clave:** Profesores; Crianças e jovens; Situações de risco/perigo.

## **ICCA2022-19229 - Los recursos educativos como barreras para la realización de apoyos inclusivos**

Carmen María Caballero García <sup>1</sup>, Salvador Alcaraz García <sup>1</sup>, Pilar Arnaiz Sánchez <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidad de Murcia*

La respuesta educativa de calidad e inclusiva a todo el alumnado es una línea de acción prioritaria de la comunidad educativa internacional. Así se refleja en el objetivo 4 de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (UNESCO, 2015), que insta a los gobiernos a garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad para promover oportunidades de aprendizaje para todos a lo largo de la vida. Desde estos parámetros, los sistemas educativos inclusivos deben desarrollar políticas de apoyo al alumnado acordes con los principios de equidad y calidad (Echeita et al., 2020). Así, los apoyos se entienden como toda estrategia, material o actuación que se lleva a cabo para lograr el acceso, la participación y el aprendizaje de sus destinatarios en el contexto educativo. El apoyo se concibe, pues, como un recurso para todo el centro, a través de la creación de procesos de enseñanza-aprendizaje inclusivos ajustados a las realidades del aula ordinaria (Härkki et al., 2021). En los centros educativos españoles existen varias figuras docentes vinculadas al apoyo: profesorado de pedagogía terapéutica (PT), de audición y lenguaje (AL) y de educación compensatoria (EC). Según Abellán-Rubio et al. (2021), este profesorado realiza tres funciones principales: creación de fichas y material específico; información a docentes sobre alumnado que recibe apoyo; y atención individualizada a alumnado, dentro o fuera del aula. Sandoval et al. (2019) han constatado que el apoyo se realiza en la mayoría de las ocasiones fuera del aula ordinaria. Ambos trabajos señalan que, junto a otros factores, como la formación, la coordinación, la claridad y delimitación de funciones, la falta de recursos se constituye en una de las barreras más importantes para la realización de apoyos inclusivos. Ante esta situación, esta comunicación tiene el objetivo de comprobar en qué medida la falta de recursos condiciona la realización de apoyos inclusivos en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (España), en las etapas de educación infantil, primaria y secundaria. Para ello, se recurrió a un diseño de investigación de enfoque cualitativo a través del análisis documental. Para el análisis de la información se realizó un análisis de contenido de carácter inductivo, con el fin de extraer los resultados de fuentes primarias y secundarias de forma sintética, estructurada y analítica (Bardin, 1996). Los resultados muestran que los recursos financieros, materiales, personales y espaciales se presentan como una barrera para que el profesorado -especialista o generalista- desarrolle apoyos inclusivos en las aulas ordinarias. Así se constata en estudios que ponen de manifiesto una financiación educativa insuficiente, existiendo limitaciones en la disposición de recursos personales (Arnaiz et al., 2021), materiales o temporales (Paredes, 2020) y espaciales (Arnaiz y Alcaraz, 2020). En definitiva, se evidencia la necesidad de una mayor disposición de recursos educativos para garantizar el derecho de todo el alumnado a recibir apoyos inclusivos. \* Este trabajo pertenece al proyecto de investigación ¿Qué estamos olvidando en la Educación

Inclusiva: una investigación participativa en la Región de Murcia? (PID 2019-108775RB-C44) financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España.

Abellán, J., Arnaiz, P. y Alcaraz, S. (2021). El profesorado de apoyo y las barreras que interfieren en la creación de apoyos educativos inclusivos. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 24(3), 237-249. <https://doi.org/10.6018/reifop.486901>

Alcaraz, S. y Arnaiz, P. (2020). La escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales en España: un estudio longitudinal. *Revista Colombiana de Educación*, 78, 299-320. <http://doi.org/10.17227/rce.num78-10357>

Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido* (2º Edición). Akal.

Echeita, G. y Simón, C. (Coord.) (2020). *El papel de los centros de educación especial en el proceso hacia sistemas educativos más inclusivos. Cuatro estudios de casos: Newham (UK), New Brunswick (Canadá), Italia y Portugal*. Ministerio de Educación y Formación Profesional, Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa.

Härkki, T., Vartiainen, H., Seitamaa-Hakkarainen, P. y Hakkarainen, K. (2021). Co-teaching in non-linear projects: A contextualized model of co-teaching to support educational change. *Teaching and Teacher Education*, 97, 1-14. <http://doi.org/10.1016/j.tate.2020.103188>

Paredes, L. (2020). *El profesorado técnico de servicios a la comunidad (PTSC) en los centros educativos públicos de educación secundaria de la Región de Murcia* (Tesis Doctoral). Murcia: Universidad de Murcia.

Sandoval, M., Simón, C. y Echeita, G. (2019). A critical review of education support practices in Spain. *European Journal of Special Needs Education*, 34, 441–454. <https://doi.org/10.1080/08856257.2018.1533094>

UNESCO (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. A/69/L.85*. 12 agosto 2015. <https://bit.ly/38HnotR>

**Palavras chave:** Educación inclusiva; apoyos; recursos; profesorado.

## **ICCA2022-24938 - El lenguaje en los prematuros extremos. Resultados preliminares**

M<sup>a</sup> del Rosario Mendoza Carretero <sup>1</sup>, Susana Ares Segura <sup>2</sup>, Celia Díaz González <sup>2</sup>, Belén Sáenz-Rico de Santiago <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidad Complutense de Madrid*

<sup>2</sup> *Hospital Universitario La Paz de Madrid*

Los prematuros extremos (< 28 semanas de edad gestacional) tienen predisposición a manifestar habilidades lingüísticas inferiores en comparación con los nacidos a término. Esto repercute en los procesos de aprendizaje y en el rendimiento escolar. La literatura científica recoge que los prematuros presentan dificultades fonológicas, gramaticales y narrativas, afectando tanto a la comprensión como a la expresión. El objetivo de esta investigación, de carácter prospectivo y longitudinal, es identificar el

desarrollo del lenguaje, atendiendo a los módulos de morfología, sintaxis, semántica y pragmática, en aquellos menores que nacieron antes de las 28 semanas. Se contó con la participación de 33 menores, con una edad ( $\bar{X}$ )84.91 (Dt = 9.25; rango: 72 -102 meses), que se encontraban matriculados en la etapa de Educación Primaria (88%) y de Educación Infantil (12%) en centros educativos pertenecientes a la Comunidad de Madrid (100%). A todos ellos, se les administró, en un hospital de referencia dentro de la comunidad autónoma mencionada con anterioridad, el instrumento BLOC-SR (Screening-R). Los resultados alcanzados expresan que los participantes obtienen mejores puntuaciones centiles en pragmática ( $\bar{X}$ )44.58; Dt = 30.57; rango: 2-96) y en sintaxis ( $\bar{X}$ )32.42; Dt = 15.10; rango: 1-83), mientras que son inferiores en morfología ( $\bar{X}$ )17.33; Dt = 15.29; rango: 1-73), y semántica ( $\bar{X}$ )= 24.27; Dt= 22.29; rango: 1-83), encontrándose muy por debajo de lo esperado. Por tanto, se concluye evidenciando que los prematuros extremos presentan una competencia del lenguaje reducida en edad escolar. Por lo que se considera necesario identificar de forma precoz las comorbilidades que puedan aparecer en el desarrollo del lenguaje.

Gormley, J. y Williams, D. (2019). Providing supportive hospital environments to promote the language development of infants and children born prematurely: Insights from neuroscience. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(5), 520 – 528. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.01.007>

Howson, C., Kinney, M., McDougall, L. y Lawn, J. (2013). Born too soon: preterm birth matters. *Reproductive health*, 10(1), s1. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-s1-s1>

van Noort-van der Spek, I., Franken, M.C. y Weisglas-Kuperus, N. (2012). Language functions in preterm-born children: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 129(4), 745–754. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/4/745.full.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018). Nacimientos prematuros. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Petrou, S., Mehta, Z., Hockley, C., Cook-Mozaffari, P., Henderson, J. y Goldacre, M. (2003). The impact of preterm birth on hospital inpatient admissions and costs during the first 5 years of life. *Pediatrics*, 112(6), 1290 – 1297. <https://doi.org/10.1542/peds.112.6.1290>

Puyuelo, M., Renom, J., Solanas, A. y Wig, E. (2007). BLOC-SCREENING-R. Evaluación del lenguaje. Elsevier Masson.

Sansavini, A., Guarini, A. y Savini, S. (2011). Retrasos lingüísticos y cognitivos en niños prematuros extremos a los 2 años: ¿retrasos generales o específicos? *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 31(3), 133-147. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-retrasos-linguisticos-cognitivos-ninos-prematuros-S0214460311701826>

Tulviste, T., Toome, L., Mannamaa, M. y Varendi, H. (2020). Language skills at corrected age 2;0 are poorer in extremely and very preterm boys but not girls compared with their full-term peers. *Early Human Development*, 151, 105164. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105164>

Zimmerman, E. (2018). Do infants born very premature and who have very low birth weight catch up with their full-term peers in their language abilities by early school age? *Journal of speech, language, and hearing research*, 61(1), 53–65. [https://doi.org/10.1044/2017\\_jslhr-l-16-0150](https://doi.org/10.1044/2017_jslhr-l-16-0150)

**Palavras chave:** Educación para la salud, lenguaje, BLOC-SR, prematuros.

## **ICCA2022-27644 - Promoção de competências socioemocionais através de Mindfulness: uma experiência em contexto escolar**

Ana Salomé de Jesus <sup>1</sup>, Ricardo Pocinho <sup>2</sup>, Cristóvão Margarido <sup>2</sup>,  
Eva María Torrecilla Sanchez <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidad de Salamanca*

<sup>2</sup> *CICS.NOVA.IPLeiria – ESECS.IPLeiria*

Nas nossas vivências, pessoais e sociais, encontramos uma ligação intrínseca entre as competências sociais e as competências emocionais, na medida em que a vertente social se relaciona com a construção de relações positivas com os outros e nesse relacionamento é essencial a gestão das emoções (Merrell & Gueldener, 2010). Vários estudos têm demonstrado que o desenvolvimento de competências socioemocionais é fundamental para a adaptação das crianças às exigências da sociedade (Greenberg et al., 2003). Associado à promoção destas competências, surge o Mindfulness, no qual se pretende estar presente e atento à respiração, às sensações físicas, à postura do corpo e aos pensamentos e cuja prática ajuda a promover a atenção-concentração, a regulação emocional e outras capacidades relacionadas que dão suporte a um conjunto de competências sociais, emocionais e académicas (Hawkins, 2019). Sentir@Ser é um projeto desenvolvido no Agrupamento de Escolas de Arronches, distrito de Portalegre, iniciado no ano letivo 2020/2021 e ao qual foi dado continuidade no ano letivo 2021/2022. O mesmo é dirigido a alunos desde a educação pré-escolar ao 3º ciclo do ensino básico e tem como objetivo principal promover as competências (ser) e emocionais (sentir) dos alunos, através de práticas de mindfulness e gestão emocional. O projeto inclui vários programas e atividades, desenhados de acordo com os objetivos e destinatários específicos. O Programa Mindfulness – Pré-Escolar, destinado a crianças entre os 3 e os 6 anos, abrange 63 crianças e desenvolve-se ao longo do ano letivo, em sessões semanais de 25 minutos. Através de estratégias lúdicas, apelativas e adequadas à faixa etária, promove-se a consciência, regulação e autonomia emocionais, as competências relacionais, a consciência social, autorregulação para aumento da atenção-concentração, entre outras competências sociais e emocionais. Os Programas Mindfulness – 2º Ciclo e Mindfulness – 3º Ciclo, no ano letivo 2020/2021 destinaram-se a 120 alunos de 2º e 3º ciclos do ensino básico e concretizaram-se na realização de 8 sessões semanais, de 50 minutos cada, as quais consistiram, essencialmente, no desenvolvimento de práticas de Mindfulness e gestão emocional, sendo abordados temas como “o funcionamento do cérebro”, “as emoções”, “a mente”, “o piloto automático”, “a preocupação”, “a atenção”, “os pensamentos”, “o stress”; foram, também, realizadas técnicas como respiração consciente, meditações guiadas, body scan e práticas informais de Mindfulness. No ano letivo 2021/2022, uma vez que os alunos já estavam familiarizados com os conceitos e técnicas, estes programas, destinados a 114 alunos, passaram a realizar-se num formato diferente: através da realização de práticas e técnicas de Mindfulness, durante 10 minutos, semanalmente, ao longo do ano, de forma a haver uma continuidade e regularidade na prática. A atividade de enriquecimento curricular Sentir@Ser realiza-se com os 85 alunos do 1º ciclo do ensino básico uma vez por semana, em sessões de 60 minutos. Nestas sessões são, essencialmente, promovidas competências socioemocionais (competências relacionais; consciência social; consciência, regulação e autonomia

emocionais; atenção-concentração), através de práticas de Mindfulness. A implementação do projeto no primeiro ano teve um impacto bastante positivo, tendo sido considerado pertinente a sua continuação no ano letivo seguinte, com a introdução de algumas melhorias.

Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social and emotional learning. *American Psychologist*, 58, 466-474.

Hawkins, K. (2019). Mindfulness, aprendizagem socioemocional e bem-estar. In A. M. Pinto & J. S. Carvalho (Coorsd.), *Mindfulness em Contexto Educacional* (Ed. 1, Cap. 2, pp. 19-33). Lisboa, Portugal: Coisas de Ler.

Merrell, K., & Gueldner, B. (2010). *Social and emotional learning in the classroom: Promoting mental health and academic success*. New York: The Guilford Press.

**Palavras chave:** competências socioemocionais; mindfulness; gestão emocional; contexto escolar.

## **ICCA2022-29420 - Oncologia Pediátrica e Acompanhamento Escolar Hospitalar**

Amália Neide Covic <sup>1</sup>, Edmar Silva Santos <sup>2</sup>, Thomas Pontes Chequetto <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidade Federal de São Paulo*

<sup>2</sup> *Universidade Federal do ABC*

**Introdução:** Alunos que realizam tratamento oncológico passam por lutas físicas, sociais, emocionais e educacionais, durante e após o tratamento. A presente pesquisa situa-se na interseção da Educação e Saúde, reflete sobre esse campo com aportes teóricos de Gadamer (2009) e Honneth (2003), ainda, considera a pesquisa de base em atendimento ao escolar gravemente enfermo de Covic et al. (2010) e Holz et al. (2015), as especificidades curriculares de Cosme (2018) e efeitos tardios da oncologia pediátrica de Hong et al. (2021). **Objetivo:** Descrever o impacto do atendimento escolar hospitalar no processo de escolarização de alunos que realizam tratamento oncológico entre os anos de 1999 e 2019. **Método:** De cunho exploratório e retrospectivo, o estudo avaliou as seguintes categorias: evasão escolar e paridade idade/série. Analisamos, após consentimento esclarecido, prontuários (N=3378) de alunos-pacientes (AP) de um hospital oncológico brasileiro, em parceria científica com uma universidade pública, tal hospital possui um serviço de acompanhamento pedagógico-hospitalar desde 2000, portanto, os dados de acompanhamento se referem ao período do ano de 2000 até 2019, no ano de 1999 se fez uma pesquisa inicial para medir a situação pregressa, quando não havia acompanhamento. A amostragem foi composta por pacientes entre 06 e 19 anos, que estiveram em tratamento oncológico para diversas neoplasias. A evasão foi mensurada por meio da definição da legislação brasileira. A paridade idade/série foi estabelecida pelo perfil da educação básica brasileira, composta atualmente por nove (9) anos de ensino fundamental e três (3) anos de ensino médio. **Resultado:** No ano de 1999, antes de implantada a escola hospitalar, em uma exploração do campo (N=100), 41,0% dos pacientes não estavam regularmente matriculados, e 48,0% estavam matriculados, mas não chegaram a concluir o ano escolar, no ano foram aprovados 11,0%. Em 2000, foi implantada a escola hospitalar a atender os AP (N=406), dentre

os atendidos, 6,9% não concluem o ano escolar, foram aprovados 93,1% dos AP. No ano de 2000, 9,4% dos AP apresentaram dificuldades escolares específicas e 82,0% já possuíam defasagem escolar de anos pregressos. Em média, a considerar todo o período do estudo entre 2000 e 2019 (N=3378), 6,8% dos AP não concluíram o ano escolar, a se observar que o tempo de afastamento é variável de acordo com a neoplasia, cujas médias variam entre oito (8) meses até três (3) anos. Em 2019, não concluíram o ano escolar 2,9% AP. Considerações finais: O acompanhamento pedagógico promove melhoras significativas nos índices de evasão e disparidade idade/série, e também fomenta categorias de reconhecimento dos sujeitos atendidos nas diferentes fases de aprendizagem escolar, com impacto no quadro de qualidade vida geral. Dentre os AP que não concluíram o ano, as principais justificativas para a evasão escolar foram: (a) quanto às relações, têm medo do desconhecido, da forma como podem ser vistos pelos demais; (b) quanto às aprendizagens, o ritmo das atividades solicitado pela escola regular é um impedimento para que, sem o serviço de acompanhamento escolar hospitalar, alcancem a autonomia nos estudos.

Cosme, Ariana (2018). *Autonomia e Flexibilidade Curricular Propostas e Estratégias de Ação*. Porto: Editora Porto.

Covic, Amália Neide; Oliveira, Fabiana de Melo (2010). *O aluno gravemente enfermo*. São Paulo: Cortez Editores

Gadamer, Hans-Georg (2009). *O mistério da saúde: cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70.

Holz, Verónica Violant; Argilaga, M. Teresa Anguera (2015). *Investigación em Pedagogía Hospitalaria*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Hong, Hye Chong; Min, Ari; Choi, Sungkypung (2021). Living with the Late Effects of Childhood Cancer Treatment: A Descriptive Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 8392. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168392>.

Honneth, Axel (2003). *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34.

**Palavras chave:** Acompanhamento escolar hospitalar. Evasão escolar. Aluno gravemente enfermo. Oncologia pediátrica.

## **ICCA2022-30289 - Importância da Inclusão e Flexibilidade em Contexto Escolar**

Sónia Galinha <sup>1</sup>, Olivia Carvalho <sup>2</sup>, Ana Teixeira <sup>2</sup>, Estrela Paulo <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *CIE\_UMa e ESE*

<sup>2</sup> *Escola Superior de Educação de Fafe*

O presente trabalho de investigação, insere-se no âmbito da Especialização em Educação Especial Domínio Cognitivo Motor, intitula-se de Importância da Inclusão e da Flexibilidade em Contexto Escolar. O objetivo deste estudo é investigar, conhecer, analisar e compreender a importância da inclusão e da flexibilidade curricular em contexto escolar, tendo por base as dificuldades e os desafios existentes no processo de inclusão e na utilização de estratégias que desenvolvam as necessidades



que cada aluno demonstra. Este estudo contou com a participação de professores especializados em Educação Pré-escolar e Ensino Básico do 1º Ciclo. O estudo, de natureza quantitativa, foi realizado com a aplicação de um questionário no google forms e partilhado em grupos de professores, daí pretendermos obter uma heterogeneidade de respostas, este utilizou-se como instrumento de recolha de dados um inquérito por questionário. Foi aplicado numa amostra de 67 professores na faixa etária entre os 22 anos e os 66 anos. Podemos verificar que, os profissionais inquiridos, configuram, uma resposta educativa eficaz no processo de inclusão, colocando em prática a flexibilidade curricular no processo de ensino/aprendizagem. Também, verificamos que existem obstáculos em relação à falta de recursos humanos e materiais, e sobretudo, pelas turmas numerosas, onde alunos com dificuldades diversas, estão presentes em salas de aula sem ajuda de profissionais especializados. 0624-21-UIDB/04083/2020-AD-AF.

Braga, C. (2010). *Perturbações do Espectro do Autismo e Inclusão: atitudes e representações dos pais, professores e educadores de infância*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Minho. Minho.

Carvalho, O. (2020). *Crescer juntos na parentalidade positiva: Competências profissionais para a Educação Parental* (pp. 122-136). In S. Monteiro (Orgs.) *Educação de jovens e adultos: ações de consolidação da agenda*. Paraná: Atena Editora. <https://doi.org/1022533/at.ed.81720140713>

Carvalho, O. (2011). *De pequenino se torce o destino: O valor da Intervenção Precoce*. Porto: Legis Editora.

DGE. 2018. *Para uma Educação Inclusiva - Manual de Apoio à Prática*. Disponível em: [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual\\_de\\_apoio\\_a\\_pratica.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual_de_apoio_a_pratica.pdf) Acesso em 2 de abril de 2021.

Ferreira, M. (2012). *Necessidades Formativas dos Professores do 1.º Ciclo na Prática Profissional com Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Projeto de Mestrado apresentado à escola Superior de Educação de Beja. Beja.

Flores, M., & Flores, M. (2000). *Do currículo uniforme à flexibilização curricular: Algumas reflexões*. In J. Pacheco, J. Morgado & I. Viana (Orgs.), *Actas do IV Colóquio sobre Questões Curriculares "Políticas curriculares: Caminhos da flexibilização e integração"* (pp. 83-92). Braga: Universidade do Minho.

Flores, M., & Flores, M. (2000). *Do currículo uniforme à flexibilização curricular: Algumas reflexões*. In J. Pacheco, J. Morgado & I. Viana (Orgs.), *Actas do IV Colóquio sobre Questões Curriculares "Políticas curriculares: Caminhos da flexibilização e integração"* (pp. 83-92). Braga: Universidade do Minho.

**Palavras chave:** Inclusão, Flexibilidade curricular, Ensino/Aprendizagem.

## **ICCA2022-35437 - Participación infantil en un proyecto de mejora: de las políticas a las prácticas.**

Samantha Mulloni Martínez <sup>1</sup>, Irene Crestar Fariña <sup>1</sup>, Ángeles Parrilla Latas <sup>1</sup>, Manuela Raposo Rivas <sup>1</sup>, Esther Martínez Figueira <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidad de Vigo*

En esta comunicación se presenta un proyecto que tiene por objetivo romper el aislamiento de las escuelas descentralizadas situadas en la montaña y/o en islas pequeñas (Boix, Champollion & Duarte, 2015; Schafft, 2016). Asume la posibilidad de utilizar el diálogo y la colaboración entre alumnos que, aunque distantes geográficamente, comparten realidades socio-ambientales similares (Miller, Scanlan, & Phillippo, 2017). De este modo, se pretende desarrollar una conciencia e intervenciones medioambientales tomando como punto de partida el entorno inmediato y la colaboración entre niños, niñas y jóvenes de distintos países. Este proyecto ha sido cofinanciado por la Unión Europea en el marco del Programa Erasmus+ (Green S.E.E.D.S, 2019). El tema principal del proyecto es el medioambiente. Participan en el mismo 20 aulas de educación Primaria y Secundaria y entidades de cinco países: Italia, Croacia, Grecia, Chipre y España. En su desarrollo el proyecto ha supuesto la articulación de tres fases: una primera fase de elaboración de un conjunto de materiales formativos que se materializaron en un "Toolkit Green SEEDS" para la formación del profesorado participante antes del inicio del proyecto en las aulas; una segunda fase de codiseño entre docentes de Webquest (denominadas Seedquest en el proyecto) sobre la protección y cuidado del entorno medioambiental local y su posterior desarrollo por los alumnos en parejas de aulas de distintos países; y una última fase en la que las pequeñas escuelas comparten online el trabajo realizado con escuelas urbanas y de ciudad. El proyecto ha sido evaluado a través de distintas estrategias colaborativas (Cousins, 2019) realizadas entre docentes y estudiantes en los distintos países. El análisis de datos, en desarrollo, apunta la importancia del contacto entre niños y niñas de diferentes escuelas y las posibilidades de cooperación entre ambos a través de recursos online. Así mismo concluye señalando, la necesidad de considerar el importante papel de la participación de la infancia en la construcción de proyectos de mejora educativa.

Boix, R., Champollion, P. & Duarte, A. (2015). Teaching and Learning in rural contexts. *Journal of Education*, 3,2, 28-47.

Cousins, B. (2019). Collaborative approaches to evaluation: Principles in use. Thousand Oaks: Sage.

GREEN S.E.E.D.S (2019). Synergy and Environment to Empower Decentralised Schools (2019-1-IT02-KA201-062254).

Miller, P., Scanlan, M. K., & Phillippo, K. (2017). Rural cross-sector collaboration: A social frontier analysis. *American Educational Research Journal*, 54(1), 193S-215S.  
doi:10.3102/0002831216665188

Schafft, K.A. (2016). Rural education as rural development: Understanding the rural school-community well- *Peabody Journal of Education*, 91, 137-154.

**Palabras clave:** Participación infantil, Sostenibilidad medioambiental, Evaluación participativa, Escuelas Rurales.

## **ICCA2022-36216 - Formar al profesorado para garantizar una educación inclusiva: mejoras necesarias**

José Manuel Guirao Lavela <sup>1</sup>, Rogelio Martínez Abellán <sup>1</sup>, Remedios de Haro Rodríguez <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidad de Murcia*

La construcción de una educación inclusiva requiere de la formación del profesorado como tarea imprescindible. Precisamente, la European Agency for Special Needs and Inclusive Education (2020), señala la necesidad de diseñar y desarrollar políticas en materia de formación profesional docente con una mirada inclusiva, capaz de ofrecer respuestas equitativas e inclusivas a todo el alumnado; abandonando viejos modelos que han perpetuado modelos deficitarios vinculados a prácticas de integración, y, por tanto, a la exclusión. Este trabajo focaliza su atención en una pieza clave de la comunidad educativa: el profesorado. Así, se pone de manifiesto la importancia de contar con una cultura, principios éticos y valores inclusivos en el colectivo docente para promover una educación equitativa y de calidad para todos. Por ello, el objetivo de este trabajo reside en analizar la formación del profesorado –permanente- presente en la Región de Murcia (España) para promover la inclusión. Esta temática de análisis está presente –unida a otras- en el Proyecto de Investigación ¿Qué estamos olvidando en la Educación Inclusiva: una investigación participativa en la Región de Murcia? (PID 2019-108775RB-C44) financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España. De este modo, se ha procedido a realizar un estudio descriptivo, teniendo el análisis documental como principal herramienta de análisis. La organización de la formación permanente del profesorado no universitario de la Región de Murcia, corresponde al Centro de Profesores y Recursos Región de Murcia. Para analizar la formación para la educación inclusiva ofertada desde dicho organismo se ha recurrido a conocer el Plan Trienal de Formación Permanente del Profesorado 2018-2021 y el Plan Regional de Formación Permanente del Profesorado del curso académico 2020-21 de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. El plan trienal cuenta con unos ejes de formación, diez líneas prioritarias de actuación y sus correspondientes programas formativos. El análisis realizado pone de manifiesto la presencia de un eje formativo -6- dedicado a “La atención a la diversidad del alumnado y la mejora de la convivencia escolar”. De igual modo, entre los objetivos del eje de formación 2 – “El desarrollo de la competencia profesional del profesorado”-, el objetivo 5 versa sobre “Favorecer el desarrollo de las competencias para la gestión de grupos de alumnos, para la atención a la diversidad y para la educación en valores”. Además de estos ejes vertebradores del Plan Trienal, se contemplan 10 líneas prioritarias de formación, cada una de las cuales con sus correspondientes programas formativos. Precisamente, la línea prioritaria 8 y sus correspondientes programas de formación, aparece referida a la atención a la diversidad que hacen referencia a: necesidades educativas especiales, interculturalidad y compensación, orientación y tutoría, altas capacidades y dificultades específicas de aprendizaje. La presencia de estas actividades y el profesorado participante en las mismas ponen de manifiesto una serie de mejoras o aspectos a tener

en cuenta para repensar la formación permanente del profesorado y contribuir a la conquista de Agenda 2020 promovida por la UNESCO (2015), donde garantizar una educación inclusiva es uno de sus objetivos prioritarios.

European Agency for Special Needs and Inclusive Education, 2020. Teacher Professional Learning for Inclusion: Phase 1 Final Summary Report. Odense, Denmark

UNESCO (2015). Transformar nuestro mundo: La agenda 2030 para el desarrollo sostenible. <https://bit.ly/38ITRQq>

**Palavras chave:** educación inclusiva; formación del profesorado; profesionalización docente.

## **ICCA2022-40863 - Expectativas Y Preocupaciones De Los Adolescentes Hacia La Universidad: Una Mirada Desde Sus Narrativas Visuales**

María-Esther Martínez-Figueira <sup>1</sup>, Silvia Sierra Martínez <sup>1</sup>, Olalla García Fuentes <sup>1</sup>, Samantha Mulloni Martínez <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidade de Vigo*

Este trabajo se enmarca en una investigación participativa e inclusiva (Parrilla, 2019) con la que podemos adentrarnos en los pensamientos y sentimientos presentes en nuestros adolescentes (según la Organización Mundial de la Salud con edades comprendidas entre 10 e 19 años), cuando inician sus estudios universitarios. Para ello implementamos estrategias metodológicas narrativo-visuales con la idea de “probar, estudiar y mapear nuevas formas y alternativas de abordar inclusivamente el objeto de estudio (...), que contribuyan al empoderamiento de todos los participantes en la investigación, y cómo no, que nos ayuden a ver y visibilizar las exclusiones cotidianas” (Parrilla, 2021, p. 42). Este enfoque permite incrementar la participación y autonomía de las personas implicadas en los procesos de investigación, no sólo como personas investigadas sino como coinvestigadores, maximizando su participación desde una relación de igualdad (Sierra, Fiuza y Parrilla, 2019). Para evaluar la transición a la universidad desde la perspectiva de los estudiantes utilizamos Fotovoz, entendido éste como un método que emplea la fotografía y el diálogo para el cambio y la mejora social (Wang, 2006). A través de Fotovoz queremos invitar a los adolescentes de 1º curso del Grado de Educación Infantil y del Grado de Educación Primaria de una universidad gallega a asumir un papel activo en la reflexión y participación de su nueva situación académica. Los resultados, basados en el análisis denotativo de las imágenes y el análisis connotativo de los textos producidos por los mismos identifican la conexión entre su identidad como adolescentes y los procesos de participación y gestión universitaria. Estos llegan a mostrar la posibilidad de desarrollar diferentes actividades trabajando todos juntos, tomando y seleccionando las fotografías que mejor reflejan su idea de transición educativa desde los institutos de educación secundaria a la Universidad. Como principales conclusiones, llegamos a afirmar que se muestra la idoneidad de los recursos tecnológicos visuales para evaluar las transiciones educativas, la capacidad de Fotovoz para fomentar la reflexión y el pensamiento crítico de los participantes y la necesidad de reconocer la voz y

la autoridad de los adolescentes desde su entrada en la universidad. Además, puede ser especialmente útil para analizar cuestiones de carácter significativamente personal, como la forma en que los adolescentes se sitúan dentro de la nueva cultura universitaria.

Parrilla, A. (2021). Pensar el Desarrollo Profesional Docente desde la Investigación: Rutas Participativas e Inclusivas. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 15(2), 39-52 <https://doi.org/10.4067/S0718-73782021000200039>

Parrilla, A. (2019) (dir.). "¿Qué estamos olvidando en la educación inclusiva? Una investigación participativa en Galicia" (PID2019-108775RB-C41). Plan Nacional de Investigación, Ministerio de Educación. España.

Sierra Martínez, S., Fiuza Asorey, M., & Parrilla, Ángeles. (2019). Investigación Participativa con Jóvenes con Discapacidad Visual: Cuando los Relatos de Exclusión e Inclusión Salen a la Calle. *Revista Internacional De Educación Para La Justicia Social*, 8(2), 49–64. <https://doi.org/10.15366/riejs2019.8.2.003>

Wang, C.C.. (2006). Youth participation in photovoice as a strategy for community change. *Journal of Community Practice*, 14(1-2), 147-161.

**Palavras chave:** Metodologías narrativo-visuales, Investigación participativa, Adolescentes, Transición a la universidad.

## **ICCA2022-44404 - Os Formadores De Uma Escola De Artes E A Educação Inclusiva: Representações E Práticas**

Olívia de Carvalho <sup>1</sup>, Sónia Galinha <sup>2</sup>, Carolina Pinto <sup>3</sup>, Estrela Paulo <sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Instituto Jurídico Portucalense (IJP), Porto, Portugal, Centro de Investigação Estudos População, Economia e Sociedade da Universidade do Porto (CEPESE), CIDI-IESF, Escola Superior de Educação do Instituto de Estudos Superiores de Fafe, Portugal*

<sup>2</sup> *FCT CIE - UMa Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira, Portugal; Escola Superior de Educação de Santarém, Portugal.*

<sup>3</sup> *Escola Superior de Educação do Instituto de Estudos Superiores de Fafe (IESF), Portugal.*

<sup>4</sup> *Escola Superior de Educação do Instituto de Estudos Superiores de Fafe (IESF), Portugal.*

O presente trabalho teve como propósito, analisar as perceções dos formadores do Curso de Interpretação de uma Escola de Artes, quanto à Educação Inclusiva preconizada no Decreto Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, e à sua implementação na prática letiva. Assim, como objetivos procurou-se: por um lado, caracterizar, de um ponto de vista teórico, a concretização, ou não, da prática inclusiva no ensino artístico; por outro lado, aferir acerca das conceções sobre a abordagem multinível por parte dos formadores da parte técnica do referido curso artístico; e ainda, conhecer as opiniões dos diferentes formadores sobre a política de educação inclusiva praticada na sua escola. Para responder aos objetivos propostos, realizou-se um estudo exploratório, tendo como participantes, formadores da Academia Contemporânea do Espetáculo, do concelho de Famalicão. Da análise dos dados, obtidos

por entrevista, destaca-se as condições bastante satisfatórias que um curso de Interpretação proporciona para a prática de uma educação inclusiva. Os resultados revelam, também, que a formação de todos os envolvidos nem sempre é a mais adequada, o que resulta em práticas educativas muito baseadas na experiência e pouco suportadas pelas teorias subjacentes ao modelo de Escola Inclusiva.

Armstrong, F. & Rodrigues, D.; pref. Mónica Vieira (2014). *A Inclusão nas Escolas*. Ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Bairrão, J., Felgueiras, I., Fontes, P., Pereira, F., & Vilhena, C. (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais*. Lisboa: Ministério da Educação.

Carvalho, O. & Peixoto, L. (2000). *Escola Inclusiva: da Utopia à Realidade*, Edições APPACDM Distrital de Braga – Braga.

Correia, M. L. (2017). *Fundamentos da Educação Especial – Um guia para Educadores e Professores*. Braga: Flora Editora.

DGE. (2018). *Para uma Educação Inclusiva - Manual de Apoio à Prática*.

Guimarães, S. - *European Review of Artistic Studies*, 2012, vol.3, n.2: ISSN 1647-3558 - À Descoberta dos Palcos da Inclusão: o Teatro como Estratégia Inclusiva e Otimizadora das Aprendizagens - The discovery of the stages of inclusion theatre as a strategy and inclusive learning optimizer (pp. 12-64) - <http://www.eras.utad.pt/docs/9%20TEATRO.pdf>

Morin, E. (2014). *Enseigner à vivre – manifeste pour changer l'éducation*. Babel essai

Oliveira, G. M. P., Pereira, J. D. L. & Lopes, M. S. (2019). *As Artes na Educação Especial – Teorias, Metodologias e Práticas Sociais, Culturais e Educativas para a Inclusão*. INTERVENÇÃO – Associação para a promoção e divulgação cultural / Chaves

Silva, M., Ribeiro, O., & Carvalho, A. (2013). *Atitudes e práticas dos professores face à inclusão de alunos com Necessidades Educativas Especiais*. *Revista Portuguesa de Pedagogia(V)*, 53- 73.

UNESCO. (1994a). *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção: necessidades educativas especiais*. Adaptação da Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade. Salamanca: UNESCO.

Legislação consultada:

Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional - 2005

Decreto-Lei n.º 54/2018, Diário da República, 1.ª série — N.º 129 — 6 de julho de 2018.

**Palavras chave:** Educação Especial; Educação Inclusiva; Artes.

# ICCA2022-44977 - Promoção Literacia Em Sono Na Infância - Adolescência: Uma Necessidade Emergente

Diana Patrícia Leal Tavares <sup>1</sup>, Liliana Leite <sup>2</sup>, Manuela Amorim <sup>2</sup>, Raul Cerveira Lima <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto*

<sup>2</sup> *Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto*

**Introdução:** Os problemas relacionados com o sono têm sido cada vez mais vistos como um problema de saúde pública. Atualmente, as exigências diárias parecem impor um encurtamento do tempo e a qualidade do sono (1). Um sono não reparador e os horários desregulados podem aumentar os riscos de patologia e diferentes tipos de disfunção, como fisiológica e hormonal (2, 3). De facto, a afetação cognitiva (perceção, memória, funções executivas) subsequente a estas alterações do sono constituem uma questão de saúde pública (4). Esta problemática pode ser amplamente minimizada mudando hábitos ou estilos de vida. O conhecimento das regras de sono / higiene de sono pode melhorar substancialmente a qualidade de vida. Contudo, o que se verifica é que, apesar do crescente conhecimento sobre a importância do sono para a saúde, ainda não existe uma campanha sustentada e sistematizada para a promoção de hábitos de sono adequados (1), sobretudo ao nível das crianças e adolescentes, e respetivos educadores, sendo a infância e adolescência a faixa etária mais permeável a mudanças comportamentais. **Objetivos:** Criação de um plano de literacia em higiene do sono para crianças, adolescentes e seus educadores. **Metodologia:** Sistematização das regras de higiene do sono adaptadas à realidade do século XXI e às novas exigências incutidas pelo contexto de pandemia e pós-pandemia Covid-19, desenvolvendo um flyer de resumo de regras de higiene do sono, uma apresentação em formato digital sobre conceitos base e regras de higiene do sono, adaptadas às faixas etárias, e um quizz para avaliação dessa literacia. Subsequente aplicação do plano de intervenção na comunidade da região Norte de Portugal Continental entre o ano de 2021 e 2022. **Discussão:** O aumento da literacia no que respeita às regras de higiene do sono parece ser a chave de ouro para a minimização das alterações observadas, cada vez de forma mais frequente, durante o sono e subsequente rendimento físico, cognitivo e social. O público primordial de intervenção parece-nos ser a criança, o adolescente e respetivos educadores. A fomentação de comportamentos saudáveis de forma precoce pode acautelar, a médio e longo prazo, a manutenção desta problemática. **Conclusão:** Qualquer intervenção de promoção da literacia em sono deve considerar o grau de probabilidade de incutir novos comportamentos e hábitos, enquadrando assim as exigências dos contextos e dos novos desenvolvimentos tecnológicos.

1. Irish LA, Kline CE, Gunn HE, Buysse DJ, Hall MH. The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Med Rev.* 2015; 22:23-36.

2. Hanson JA, Huecker MR. Sleep Deprivation. *StatPearls.* Treasure Island (FL). 2021.

3. Tobaldini E, Costantino G, Solbiati M, Cogliati C, Kara T, Nobili L, et al. Sleep, sleep deprivation, autonomic nervous system and cardiovascular diseases. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017; 74(Pt B):321-9.

4. Killgore WD. Effects of sleep deprivation on cognition. *Prog Brain Res.* 2010; 185:105-29.

# ICCA2022-45087 - Desafios na construção de uma Escola Inclusiva em Moçambique: um estudo de caso no Centro de Recursos de Educação Inclusiva Josina Machel de Anchilo em Nampula

Cristiana Madureira <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professora adjunta na ESECS - IPLeiria

Este artigo pretende refletir sobre os desafios na construção de uma Escola Inclusiva em Moçambique: um estudo de caso no Centro de Recursos de Educação Inclusiva Josina Machel de Anchilo em Nampula. Desenvolveu-se uma metodologia qualitativa com o recurso ao estudo de caso, no Centro de Recursos de Educação Inclusiva Josina Machel de Anchilo, em Nampula (CREI-Anchilo). Recorremos à técnica de investigação da entrevista, desenvolvida online à Diretora pedagógica, ao psicopedagogo e a professores do CREI-Anchilo. Como principais resultados constatou-se a necessidade de ações de capacitação para toda a comunidade educativa, de modo a sensibilizá-los para a importância do seu envolvimento com a escola para a promoção do sucesso e da realização de todos e cada um dos alunos. Face às necessidades diagnosticadas será apresentado um plano de capacitação para toda a comunidade educativa, no sentido de se repensar a escola em Moçambique, de modo a torná-la mais inclusiva e a dar respostas mais ajustadas à especificidade de todos e de cada um dos alunos que a frequenta.

Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de Julho. Presidência de Conselho de Ministros. Lisboa: DGE  
MINED (2000). Projecto escolas inclusivas: relatório preliminar da fase piloto. Maputo: DNEB.  
Oliveira, M.G. (2017). Perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória. Lisboa: Ministério da Educação.  
Ramos, R. (2006). Passos para a inclusão. São Paulo: Cortez.  
República de Moçambique (1999). Resolução n.º 20/99, de 29 de Junho de 1999. Política da Pessoa com Deficiência. Boletim da República nº 52, Série I. Maputo: Imprensa Nacional.  
República de Moçambique (2004). Constituição da República de Moçambique. Maputo: Imprensa Nacional.  
República de Moçambique (2011). Diploma Ministerial n.º 191/2011, de 25 de Julho, em 2011. Criação de Centros de Recursos de Educação Inclusiva. Maputo: MINED.  
República de Moçambique (2018). Lei nº 18/2018 do Sistema Nacional de Educação de 28 de Dezembro. Boletim da República I Série, número 254, Maputo: Imprensa Nacional.  
UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e linha de ação sobre as necessidades educativas especiais. Brasília: CORDE.

**Palavras chave:** educação inclusiva, centro de recursos, desafios.



## ICCA2022-47109 - Aulas de acogida para el alumnado extranjero: ¿políticas educativas inclusivas o excluyentes?

Remedios de Haro Rodríguez <sup>1</sup>, Andrés Escarbajal Frutos <sup>1</sup>, Ana Belén Mirete Ruiz <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Murcia

En el marco de la Agenda 2030 promovida por la UNESCO (2015), el sistema educativo se enfrenta al desafío de promover una educación para un desarrollo sostenible, materializando los diecisiete objetivos de desarrollo sostenible (ODS) presentes en dicha agenda. Uno de ellos, el número cuatro precisamente hace referencia a garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación ¿Qué estamos olvidando en la Educación Inclusiva: una investigación participativa en la Región de Murcia? (PID 2019-108775RB-C44) financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España. Así, en esta ocasión, se focaliza la atención en el alumnado extranjero escolarizado en la Región de Murcia, más concretamente en las medidas y actuaciones desarrolladas en dicho territorio hacia este alumnado, con el fin de valorar su compromiso en el desarrollo de políticas educativas inclusivas. A este respecto, cabe recordar que, según los datos facilitados por el Ministerio de Educación y Formación Profesional (2020) para el curso académico 2018/19, que la Región de Murcia supera la media nacional (9.2%) de porcentaje de alumnado extranjero en enseñanzas de Régimen General no universitarias (11.6%), ocupando el cuarto lugar junto a Cataluña. El 88.46% de este alumnado se encuentra en la enseñanza pública y el 11.54% restante en la enseñanza privada. De esta última cifra, el 82.20% está matriculado en la enseñanza privada concertada y el 9.48% restante en la enseñanza privada (CREM, 2021). Estos datos reflejan la realidad multicultural presente en las aulas y la obligación de ofrecer respuestas equitativas e inclusivas ante sus necesidades. Una de las mayores necesidades que presenta el alumnado extranjero es el desconocimiento del español como segunda lengua. Por ello, el objetivo de este trabajo se dirige a analizar las aulas de acogida como medida de atención a la diversidad para favorecer la adquisición de la competencia lingüística en español de este alumnado. Para dar respuesta al presente objetivo, se ha realizado una revisión sistemática de la normativa vigente en relación a esta medida, así como, se ha realizado un análisis de la presencia de las aulas de acogida como medida específica en cada territorio, así como su distribución en la red pública o privada de enseñanza en la Región de Murcia. Los resultados muestran una distribución irregular entre los centros educativos públicos y privados, máxime si se tiene en cuenta que es precisamente la red pública la que concentra, de forma unánime, la implementación de esta medida. Ello, obviamente, obliga a la distribución desigual del alumnado extranjero, configurando nuevas formas de segregación, con la aparición de los centros denominados gueto. Conocer profundamente las carencias y limitaciones de las aulas de acogida, permite el análisis de las atenciones educativas ofrecidas en una realidad multicultural como es la vivida en la Región de Murcia. Ello permitirá el diseño de proyectos, políticas y prácticas educativas acordes con las marcadas por el camino hacia la inclusión.

Consejo Escolar de la Región de Murcia (2021). Informe sobre el sistema educativo en la Región de Murcia. Cursos 2018-19 y 2019-20. CREM.

Ministerio de Educación y Formación Profesional (2020). Informe 2020 sobre el estado del sistema educativo. Curso 2018/19. Secretaría General Técnica Ministerio de Educación y Formación Profesional. Disponible en: <https://www.educacionyfp.gob.es/mc/cee/publicaciones/informes-del-sistema-educativo/informe-2020.html>

UNESCO (2015). Transformar nuestro mundo: La agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Disponible en: <https://bit.ly/38ITRQq>

**Palavras chave:** educación inclusiva; escolarización; alumnado extranjero; aulas de acogida.

## **ICCA2022-49206 - O Teacher Classroom Management Programme em tempo de pandemia: Preferências de educadoras de infância quanto à modalidade de aplicação (presencial vs online)**

Sofia Major <sup>1</sup>, Maria Filomena Gaspar <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade dos Açores*

<sup>2</sup> *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra*

A pandemia COVID-19 exigiu a reinvenção de processos de execução de tarefas em várias profissões. O programa da série Anos Incríveis - Teacher Classroom Management Programme (IY@-TCM; Webster-Stratton, 2003), para agentes educativos formais de crianças dos 3 aos 8 anos, envolve uma modalidade de formação grupal e dinâmica, com recurso a visionamento de vídeos, dramatizações, muito focada na partilha de ideias/experiências por parte de educadores de infância. É implementado em sete workshops. Tendo como objetivos aumentar a qualidade da relação entre esses agentes educativos, as crianças e as famílias, e criar condições para o desenvolvimento de competências de gestão do comportamento e do clima emocional do grupo. O programa foi concebido para ser aplicado na modalidade presencial. A pandemia veio colocar desafios à sua aplicação, exigindo a sua adaptação para poder ser aplicado online. O presente estudo tem como objetivo apresentar a perspetiva de educadoras de infância, que participaram no programa de intervenção TCM em contexto de pandemia, quanto à sua preferência pela modalidade presencial ou online. A amostra envolve 14 educadoras de infância (Idade = 47.57, DP = 5.03) que receberam a intervenção TCM entre novembro de 2020 e maio de 2021. Devido à situação pandémica, duas sessões tiveram lugar online (via ZOOM) e as outras decorreram presencialmente, criando-se um contexto único para um estudo comparativo deste tipo. Com vista à avaliação das estratégias de formação, das formadoras, e da satisfação com ambas as modalidades, foi desenvolvido o Questionário de Avaliação da Satisfação Programa Anos Incríveis Educador/Professor: Presencial vs. Online (Major & Gaspar, 2021) com 22 itens, ao qual todas as educadoras responderam no final da formação. O questionário inclui ainda quatro questões abertas acerca do que as educadoras gostaram mais e menos em ambas as modalidades. Relativamente à modalidade de dinamização, 13 das 14 educadoras preferiram a modalidade presencial. A análise de comparação de aspetos

específicos indica que, relativamente às estratégias utilizadas durante a formação, a maioria preferiu as discussões em grupo (71.5%) e as dramatizações (85.7%) na modalidade presencial, avaliando também como mais positivo o apoio entre os elementos do grupo na modalidade presencial (57.1%). No que diz respeito à avaliação das formadoras a maioria considerou que a dinamização da formação (78.6%), a preparação das formadoras (92.9%) e o interesse por si e pelas crianças foi idêntica em ambas as modalidades. A análise das respostas às questões abertas mostra que o que as educadoras mais apreciaram na modalidade presencial foi o convívio e a partilha de ideias/experiências. O que menos apreciaram nesta modalidade foram as dramatizações e o ter de utilizar máscara durante a formação. Na modalidade online destacaram como mais positivo, a possibilidade de assistir à formação em casa e o horário mais reduzido. Nesta modalidade, a falta de contacto/interação com as colegas e problemas técnicos (e.g., falhas internet) foram as dificuldades mais referidas. As vantagens e limitações da dinamização de oficinas de formação para grupos de educadoras de infância presencialmente ou online, em contexto de pandemia, são discutidas.

Carlson, J. S., Tired, H. B., Bender, S. L., & Benson, L. (2011). The influence of group training in the Incredible Years Teacher Classroom Management Program on preschool teachers' classroom management strategies. *Journal of Applied School Psychology*, 27, 134-154. <https://doi.org/10.1080/15377903.2011.565277>

Carrillo, C., & Flores, M. A. (2020) COVID-19 and teacher education: A literature review of online teaching and learning practices. *European Journal of Teacher Education*, 43(4), 466-487. <https://doi.org/10.1080/02619768.2020.1821184>

Jung, I. (2005) Cost-effectiveness of online teacher training. *Open Learning: The Journal of Open, Distance and e-Learning*, 20(2), 131-146. <https://doi.org/10.1080/02680510500094140>

Moorhouse, B. L. (2020) Adaptations to a face-to-face initial teacher education course 'forced' online due to the COVID-19 pandemic. *Journal of Education for Teaching*, 46(4), 609-611. <https://doi.org/10.1080/02607476.2020.1755205>

Webster-Stratton, C. (2003). *The Teacher Classroom Management Program (Rev. ed.)*. Incredible Years Ltd.

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2002). *The Incredible Years classroom management teacher training program: Content, methods, and process*. Retrieved from <http://www.incredibleyears.com/article/the-incredible-years-classroom-management-teacher-training-program-content-methods-and-process/>

**Palavras chave:** Pandemia, Educadores de Infância, IY@–TCM, Presencial/Online.

## ICCA2022-50028 - Inclusão; Perspetivas e Contextos O caso do Movimento da Escola Moderna

Sónia Galinha <sup>1</sup>, Olivia Carvalho <sup>2</sup>, Susana Barbosa <sup>2</sup>, Rosa Martins <sup>2</sup>, João Pascoinho <sup>2</sup>

<sup>1</sup> CIE\_UMa e ESE

<sup>2</sup> Escola Superior de Educação de Fafe

O atual conceito e a legislação sobre a inclusão no sistema educativo português sugerem que todas as crianças e jovens dispõem de medidas de suporte à inclusão. O Movimento da Escola Moderna (MEM) assume-se como um modelo pedagógico democrático, que pressupõe práticas pedagógicas inclusivas. Neste estudo, procurou-se compreender de que modo as educadoras de infância refletem e perspetivam a inclusão e comparar a perspetiva de inclusão de profissionais que exercem atualmente funções na educação pré-escolar, em jardins de infância públicos. Tratou-se de um estudo exploratório com oito participantes, em que metade refere adotar aquele modelo pedagógico. Para a recolha de dados fez-se uma adaptação ao Instrumento de Autorreflexão – Ambiente de Educação Pré-escolar Inclusivo e uma análise do Perfil de Utilização do MEM no Desenvolvimento do Currículo. Ambos os questionários foram passados em formato eletrónico. Os resultados obtidos sugerem a existência de diferenças pouco significativas entre as educadoras que referem adotar o MEM e as restantes. Os dados sugerem também que, de um modo geral, todas as educadoras afirmam promover a inclusão das crianças nas rotinas, contudo, segundo as participantes, não temos uma inclusão plena. De acordo com as respostas obtidas, as educadoras perspetivam a inclusão como algo relacionado com: a organização um ambiente educativo acessível e diversificado; o planeamento de atividades diversificadas; e a valorização das interações. Para a concretização na prática desta perspetiva, todas educadoras parecem sentir falta de apoio e/ou de formação. Estas são questões pertinentes para aprofundar em futuras abordagens, preferencialmente com uma amostra de maiores dimensões. 0624-21-UIDB/04083/2020-AD-AF

Ainscow, M. (2009). Tornar a educação inclusiva: como esta tarefa deve ser conceituada?. In O. Fávero, W. Ferreira, T. Ireland. & D. Barreiros (orgs.). Tornar a educação inclusiva (pp. 11-23). Brasília: UNESCO.

Boavida, T., Aguiar, C. & MacWilliam, R. (2018). A intervenção precoce na infância e os contextos de educação de infância. In S. Torres (ed.). Teorias, Práticas e Investigação em Intervenção Precoce. (pp. 5-26). Lisboa: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa. Retirado de: [https://www.eselx.ipl.pt/sites/default/files/media/2018/ebook\\_vf.pdf](https://www.eselx.ipl.pt/sites/default/files/media/2018/ebook_vf.pdf)

Carvalho, L., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P. C., & ... Franco, V. (2018). Práticas recomendadas em intervenção Precoce na Infância: um guia para profissionais (2.º ed.). Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.

Carvalho, O. (2011). De pequenino se torce o destino: o valor da intervenção precoce. Porto: Legis Editora.

**Palavras chave:** Inclusão, Educação Pré-escolar, Educadores de Infância, Movimento da Escola Moderna.

## ICCA2022-52855 - Escola Inclusiva: Representações de Pais, Professores e Direção

Sónia Galinha <sup>1</sup>, Olivia Carvalho <sup>2</sup>, Maria Helena Silva <sup>2</sup>, Estrela Paulo <sup>2</sup>, João Pascoinho <sup>2</sup>

<sup>1</sup> CIE\_UMa e ESE

<sup>2</sup> Escola Superior de Educação de Fafe

O presente estudo incide na realidade das práticas inclusivas na escola atual, considerando o Decreto-lei Nº 54/2018 de 6 de julho. Será que a prática é coerente com a filosofia pretendida pelo Dec. Lei? Confrontados com estudos que apontam para a existência de evoluções conceituais no âmbito da Escola Inclusiva e visando responder a esta questão, foi aplicado um questionário à direção da escola, a professores de diferentes áreas disciplinares e ciclos de ensino e a pais de um Agrupamento de Escolas situado no norte de Portugal, pertencente ao distrito de Braga, o qual incidiu em três dimensões: Culturas; Políticas; e Práticas Inclusivas. Concluiu-se que a escola promove a inclusão, porém há barreiras a serem ultrapassadas. 0624-21-UIDB/04083/2020-AD-AF.

Abreu, S.L.G. (2014). Fatores sociofamiliares do envolvimento dos alunos na escola: um estudo com alunos adolescentes (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10920/1/ulfpie046510\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10920/1/ulfpie046510_tm.pdf)

Almeida, A. N. & Vieira, M. M. (2006). A escola em Portugal. Lisboa: ICS.

Alves, M.M.S.M. (2009). Do insucesso ao sucesso escolar: a ação do professor (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia, Lisboa

Antunes, N.L. (2019). Intervenção Clínica em Contexto Escolar. Em Afonso, N. & Amorim, N., (3ª Ed.), Sentidos, (p. 611- 618). Lisboa: Editora: Lua de Papel

Bannell, R. I. (2006). Habermas & a Educação, S. Paulo, Belo Horizonte: Autentica (Coleção Pensadores & Educação)

Barreto, A. Carvalho (2016). Paradigma Sistemico no desenvolvimento Humano e Familiar: A teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner, Psicologia em revista, Belo Horizonte [online].22(.2), p. 275-293. ISSN 1677-1168. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P275>.

Bassalobre, J.N. (2008). As três dimensões da inclusão. Educação em Revista, Belo Horizonte Nº47 p.293-297 Jun.2008. Doi: 10.1590/S0102-46982008000100017.

Booth, T & Ainscow, M. (2002). Index for Inclusion, Desenvolvendo a aprendizagem e a participação na escola: Versão portuguesa produzida pela Cidadãos do Mundo com autorização escrita da CSIE, Tradução: Ana Benard da Costa & José Vaz Pinto. Disponível em: [https://apcrsi.pt/dossiers\\_old/inclusao/index\\_para\\_a\\_inclusao.pdf](https://apcrsi.pt/dossiers_old/inclusao/index_para_a_inclusao.pdf)

**Palavras chave:** Escola Inclusiva; Representações da Direção; Representações dos Professores; Representações dos Pais; Barreiras.

## **ICCA2022-58045 - Articular práticas educativas na natureza e no jardim-de-infância: um programa de formação colaborativa inovador**

Raquel Ramos <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidade de Aveiro*

A presente investigação tem como objetivo conceber, implementar e avaliar um programa de formação colaborativa (PFC), exclusivamente online, com sessões síncronas e assíncronas, em Educação Pré-Escolar (EPE), integrado no projeto “Limites Invisíveis: Educação em Ambiente Natureza” (LI) e com os Jardins-de-Infância (JI) que nele participam, no sentido de articular práticas educativas em contextos exterior/natureza e interior. O projeto emergiu das preocupações apontadas pelas investigações atuais relativamente à ausência de oportunidades de ação da criança no espaço natureza e as suas repercussões ao nível da sua saúde, desenvolvimento cognitivo, socioemocional, motor e consciência ambiental. Através de um estudo de caso, de natureza qualitativa, pretende-se avaliar os contributos do PFC referido, por um lado, na reorientação das conceções e práticas educativas de três educadores(as) antes e após a sua participação no PFC, recorrendo-se a múltiplas técnicas de recolha e tratamento de dados – diário do investigador, análise documental, entrevistas semi-estruturadas, observação participante, registos escritos, fotográficos e em vídeo e análise de conteúdo com apoio do software Webqda, e, por outro lado, na qualidade das experiências desenvolvidas com dezasseis crianças, através da escala de bem-estar emocional e implicação de Portugal e Laevers (2018), antes, durante e após o PFC. O estudo poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias inovadoras em contextos diversificados, através do trabalho colaborativo e articulado entre profissionais – investigador, coordenadores, educadores(as) e especialistas na educação em ambiente natureza. Em última análise, a pertinência deste projeto advém da necessidade de investigação, formação e intervenção na área, bem como do contributo e implicações que aspira alcançar na qualidade das ofertas educativas e formativas em Portugal.

Raquel Ramos frequentou a Licenciatura profissionalizante, pré-Bolonha, de Educação de Infância pela Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Coimbra (2006-2010). É Mestre em Educação Pré-Escolar e foi selecionada para participar num Programa de Estudos Intensivo em Newcastle (distinção obtida em 2009), sobre as transições da Educação Pré-Escolar para o 1ºCEB, tema sobre o qual desenvolveu um projeto-piloto e a sua dissertação (2010-2011). Foi educadora de infância na Creche e Jardim-de-Infância Morangos Coimbra, durante 10 anos (2011-2021), tendo obtido experiência profissional relevante na área, desde o berçário à faixa etária dos 5 anos, enquanto educadora e orientadora de estágios curriculares e profissionais, pelo que integrava a bolsa de educadores cooperantes da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Coimbra. Desde 2018 frequenta, simultaneamente, o Programa Doutoral em Educação (3ºCiclo), pela Universidade de Aveiro, no Ramo de Didática e Desenvolvimento Curricular. Atualmente, é membro integrado não doutorado do Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF) e bolseira de doutoramento pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), desde Setembro de 2020, ano em que se encontrava de licença sabática. O seu trabalho de investigação centra-se na articulação dos contextos de aprendizagem exterior/natureza e interior, em

Educação de Infância, estando a sua tese de doutoramento integrada no projeto: "Limites Invisíveis: Educação em Ambiente Natureza" (<http://limitesinvisiveis.pt/pt/>). Importa ainda destacar a sua participação em inúmeros eventos científicos, nacionais e internacionais, sendo autora de diversas comunicações, algumas das quais por convite, outras aceites em arbitragem científica, um artigo, capítulos de livro, posters e outras produções de divulgação/comunicação de Ciência. É fundadora do Website "Crescer sem Muros" (<http://crescersemuros.pt/>), de acesso público, como estratégia de responsabilidade social, bem como de um recurso digital nele alocado, de acesso privado, desenhado e programado no âmbito do seu projeto de doutoramento em curso. Integra ainda a arbitragem científica, a convite, em duas revistas, nacional e internacional. Este ano letivo candidatar-se-á ao Programa de Mobilidade Internacional do CIDTFF, na Noruega, durante 2 meses.

Palavras chave: articulação de práticas educativas, natureza, jardim-de-infância, formação.

## **ICCA2022-60264 - Adolescentes En La Red: ¿Varían Sus Hábitos Según El Género?**

Manuela Raposo Rivas <sup>1</sup>, Silvia Sierra Martínez <sup>1</sup>, Olalla García Fuentes <sup>1</sup>, Irene Crestar Fariña <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidade de Vigo*

Internet y adolescentes son un binomio, a día de hoy, inseparable dado que forma parte de su vida de una forma exponencial. El consumo digital por parte de los menores entre 10 y 15 años desde el año 2006 hasta el 2019, según el INE (2019), es muy elevado, un 92,9% utiliza Internet y un 90% las redes sociales. Aunque, el uso cada vez más frecuente de Internet no implica necesariamente un dominio en el manejo responsable y seguro, sino que puede asociarse directamente a cierta dependencia y uso problemático (Raposo-Rivas et al., 2021). Al mismo tiempo, este tipo de hábitos en el uso de internet puede variar considerando la variable género. Por ejemplo, Kim et al. (2016) confirman que los estudiantes varones tienden a buscar mayores estímulos en la red, mientras que las estudiantes se orientan más hacia las relaciones interpersonales. Así, se presenta un trabajo desarrollado con la finalidad de indagar sobre la relación que establecen los adolescentes con Internet, particularmente considerando su género. Se enmarca en una investigación participativa e inclusiva (Parrilla, 2019) que, con una perspectiva comunitaria, pretende "reducir la inequidad y las exclusiones en la escuela y en la sociedad" (Parrilla, 2021, p.40). Participan un total de 1.048 estudiantes de Educación Secundaria pertenecientes a 13 centros educativos de la ciudad de Pontevedra (Galicia, España). De ellos, 569 son hombres (54,3%) y 479 mujeres (45,7%). El 65,6% posee entre 13 y 15 años; un 21,2% posee entre 16 y 18 años y casi un 10% (el 9,6%) tiene solamente 12 años. A través de un cuestionario electrónico se constata que las adolescentes tienden a adoptar hábitos relacionados con la comunicación e información, son conscientes de los peligros de internet y evitan conductas de riesgo o aquellas que las hagan más vulnerables. Los adolescentes masculinos son menos cautos al navegar por internet y se ponen, seguramente de forma inconsciente, en situación de riesgo (Raposo-Rivas et al., 2021).

INE (Ed.) (2019). Porcentaje de usuarios de Internet en los últimos tres meses por tipo de actividad realizada y sexo. INE. Retrieved from <http://bit.ly/34AmHmL>

Kim, D., Karin, J. N., Oh, J., & Kang, M.C. (2016). A latent profile analysis of the interplay between PC and smartphone in problematic internet use. *Computers in Human Behavior*, 56, 360-368. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.11.009>.

Parrilla, A. (2019) (dir.). "¿Qué estamos olvidando en la educación inclusiva? Una investigación participativa en Galicia" (PID2019-108775RB-C41). Plan Nacional de Investigación, Ministerio de Educación. España.

Parrilla, A. (2021). Pensar el Desarrollo Profesional Docente desde la Investigación: Rutas Participativas e Inclusivas. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 2021, 15(2), 39-52 <https://doi.org/10.4067/S0718-73782021000200039>

Raposo-Rivas, M.; Martínez-Figueira, M.E.; Sarmiento Campos, J.A.; Parrilla Latas, M.A. (2021). Teens' Behavior Patterns on the Web: Surfing or Wrecking? *Digital Education Review*, 39, 60-75 . <https://revistes.ub.edu/index.php/der/article/view/33227>

**Palavras chave:** Inclusión digital, Adolescentes, Internet, Género, Investigación participativa.

## **ICCA2022-64288 - Políticas educativas en acción: hermanando comunidades de escolares**

Irene Crestar Fariña <sup>1</sup>, Samantha Mulloni Martínez <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidad de Vigo*

El trabajo que se presenta aquí está inspirado en un proyecto desarrollado en el marco del Programa Erasmus+ de la Unión Europea (Green SEEDS, 2019). Tiene como meta el empoderamiento de escuelas pequeñas, aisladas o descentralizadas situadas en Italia, Grecia, Croacia, Chipre y España. Desde su inicio ha supuesto el establecimiento de un trabajo colaborativo a través de la conexión online entre estudiantes y docentes de las escuelas implicadas. Cada aula ha trabajado emparejada o hermanada con un aula de características similares en otro país de los participantes. El contenido del trabajo realizado entre los estudiantes y sus docentes ha girado en torno a la protección, la implicación y la acción en el medio ambiente local (ya sea mar o montaña). En concreto los estudiantes han realizado 20 webquest (una por aula) sobre estos temas que fueron diseñadas de manera conjunta por los docentes, puestas en marcha en cada país, y luego presentadas y comunicadas a través de una plataforma online que facilitaba el contacto y la interacción sincrónica entre los estudiantes de las aulas participantes. Esta comunicación, se centra en el análisis de las voces de los estudiantes de un centro educativo situado en Galicia, España. En la misma se analiza la visión que los chicos y chicas tienen de la participación en el proyecto, tanto sobre el trabajo realizado en su centro, como sobre el trabajo conjunto con los estudiantes del centro italiano con el que se formó el hermanamiento. Para conocer sus perspectivas y valoraciones sobre el proyecto se optó por un acercamiento cualitativo (Patton, 2002). El desarrollo del proceso se llevó a cabo en tres momentos diferenciados y con estrategias distintas. En un primer momento tras realizar las webquest, se organizó una tertulia pedagógica online. En esta tertulia los estudiantes del colegio explicaron y



respondieron a preguntas sobre el desarrollo de Green SEEDS a un grupo de estudiantes de la facultad de CC Educación de una Universidad gallega, que indagaron y dialogaron con los niños sobre su experiencia. En un segundo momento, los estudiantes del colegio participaron en un grupo de discusión utilizando un conjunto de frases inacabadas que tenían como fin estimular el pensamiento y abrir el debate en torno al tema. Por último, el alumnado participante, se encuentra desarrollando un “Digital Storytelling”, que pretende dar voz a los estudiantes para narrar cómo han vivido y qué han aprendido a lo largo del proyecto. La información recabada se ha analizado categorizándose y codificándose su contenido (Harding, 2018). Los resultados dan cuenta de cómo las políticas educativas europeas pueden concretarse en acciones que contribuyen a crear vínculos entre las escuelas participantes y su entorno natural, fomentando el compromiso de los más jóvenes con la protección del planeta. Más allá de ello los estudiantes otorgan un valor excepcional al conocimiento del alumnado de otros países, enfatizando el encuentro, el trato personal, la colaboración y la dimensión internacional del proyecto.

GREEN S.E.E.D.S. (2019). Synergy and Environment to Empower Decentralised Schools (2019-1-IT02-KA201-062254).

Harding, J. (2018) Qualitative Data Analysis: From start to finish. London: Sage,

Patton, M. (2002) Qualitative Research & Evaluation Methods. London: Sage, 2002

**Palavras chave:** Voz del alumnado; Investigación cualitativa; sostenibilidad ambiental; escuela rural.

## **ICCA2022-64791 - “Pediatria Descomplicada” – intervenção na comunidade através da rádio local**

Rosário Marques da Cunha <sup>1</sup>, Sara S. Rodrigues <sup>1</sup>, Ana Torres Rebelo <sup>1</sup>, Ana B. Ferreira <sup>1</sup>, Diana Monteiro <sup>1</sup>, Diana Pinto <sup>1</sup>, Teresa Pinheiro <sup>1</sup>, Liliana Sá <sup>1</sup>, Joana Mendes <sup>1</sup>, Francisca Guimarães <sup>1</sup>, Inês Azevedo <sup>1</sup>, Sara Araújo <sup>1</sup>, Inês Costa <sup>2</sup>, Maria Inês Oliveira <sup>2</sup>, Benedita Aguiar <sup>1</sup>

<sup>1</sup> CHEDV

<sup>2</sup> CMIN

Este projeto consiste numa intervenção na comunidade que pretende chegar aos pais e cuidadores de uma forma informal e, por conseguinte, mais eficaz. Assistimos, nos últimos anos, a um progresso desmesurado no que toca ao acesso à informação. A resposta a qualquer dúvida está na ponta dos nossos dedos e, no entanto, paradoxalmente, é notória a iliteracia e desinformação no que toca a cuidados de saúde. Mais do que a quantidade de informação, importa perceber qual a qualidade da mesma e onde a procurar. Deparado com esta dificuldade, o Serviço de Pediatria e Neonatologia de um Hospital Nível II iniciou este ano um programa de rádio semanal, na estação local e com transmissão em direto e em deferido nas redes sociais. Pretende-se desmistificar temas complexos, explicando-os de forma simples e acessível. Nesta hora de conversa “informal”, devidamente preparada e estudada, responde-se àquelas questões que parecem ser mais pertinentes e prementes para aqueles que lidam diariamente com uma criança, lactente ou recém-nascido. O recurso a um programa de rádio semanal, que poderá ser ouvido em deferido, traz a vantagem significativa de

responder às necessidades dos dias de hoje em que o tempo urge perante a quantidade de solicitações e que parece ser melhor aproveitado quando em regime de multitasking. Esta parece ser a forma de comunicação do futuro. Até ao momento foram apresentados os seguintes temas: “Febre! E agora?!” , “Tosse, constipações e outras complicações”, “Alergias e manias” e “Cólicas diabólicas”. A programação abordará temas como a alimentação no 1º ano de vida, prevenção de acidentes, dentição, sono, entre outros. Com este projeto pretende-se chegar aos pais no momento em que eles se sintam mais recetivos a receber informação, algo frequentemente difícil num contexto de urgência ou consulta da criança doente. Qualquer cuidador é capaz quando munido das melhores ferramentas, cabe ao pediatra saber quando e como as transmitir.

- Morrison, A. K., Glick, A., & Yin, H. S. (2019). Health Literacy: Implications for Child Health. In *Pediatrics In Review* (Vol. 40, Issue 6, pp. 263–277). American Academy of Pediatrics (AAP). <https://doi.org/10.1542/pir.2018-0027>
- Perrenoud, B., Velonaki, V.-S., Bodenmann, P., & Ramelet, A.-S. (2015). The effectiveness of health literacy interventions on the informed consent process of health care users: a systematic review protocol. In *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* (Vol. 13, Issue 10, pp. 82–94). Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2304>
- Hironaka, L. K., & Paasche-Orlow, M. K. (2008). The implications of health literacy on patient-provider communication. In *Archives of Disease in Childhood* (Vol. 93, Issue 5, pp. 428–432). BMJ. <https://doi.org/10.1136/adc.2007.131516>
- Maureen G Phipps 1, Kartik K Venkatesh 2, Crystal Ware 3, Michelle Lightfoot 4, Christina Raker 5, Pablo Rodriguez 6 (2018). Project ESCUCHE: A Spanish-language Radio-based Intervention to Increase Science Literacy. *Dec 3;101(10):41-45*.

**Palavras chave:** ação na comunidade, prevenção, informação, rádio.

## **ICCA2022-78051 - Nudging Social Norms to Redress Peer-to-Peer Violence in Schools**

Kathleen Manion <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Royal Roads University*

This paper explores ways to disrupt or nudge social norms that support peer-to-peer violence. Peer-to-peer violence in schools is a phenomenon that continues to persist (Firmin, 2017; SRSGVAC, 2016). Despite there being a range of ways to explore peer-to-peer violence and a range of ways to tackle it, there has been variable attention paid to this in academic literature. There has been growing attention to the role social and gender norms may play in both perpetuating violence, but conversely in mitigating violence. Social norms are informal rules that guide behaviour. These normative influences often lie below the surface or are hidden, yet they are powerful. “Many young people grow up in hegemonic societies where gender norms reinforce ideals of male strength and control as well as female vulnerability and need for protection” (Pulerwitz et al, 2019). Norms that support violence

against children occur across a continuum. People follow social norms for different reasons, but they are often compelled to a particular action because they expect a social reward for following the rules and avoid punishments for breaking them (Cislaghi & Heise, 2018). Social issues are social constructs and social fictions prey to influence (Homer Dixon, 2020) and therefore can influence positive change in school settings. As DeLamater and colleagues (2015, p.95) suggest, “school is the setting in which children are first exposed to universalistic norms and the regular use of symbolic rewards, such as grades”. Based on the findings from the Regional Research on Violence Against Children in Schools in South East Europe (Manion et al, 2021) young people reported significant and diverse levels of violence in and around schools in each of the eight countries studied, but more importantly they identified a range of social and gender norms that promote violent behaviour in schools or fail to stop it. Changing behavior can be challenging. It takes time and patience and there may be backlash. Working on shifting social norms that promote violence against children should also be done alongside supporting victims, changing policies, and shifting attitudes on violence. Sparking collective action because interventions are most effective when they do this and when they respond to values, beliefs, behaviours, and norms within the community. However, rather than broad sweeping changes, more targeted feasible changes or ‘nudges’ could be beneficial (Jachimowicz, et al, 2019; Mills, 2021). For instance, Perkins and colleagues (2011) found that exposing students to positive norms increased report, reduced peer support for bullying, bullying and misperceptions on bullying. In a subsequent project, REVIS: Responding to peer violence among children in schools and adjacent settings for Terre des hommes (2021) trainers in four South East European countries trained teachers to work with children to promote normative change in schools to tackle violence. While minding the critiques against libertarian paternalism (Thaler, & Sunstein, 2009), this paper draws on these two studies and poses questions on how social and gender norms can be nudged to support more pro-social contexts in schools to reduce peer-to-peer violence and disrupt the status quo.

Cislaghi, B., Heise, L. (2018). Theory and practice of social norms interventions: eight common pitfalls. *Global Health* 14, (83). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0398-x>

DeLamater, J. D., Myers, D. J., & Collett, J. L. (2015). *Social psychology* (Eighth). Westview Press. <https://doi.org/10.4324/9780429493096>

Firmin, C. (2017). *Abuse Between Young People: A Contextual Account*. Routledge.

Homer Dixon, T. (2020). *Commanding Hope: The Power We Have to Renew a World*. Knopf Canada.

Jachimowicz, J., Duncan, S., Weber, E. U., Johnson, E. J. (2019). Defaults are not the same by default. *Behavioral Science*. <https://behavioralscientist.org/defaults-are-not-the-same-by-default/>

Krijin, J. (2018). Choice architecture 2.0: How people interpret and make sense of nudges. *Behavioral Science*. <https://behavioralscientist.org/choice-architecture-2-0-how-people-interpret-and-make-sense-of-nudges/>

Ly, K, Mažar, N., Zhao, M., Soman, D. (2013). *A practitioner’s guide to nudging*. University of Toronto.

Manion, K., Lee, L., Currie, V., Wright, L., Raman, W., & Cislaghi, B., Gallopeni, B, Terzi-Barbarosie, D., Mateeva, A., Milojevic, S., Trbus, M., Costache, I., Lazor, T., Zecevic, I. (2021). *Regional Research on Violence Against Children in Schools in South East Europe*. Report prepared for Terre des hommes. [https://childhub.org/sites/default/files/library/attachments/Regionalis\\_Report\\_final\\_1%20%282%29.pdf](https://childhub.org/sites/default/files/library/attachments/Regionalis_Report_final_1%20%282%29.pdf)

Mills, S. (2021). The future of nudging will be personal. *Behavioral Science*. <https://>

behavioralscientist.org/the-future-of-nudging-will-be-personal/

Perkins, H.W., Craig, D.W., Perkins, J.M. (2011). Using social norms to reduce bullying: A research intervention among adolescents in five middle schools. *Group Processes & Intergroup Relations*. 14(5):703-722. doi:10.1177/1368430210398004

Pulerwitz, J., Blum, R., Cislighi, B., Costenbader, E., Harper, C., Heise, L., ... & Lundgren, R. (2019). Proposing a conceptual framework to address social norms that influence adolescent sexual and reproductive health. *The Journal of Adolescent Health*, 64(4 Suppl), S7.

Special Representative of the Secretary General on Violence Against Children (SRSGVAC) (2016). *Ending the torment: tackling bullying from the schoolyard to cyberspace*.

Thaler, R. & Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness*, Penguin Books.

**Palavras chave:** peer-to-peer violence, bullying, schools, social and gender norms.

## **ICCA2022-85308 - Projeto digital de educação para a Diabetes mellitus tipo 1**

Bruno Soares <sup>1</sup>, Joana Sousa <sup>1</sup>, Mariana Sousa <sup>1</sup>, Joana Mendes <sup>1</sup>, Francisca Guimarães <sup>1</sup>,  
Andreia Gonçalves <sup>1</sup>, Sandrina Silva <sup>1</sup>, Sandra Cainé <sup>1</sup>, Sandra Faria <sup>1</sup>, Catarina Matos de  
Figueiredo <sup>1</sup>, Sara Oliveira <sup>1</sup>, Sónia Aires <sup>1</sup>, Virgínia Monteiro <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

**Introdução:** A diabetes mellitus tipo 1 é o tipo mais prevalente de diabetes nas crianças e jovens, sendo que a sua incidência tem vindo a aumentar. O diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 tem um impacto inegável na criança, nos seus pais e cuidadores, e na equipa de profissionais de saúde. Contempla mudanças que se associam a dúvidas e receios, tanto no momento do diagnóstico como nos diferentes momentos da infância/adolescência. Os programas de educação online permitem uma aprendizagem tempo-adaptada ao indivíduo e de fácil acessibilidade. São formas de partilha de informação standardizada, podendo ser ajustada a idades e fases do desenvolvimento específicas. Permitem a interação social e têm a vantagem de poderem ser facilmente atualizadas. Este tipo de programa já demonstrou eficácia na melhoria de sintomas e comportamentos para a saúde em jovens de diferentes idades e com diferentes experiências de doença. Não existe, neste momento, nenhum programa deste tipo para doentes com diabetes mellitus tipo 1 em idade pediátrica, em Portugal.

**Objetivos:** Este projeto tem como objetivo a elaboração de um programa de educação online (Website), com partilha de informação relativa à gestão da diabetes mellitus tipo 1 para crianças e jovens. Incluirá desenhos educativos, materiais didáticos e informações base sobre a diabetes, como os tipos e técnica de administração de insulina, alimentação saudável, contagem de hidratos de carbono, as complicações da diabetes, mas também sobre a sua conciliação com atividades extracurriculares, viagens, atividade física, doença aguda, entre outras. Estará patente não só a educação centrada no doente, mas também ajustada para os pais, cuidadores, profissionais de saúde, educadores e amigos.

**Métodos:** O website, de consulta livre, será elaborado através da contratualização externa de um designer, responsável pelo design e criação de conteúdos (personagens, desenhos exemplificativos, logotipo do programa, entre outros) e com a consultoria do Serviço de Informática do Centro Hospitalar que alberga o projeto. A validação dos conteúdos será

feita através de um parecer por peritagem externa, aquando do término do programa, efetuada por três especialistas na área da diabetologia.

- Abualula NA, Jacobsen KH, Milligan RA, Rodan MF, Conn VS. Evaluating Diabetes Educational Interventions With a Skill Development Component in Adolescents With Type 1 Diabetes: A Systematic Review Focusing on Quality of Life. *Diabetes Educ.* 2016;42(5):515-28.
- Couch R, Jetha M, Dryden DM, Hooten N, Liang Y, Durec T, et al. Diabetes education for children with type 1 diabetes mellitus and their families. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2008(166):1-144.
- Fransen MP, Beune EJ, Baim-Lance AM, Bruessing RC, Essink-Bot ML. Diabetes self-management support for patients with low health literacy: Perceptions of patients and providers. *J Diabetes*. 2015;7(3):418-25.
- Gagliardino JJ, Chantelot JM, Domenger C, Ramachandran A, Kaddaha G, Mbanja JC, et al. Impact of diabetes education and self-management on the quality of care for people with type 1 diabetes mellitus in the Middle East (the International Diabetes Mellitus Practices Study, IDMPS). *Diabetes Res Clin Pract*. 2019;147:29-36.
- Grey M, Whitemore R, Jeon S, Murphy K, Faulkner MS, Delamater A, et al. Internet psycho-education programs improve outcomes in youth with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2013;36(9):2475-82.
- Hawkes CP, Willi SM, Murphy KM. A structured 1-year education program for children with newly diagnosed type 1 diabetes improves early glycemic control. *Pediatr Diabetes*. 2019;20(4):460-7.
- Heller SR, Gianfrancesco C, Taylor C, Elliott J. What are the characteristics of the best type 1 diabetes patient education programmes (from diagnosis to long-term care), do they improve outcomes and what is required to make them more effective? *Diabet Med*. 2020;37(4):545-54.
- Hermanns N, Kulzer B, Ehrmann D, Bergis-Jurgan N, Haak T. The effect of a diabetes education programme (PRIMAS) for people with type 1 diabetes: results of a randomized trial. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013;102(3):149-57.
- Holmes CS, Chen R, Mackey E, Grey M, Streisand R. Randomized clinical trial of clinic-integrated, low-intensity treatment to prevent deterioration of disease care in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2014;37(6):1535-43.
- Kubiak T, Hermanns N, Schreckling HJ, Kulzer B, Haak T. Evaluation of a self-management-based patient education program for the treatment and prevention of hypoglycemia-related problems in type 1 diabetes. *Patient Educ Couns*. 2006;60(2):228-34.
- Lee SJ, Song M, Im EO. Effect of a Health Literacy-Considered Diabetes Self-Management Program for Older Adults in South Korea. *Res Gerontol Nurs*. 2017;10(5):215-25.
- Leung AY, Cheung MK, Chi I. Relationship among patients' perceived capacity for communication, health literacy, and diabetes self-care. *J Health Commun*. 2014;19 Suppl 2:161-72.
- Olesen K, F Reynheim AL, Joensen L, Ridderstråle M, Kayser L, Maindal HT, et al. Higher health literacy is associated with better glycemic control in adults with type 1 diabetes: a cohort study among 1399 Danes. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2017;5(1):e000437.
- Schilling LS, Knafel KA, Grey M. Changing patterns of self-management in youth with type I diabetes. *J Pediatr Nurs*. 2006;21(6):412-24.
- Wang YC, Stewart SM, Mackenzie M, Nakonezny PA, Edwards D, White PC. A randomized controlled trial comparing motivational interviewing in education to structured diabetes education in teens with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(8):1741-3.

**Palavras chave:** Diabetes mellitus tipo 1, educação, programa de educação online.

### **ICCA2022-20935 - A vacinação contra a COVID-19: breve reflexão sobre a relevância da opinião das crianças e jovens nas tomadas da decisão à luz do ordenamento jurídico português**

Susana Almeida <sup>1</sup>, Patrícia Rocha <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Instituto Politécnico de Leiria*

No seguimento da qualificação da doença COVID-19 como uma pandemia internacional e da declaração de estado de emergência no nosso país, os cidadãos em geral e as famílias e crianças em particular passaram a viver uma nova realidade, com suspensão parcial do exercício de vários direitos fundamentais. Diversas medidas legislativas foram, desde logo, implementadas em todos os quadrantes e um importantíssimo processo de vacinação, perspetivado como uma prioridade no combate à pandemia, foi encetado a partir de dezembro de 2020. Também as crianças e jovens entre os 12 e os 17 foram incluídas entre o elenco de destinatários da vacina, tendo a respetiva inoculação tido início em agosto de 2021. Impõe-se, porém, a questão de saber a quem cabe a decisão informada de vacinação das crianças e jovens e se poderão estas veicular e fazer vingar uma opinião distinta daqueles que em relação a elas exercem as responsabilidades parentais. É, pois, nosso intento, a partir da análise da legislação vigente, de foro nacional e internacional, e, bem assim, da revisão doutrinal, refletir sobre a relevância da vontade das crianças e dos jovens nesta matéria, procurando averiguar se a criança, enquanto sujeito de direitos e com diferentes níveis de maturidade e discernimento, poderá decidir informadamente quanto administração ou não da vacina contra a COVID-19. Para o efeito, num primeiro momento, faremos uma breve incursão no Direito Internacional, averiguando os importantes – e cada vez mais cristalinos – ecos que a respeito do direito da criança a ser ouvida e a expressar-se nos chegam, designadamente, da leitura da Convenção dos Direitos da Criança, da Convenção Europeia sobre o exercício dos Direitos das Crianças e da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Num segundo momento, movendo-nos para o seio do ordenamento jurídico português, é nosso propósito analisar as várias atenuações da padronização da maioria fixada aos 18 anos, com a indicação de patamares etários conforme níveis de maturidade, à luz nomeada do Código Civil (CC). Depois, atentaremos no disposto no artigo 1877.º do CC, que estatui que “os filhos estão sujeitos às responsabilidades parentais até à maioria ou emancipação”, competindo aos pais, de harmonia com o previsto no artigo 1878.º, n.º 1, do CC, velar pela segurança e saúde dos filhos, prover ao seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los e administrar os seus bens. Ora, apesar da consagração do dever de obediência dos filhos aos pais, o n.º 2 deste último preceito legal consagra, igualmente, que os pais “de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia a organização da própria vida”. Devem, pois, os progenitores ouvir o filho e atender à sua vontade no caso de vacinação contra a Covid-19? Por fim, partindo da posição da doutrina e da jurisprudência, procuraremos, igualmente, no âmbito do exercício das responsabilidades parentais nos casos de divórcio, separação de pessoas e bens,

declaração de nulidade ou anulação do casamento (artigo 1906.º do CC), refletir sobre a distinção entre “questões de particular importância para a vida do filho” e “atos da vida corrente do filho” considerando, com maior acuidade, a vacinação contra a COVID-19.

AMARAL, Jorge Pais do, “A criança e os seus direitos”, in AVVV, Estudos em Homenagem a Rui Epifânio, Coordenação de Armando Leandro, Álvaro Laborinho Lúcio, Paulo Guerra, Coimbra, Almedina, 2010, pp. 163-176.

COELHO, Pereira e OLIVEIRA, Guilherme de, Curso de Direito da Família, vol. I, 5.ª edição, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2016.

LIMA, Pires de e VARELA, João de Matos Antunes, Código Civil Anotado, volume V, reimpressão da 2.ª edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2010.

LÚCIO, Laborinho, “As crianças e os direitos – O superior interesse da criança”, in AVVV, Estudos em Homenagem a Rui Epifânio, Coordenação de Armando Leandro, Álvaro Laborinho Lúcio, Paulo Guerra, Coimbra, Almedina, 2010, pp. 177-197.

MARTINS, Rosa, Menoridade, (in) capacidade e Cuidado Parental. Coimbra: Coimbra Editora, 2008.

MARTINS, Rosa, «Responsabilidades parentais no século XXI: A tensão entre o direito de participação da criança e a função educativa dos pais», in Lex Familiae: Revista Portuguesa de Direito da Família, Centro de Direito da Família, ano 5, n.º10, 2008, pp. 25-40.

MARTINS, Rosa, “A criança, o adolescente e o acto médico. O problema do consentimento”, in AAVV, Comemorações dos 35 anos do Código Civil e dos 25 anos da Reforma de 1977, vol. I, Coimbra, Coimbra Editora, 2004, pp. 808-826.

MOREIRA, Sónia, “A capacidade dos menores para consentir actos médicos na ordem jurídica portuguesa”, RDFAS (Revista de Direito da Família e das Sucessões), Ano 4, vol. 13, jul.-set., 2017, pp. 87-113, disponível em <http://adfas.org.br/2018/04/10/rdfas-13/>, consultado em 27/10/2021.

OLIVEIRA, Guilherme de, Estudos de Direito da Família – 4 movimentos em Direito da Família, Coimbra, Almedina, 2020.

OLIVEIRA, Guilherme de (com a colaboração de Rui Moura Ramos), Manual de Direito da Família, Coimbra, Almedina, 2021.

PINHEIRO, Jorge Duarte, O Direito da Família Contemporâneo, Gestlegal, 2020.

PINTO, Carlos Alberto da Mota, Teoria Geral do Direito Civil, Coimbra, Coimbra Editora, 2012.

RIBEIRO, Alcina Costa, “Autonomia da criança no tempo de Criança”, in AVVV, Estudos em Homenagem a Rui Epifânio, Coordenação de Armando Leandro, Álvaro Laborinho Lúcio, Paulo Guerra, Coimbra, Almedina, 2010, pp. 11-33.

RODRIGUES, Anabela Miranda, “O superior interesse da criança”, in AVVV, Estudos em Homenagem a Rui Epifânio, Coordenação de Armando Leandro, Álvaro Laborinho Lúcio, Paulo Guerra, Coimbra, Almedina, 2010, pp. 35-41.

RODRIGUES, H.M.L. (2011). Questões de particular importância no exercício das responsabilidades parentais. Centro de Direito da Família, 22, Coimbra: Coimbra Editora.

SILVA, Maria de Fátima Estudante Morgado, “Reflexões sobre implicações da vacinação contra SARS CoV-2 na Jurisdição de Família e Crianças”, in Julgar, abril de 2021, disponível em <http://julgar.pt/reflexoes-sobre-implicacoes-da-vacinacao-contra-sars-cov-2-na-jurisdicao-de-familia-e-criancas/>, consultado em 27/10/2021.

SOTTOMAYOR, Maria Clara, Regulação do Exercício das Responsabilidades Parentais nos casos de



Divórcio, 7.<sup>a</sup> ed., Coimbra, Almedina, 2021.

SOTTOMAYOR, Maria Clara, “Exercício conjunto das responsabilidades parentais: igualdade ou retorno ao patriarcado”, in AAVV, E foram felizes para sempre...? Uma análise crítica do novo regime jurídico do divórcio, sob a coordenação de Maria Clara Sottomayor e Maria Teresa Féria de Almeida, Coimbra, Coimbra Editora/Wolters Kluwer, 2010, pp. 113-146.

**Palavras chave:** "opinião das crianças e jovens"; "vacinação contra a COVID-19"; "responsabilidades parentais"; "direitos das crianças”.

## **ICCA2022-28490 - Breves considerações sobre participação social e judicial da criança a partir da Convenção Sobre os Direitos da Criança**

Jordana De Carvalho Pinheiro <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Mais de três décadas após a promulgação de legislações garantistas dos direitos das crianças, observa-se enorme distância entre as retóricas de proteção e as práticas profissionais, o que inviabiliza a garantia efetiva destes direitos. Há, nos textos normativos, expectativa de oitiva de crianças, mas suas vozes seguem silenciadas, de forma que, em que pese a mudança de termos e nomes, seguem mantidas as velhas práticas ideológicas e distintivas de pessoas e classes, na sequência de um processo histórico e dialético de exclusão/inclusão. A voz da criança, historicamente silenciada, e a garantia de sua participação social, despertam a atenção dos estudiosos da infância em todo o mundo, sobretudo a partir da promulgação da Convenção sobre os Direitos da Criança, marco fundamental no ordenamento jurídico internacional acerca dos direitos da criança. Seu revolucionário texto declara, expressamente, reconhecer a dignidade inerente e os direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana, proclamando direitos à proteção, ao cuidado e à assistência especiais na infância e afirmando que, para o pleno e harmonioso desenvolvimento de sua personalidade, a criança deveria crescer no seio de sua família, sendo preparada para uma vida independente na sociedade. Nesse momento, nascia a denominada doutrina da proteção integral, que pretendia assegurar garantias à defesa e à proteção das crianças, zelando pelo que se chamou de seu desenvolvimento integral. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, que pode ser compreendido como catalisador desta mudança de paradigma, abandonou, sob o ponto de vista da norma, a ideia de menor, substituindo-a pelas ideias de criança e adolescente. Contudo, a contradição observada se assenta no fato de que, passados mais de trinta anos deste movimento normativo histórico, ainda se observa enorme distância entre o que se diz, especialmente na lei, e o que se faz, nas práticas cotidianas perpetradas pelas estruturas de poder. Para além da interdisciplinaridade como forma de realização acadêmica, acredita-se que os profissionais do Direito precisem tomar emprestado as construções das outras ciências, a fim de expandirem suas compreensões, ampliarem seus juízos, duvidarem de suas certezas, fortalecerem suas técnicas e se aperfeiçoarem no trato diário das crianças que lhes são apresentadas para conhecer, opinar, processar e julgar. Sem uma abordagem interdisciplinar, o que se vê são profissionais amedrontados,

que não sabem ao certo como entender a infância, em abstrato, e o que fazer com a criança que lhes aparece para processar e julgar, em concreto. É imprescindível que os profissionais do Direito encarregados do processamento e das decisões dos processos que tratam de crianças se conscientizem que o Direito e seus postulados não fornecem todos os caminhos e respostas. Há, por certo, distanciamentos e aproximações entre as Ciências. Contudo, há, para além das divisões, dos retalhos, dos recortes e distanciamentos, aproximações, convergências, interlocuções e diálogos que se fazem necessários no cotidiano daqueles que estudam e atuam com crianças. O tema exige densa articulação de compreensões que trabalhem, em cooperação, para melhores desfechos, mais humanos, mais afetuosos e mais dignificantes da criança e da família.

BRASIL. Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990, que promulga a "Convenção Sobre os Direitos da Criança".

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

PINHEIRO, Jordana de Carvalho. A escuta das crianças em juízo. - 1. ed. - Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.

**Palavras chave:** criança; sistema de justiça; justiça social; direitos civis.

## **ICCA2022-37953 - Direito das Crianças e Inteligência Artificial: algumas reflexões à luz do “Policy Guidance on AI for Children”**

Rita Guimarães Fialho d' Almeida <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Politécnico de Leiria*

As crianças e os adolescentes encontram-se, quantas vezes inconscientemente, em constante e variada relação direta e indireta com as tecnologias de inteligência artificial. Pese embora os esforços de implementação e construção de uma política global em matéria de inteligência artificial levada a cabo por governos e organizações de todo o Mundo, a verdade é que tais esforços não entram em linha de conta, apesar da assinalada interação, com os especiais cuidados que os direitos das crianças na era digital impõem. Para além disso, tudo quanto se sabe sobre como as crianças interagem ou são afetadas pela inteligência artificial representa somente o começo, desconhecendo-se ainda os reais efeitos, presentes e futuros. Como facilmente se compreenderá, as políticas e os sistemas de inteligência artificial não podem descurar a proteção e a capacitação de crianças e adolescentes nas suas diversas interações com os sistemas de inteligência artificial, bem como o acesso equitativo aos respetivos benefícios em todos os aspetos da sua vida. Como principal organização mundial humanitária de promoção e defesa dos direitos das crianças, a UNICEF reconhece o potencial dos sistemas de inteligência artificial no desenvolvimento dos destinatários primeiros da sua atuação, designadamente no mapeamento da conectividade digital das escolas, na prevenção da propagação de doenças e na erradicação da pobreza. Sendo isto assim, a UNICEF não deixa igualmente de assinalar os riscos para as crianças, não só de exclusão e discriminação, como

em matéria de privacidade e proteção. Naturalmente os esforços para democratizar as vantagens dos sistemas de inteligência artificial para todas as crianças carecem de urgente ampliação. Primeiro passo passará por reconhecer devidamente as oportunidades e riscos únicos que o fenómeno representa para, num segundo momento, atuar, ora no sentido da sua promoção, ora no sentido da respetiva mitigação, de modo a melhor adequar os sistemas de inteligência artificial aos diferentes contextos das crianças, especialmente daquelas em comunidades marginalizadas. Outrossim, o projeto e implementação dos sistemas de inteligência artificial deverão atender às diversas características das crianças, assim como aos seus estágios de desenvolvimento e diferentes níveis de aprendizagem. Tendo isto em conta, a UNICEF, em parceria com o Governo da Finlândia, elaborou o “Policy Guidance on AI for Children”, que consiste, em termos gerais, num conjunto de diretrizes em matéria de inteligência artificial especialmente dirigidas às crianças e adolescentes, dos zero aos dezoito anos (cfr. artigo 1.º da Convenção sobre os Direitos da Criança), a fim de melhor promover e defender os seus direitos e, ao mesmo tempo, sensibilizar para o modo como o uso indevido dessa tecnologia pode prejudicar o desenvolvimento infantil. Reconhecendo-se a atualidade e importância fundamental do “Policy Guidance on AI for Children”, as diretrizes acima mencionadas certamente reclamam a nossa maior atenção e reflexão para ulterior desenvolvimento e melhoria, designadamente no que se refere ao fim da utilização da inteligência artificial para direcionar publicidade a crianças e a adolescentes, ao reconhecimento do direito à desconexão e à segurança das crianças em todas as interações com tais sistemas.

Antunes, H. (2020). *Direito e Inteligência Artificial*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

**Palavras chave:** Crianças; Inteligência Artificial; UNICEF.

## **ICCA2022-75552 - Os modelos de residência do(s) filho(s) nos nossos dias**

Rita Guimarães Fialho d' Almeida <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Politécnico de Leiria*

É nosso objetivo desenvolver uma análise e reflexão sobre a regulação do exercício das responsabilidades parentais nas situações de rutura da vida em comum dos progenitores, concretamente em caso de divórcio, separação judicial de pessoas e bens, declaração de nulidade ou anulação do casamento dos progenitores, bem como em caso de separação ou rutura da união de facto, examinando, em especial, a questão da fixação de residência e respetivos modelos, tudo tendo em conta a evolução legislativa e a evolução acerca do entendimento do interesse do filho neste particular. Como logo se vê, nas situações de rutura da vida em comum já mencionadas os progenitores deixam de se encontrar em situação de proximidade relacional, tornando-se, por isso, imperiosa a regulação de um novo regime de exercício das responsabilidades parentais que lhes assegure a “realização da sua insubstituível ação em relação aos filhos”, como aliás o impõe o artigo 68.º da Constituição da República Portuguesa. Perguntar-se-á: quais serão, então, os parâmetros que deverão nortear tal decisão? De acordo com os instrumentos de direito internacional e europeu e as normas legais internas aplicáveis, o superior interesse da criança deverá ser, em primeira linha, o

critério orientador da decisão, ponderados depois os direitos e os deveres dos pais, segundo a ideia de que a família propicia o desenvolvimento pleno e harmonioso da criança que, por isso, não deve ser afastada de seus pais, salvo em casos excepcionais – o denominado princípio de inseparabilidade dos filhos dos seus progenitores, entre nós, consagrado no artigo 36.º, n.º 6 da Constituição da República Portuguesa. Em Portugal, a Lei n.º 61/2008, de 31 de outubro, veio instituir um novo paradigma, introduzindo importantes modificações às regras que estabelecem o exercício das responsabilidades parentais dos filhos menores em caso de dissociação familiar, de entre as quais se conta o estabelecimento do exercício conjunto das responsabilidades parentais em relação aos atos de particular importância, o que, note-se, em nada se relaciona com a questão da residência do filho. Mais recentemente, a Lei n.º 65/2020, de 4 de novembro, com entrada em vigor em 1 de dezembro do ano transato, veio expressamente prescrever as condições em que o tribunal pode decretar a residência alternada do filho em caso de divórcio, separação judicial de pessoas e bens, declaração de nulidade ou anulação do casamento dos progenitores. Por via do diploma legal, o artigo 1906.º do Código Civil sofreu alterações, tendo sido introduzidos dois novos números que passaram a estabelecer que, quando corresponder ao superior interesse da criança e ponderadas todas as circunstâncias relevantes, o tribunal pode determinar a residência alternada do filho com cada um dos progenitores, independentemente de mútuo acordo nesse sentido e sem prejuízo da fixação de alimentos, e que o tribunal procede à audição da criança, nos termos previstos nos artigos 4.º e 5º do Regime Geral do Processo Tutelar Cível. Lançados os dados resta-nos averiguar quais os reais efeitos práticos de tais “inovações”, do que igualmente nos ocuparemos.

ALMEIDA, R. (2016a). “O exercício das responsabilidades parentais à luz do superior interesse da criança”, in: CORTESÃO, IRENE et al. (org.), *Travessias e travessuras nos estudos da criança*. Atas do III Simpósio Luso-Brasileiro em Estudos da Criança [em linha], Porto: ESEPF Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, pp. 529-537 [consult. 28 Maio 2021]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11796/2607>.

ALMEIDA, R. (2016b). “Breves reflexões acerca da residência alternada”, in: MOTA, HELENA e GUIMARÃES, MARIA RAQUEL (coord.); OLIVEIRA, GUILHERME DE (apres.), *Autonomia e heteronomia no direito da família e no direito das sucessões*, Coimbra: FDUP/CIJE/Livraria Almedina, pp. 701-717.

BAPTISTA-LOPES, M. & DUARTE-FONSECA, A.. (1991). “Aspectos da relação jurídica entre pais e filhos”, *Infância e Juventude*, número especial, 229-248.

Bolieiro, H. (2014). “Novos modelos e tendências na regulação do exercício das responsabilidades parentais. A residência alternada: casa do pai – casa da mãe – E agora?”, in: *A tutela cível do superior interesse da criança* [em linha], I, Lisboa: CEJ, pp. 235 e ss. [consult. 28 Maio 2021]. Disponível em: [http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Tutela\\_Civel\\_Superior\\_Interesse\\_Crianca\\_Tomol.pdf](http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Tutela_Civel_Superior_Interesse_Crianca_Tomol.pdf).

DUARTE, M. (1994). *O poder paternal. Contributo para o estudo do seu actual regime*, 1.ª reimpr., Lisboa: AAFDL.

FIALHO, A. (2014). “Residência alternada – visões de outras paragens”, in: *A tutela cível do superior interesse da criança* [em linha], I, Lisboa: CEJ, pp. 263 e ss. [consult. 28 Maio 2021]. Disponível em: [http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Tutela\\_Civel\\_Superior\\_Interesse\\_Crianca\\_Tomol.pdf](http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Tutela_Civel_Superior_Interesse_Crianca_Tomol.pdf).

FREITAS, C. (2014). “Notas soltas sobre a residência alternada”, in: *A tutela cível do superior interesse da criança* [em linha], I, Lisboa: CEJ, pp. 291 e ss. [consult. 28 Maio 2021]. Disponível em:

[http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Tutela\\_Civel\\_Superior\\_Interesse\\_Crianca\\_Tomol.pdf](http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Tutela_Civel_Superior_Interesse_Crianca_Tomol.pdf).  
GONÇALVES, H. (2014). “Residência alternada: o debate fora da rede”, in: A tutela cível do superior interesse da criança [em linha], I, Lisboa: CEJ, pp. 313-332. [consult. 28 Maio 2021]. Disponível em: [http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Tutela\\_Civel\\_Superior\\_Interesse\\_Crianca\\_Tomol.pdf](http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Tutela_Civel_Superior_Interesse_Crianca_Tomol.pdf).  
LEAL, A. (2014). “A residência alternada”, in: A tutela cível do superior interesse da criança [em linha], I, Lisboa: CEJ, pp. 365 e ss. [consult. 28 Maio 2021]. Disponível em: [http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Tutela\\_Civel\\_Superior\\_Interesse\\_Crianca\\_Tomol.pdf](http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/Tutela_Civel_Superior_Interesse_Crianca_Tomol.pdf).  
MELO, H., LEAL, A., OLIVEIRA, F., BARGADO, M., RAPOSO, J., & CARVALHO, L.. (2010). Poder paternal e responsabilidades parentais, 2.<sup>a</sup> ed., Lisboa: Quid Juris.  
SOTTOMAYOR, M. (2003). Exercício do poder paternal relativamente à pessoa do filho após o divórcio ou separação de pessoas e bens, 2.<sup>a</sup> ed. Porto: Universidade Católica.

**Palavras chave:** coparentalidade; residência; menoridade; rutura.

### ICCA2022-13719 - Alterações dermatológicas e trauma - desafios ao diagnóstico de abuso infantil

Maria Isabel Lemos <sup>1</sup>, Alexandra Andrade da Costa <sup>1</sup>, Ana Teresa Figueiral <sup>1</sup>, Patrícia Jardim <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses - Delegação do Norte

Descrevemos dois casos distintos de duas crianças referenciadas por suspeita de maus-tratos após deteção de alterações cutâneas em ambos os menores, com o objetivo de realçar a importância de uma rigorosa avaliação destes casos, evitando-se o sobre- ou sub-diagnóstico das situações de abuso infantil. Retratamos, no primeiro caso, uma menina de 6 anos de idade que iniciou acompanhamento psicológico na escola por manifestar comportamentos de teor agressivo para com os colegas. Ao longo desse acompanhamento, além de terem sido notados comportamentos auto-agressivos, foi detetada uma “marca” na barriga, deteção esta que motivou a criança a mostrar outras “marcas” que tinha num membro, mencionando terem sido infligidas pela mãe. Pela suspeita de maus-tratos, a menor foi submetida a avaliação pericial, tendo sido objetivadas várias lesões cutâneas de aspeto recente, nomeadamente 1 equimose arciforme no braço direito e 2 equimoses na coxa direita, lineares, unidas anteriormente de forma curvilínea, sem limite posterior, de bordos arroxeados bem definidos e centro eucrómico, além de sinais sugestivos de higiene deficitária, quer a nível corporal, como de vestuário. Quanto às primeiras duas lesões, a menor referiu terem sido infligidas pela mãe, respetivamente, com “mordedura” e embate com “cabos de telemóvel”. No segundo caso descrevemos um menor com 4 anos de idade, de nacionalidade Síria, filho de pais refugiados, que foi submetido a avaliação médico-legal após deteção de “nódoas negras no rabinho, recentes, e nas costas, não recentes”. Ao exame físico forense constatou-se bom estado geral e sinais de higiene adequada, tendo sido objetivadas: área hiperocrômica de tonalidade azul-acinzentada abrangendo a totalidade dos terços proximal e distal do dorso, bem como a região sacrococcígea, poupando o terço médio do dorso, à exceção da sua porção central; equimose arroxeadada na região glútea direita, de conformação grosseiramente circular, composta por áreas lineares escoriadas paralelas entre si. Esta lesão foi referenciada pela mãe da criança como tendo resultado de projeção voluntária da criança a partir de um baloiço num parque infantil com chão composto por “pedras pequenas”, atingindo o menor o chão em posição sentada. No primeiro caso descrito, as lesões cutâneas objetivadas foram consideradas como de natureza traumática, sendo compatíveis com os mecanismos de agressão descritos pela criança. No segundo caso, a área azul-acinzentada descrita representa uma mancha mongólica, sendo esta uma alteração constitucional, de natureza não traumática, podendo a lesão traumática na região glútea ser secundária ao mecanismo traumático referido pela mãe do menor. Pelo exposto, no primeiro caso encontram-se reunidos diferentes indicadores sugestivos de abuso infantil, nomeadamente lesões traumáticas heteroinfligidas e sinais sugestivos de negligência, além de alterações comportamentais como eventual consequência de vivências traumáticas abusivas. Opostamente, no segundo caso, verificou-se a presença de uma condição clínica que pode mimetizar abuso, e uma lesão traumática de

etiologia accidental. São, pois, fundamentais na prática forense um correto diagnóstico e interpretação das diferentes alterações dermatológicas, nas quais se incluem as lesões traumáticas mas também patologias clínicas que podem mimetizar abuso.

Tomika S. Harris, Bruises in Children: Normal or Child Abuse?, Journal of Pediatric Health Care, Volume 24, Issue 4, 2010, Pages 216-221, ISSN 0891-5245.

Kettner M, Birngruber CG, Niess C, et al. Mongolian spots as a finding in forensic examinations of possible child abuse-implications for case work. Int J Legal Med. 2020;134(3):1141-1148. doi:10.1007/s00414-019-02208-9.

STEWART, GAIL M. DO; ROSENBERG, NORMAN M. DO Conditions mistaken for child abuse, Pediatric Emergency Care: June 1996 - Volume 12 - Issue 3 - p 217-221.

**Palavras chave:** patologias dermatológicas; lesões traumáticas; accidental; heteroinfligidas.

## ICCA2022-31903 - Síndrome de Morte Súbita do Lactente

Deniz Passos <sup>1</sup>, Sara Costa <sup>1</sup>, Sofia Monteiro Cunha <sup>1</sup>, Francisco Taveira <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses - Delegação Norte

<sup>2</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

**Introdução:** A síndrome de morte súbita do lactente (SMSL) é um diagnóstico de exclusão, atribuído a mortes de crianças com menos de 1 ano de idade, aparentemente saudáveis, que ocorrem durante o sono e que permanecem inexplicadas após investigação das circunstâncias da morte, da informação clínica e do exame necrópsico. A SMSL apresenta pico de incidência entre os 2-5 meses de idade, sendo mais comum no sexo masculino. Dado que a causa de morte destas crianças é desconhecida ao médico clínico, estas são transportadas para os serviços médico-legais, a fim de ser realizada autópsia médico-legal. **Relatos de Casos:** Apresentamos dois casos: o 1º diz respeito a recém-nascido de termo, do sexo masculino, com 27 dias de vida, sem antecedentes de relevo; o 2º refere-se a recém-nascido prematuro (rotura de membranas às 36 semanas de gestação), do sexo masculino, com 26 dias de vida, sem antecedentes de relevo. Em ambos os casos, referida partilha da cama dos progenitores com a vítima; hábitos tabágicos maternos durante a gravidez e pós-parto; ambas as crianças foram amamentadas durante a madrugada e foram encontradas arreativas quando o progenitor acordou. No 1º caso, o recém-nascido foi encontrado arreativo na posição de decúbito lateral na cama partilhada e, no 2º caso, em provável posição de decúbito ventral, também na cama partilhada. De acordo com informação policial, as habitações estavam bem cuidadas e não havia evidência de crime. Ao exame necrópsico, de destacar: boa higiene da superfície corporal, escorrência sanguinolenta pelas narinas e ausência de lesões traumáticas quer ao exame do hábito externo, quer interno. Em ambos os casos, o exame histológico revelou sinais de hemorragia intra-alveolar e nos septos interlobulares, compatíveis com anóxia aguda. Restantes exames complementares de diagnóstico (radiológico, toxicológico, microbiológico e genético) sem alterações significativas. **Discussão:** Considerando a informação circunstancial (clínica, social e policial), os

achados necrópsicos e o resultado dos exames complementares, atribuiu-se como causa de morte a síndrome de morte súbita infantil. De destacar que em ambos os casos, estavam presentes vários fatores de risco para SMSL (sexo masculino, hábitos tabágicos maternos, posição do recém-nascido e prematuridade num dos casos) mas também um fator protetor (amamentação). Quanto à partilha da cama com progenitor, há quem a defenda dado que promove a amamentação e o contato próximo com o bebé; outros consideram ser um fator de risco (colchão mole, a roupa da cama, o risco de sobreaquecimento corporal e o risco de overlaying), sobretudo quando os progenitores têm hábitos tabágicos e/ou alcoólicos, os bebés são prematuros ou têm baixa idade. Há autores que não recomendam a partilha da cama com bebés com menos de 3 meses; outros durante o 1º ano. Contudo, antes de condenar este comportamento, os médicos clínicos devem informar as famílias dos riscos e benefícios dessa prática (considerando os fatores de risco familiares), bem como dos restantes fatores de risco para SMSL e as práticas a adotar, cabendo às famílias a decisão de seguir essas recomendações.

- Cohen, M., Scheimberg, I., Beckwith, J., & Hauck, F. (Eds.). (2019). *Investigation of Sudden Infant Death Syndrome (Diagnostic Pediatric Pathology)*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108186001
- Duncan JR, Byard RW, editors. *SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future*. Adelaide (AU): University of Adelaide Press; 2018 May. PMID: 30024688.
- Jullien S. Sudden infant death syndrome prevention. *BMC Pediatr*. 2021 Sep 8;21(Suppl 1):320. doi: 10.1186/s12887-021-02536-z. PMID: 34496779; PMCID: PMC8424793.

**Palavras chave:** recém-nascido; lactente; autópsia médico-legal.



### **ICCA2022-15907 - Promoção de estilos de vida saudáveis: Refeições em família com crianças, estudo de caso**

Ines Isabel Vieira Santos Frazão <sup>1</sup>, Mariana Fernandes Neves Jorge <sup>2</sup>, Catarina Alves <sup>3</sup>, Alcinda Reis <sup>4</sup>, Maria do Carmo Figueiredo <sup>5</sup>, Anabela Cândido <sup>6</sup>, Dina Maria Puidival Pascoal <sup>7</sup>, Madalena Fernandes Neves Jorge <sup>8</sup>

<sup>1</sup> ARSLVT, ACES Médio Tejo

<sup>2</sup> Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento

<sup>3</sup> Unidade de Cuidados Continuados Integrados Chamusca

<sup>4</sup> Cintesis - UP, Porto, Portugal; CEMRI - Universidade Aberta, Portugal; CIEQV - Centro de Investigação em Qualidade de Vida, Santarém, Portugal; UMIS - ESSS/IPSantarém, Santarém, Portugal

<sup>5</sup> CIQV - Centro de Investigação em Qualidade de Vida, Santarém, Portugal

<sup>6</sup> Centro de Investigação em Qualidade de Vida, Santarém, Portugal

<sup>7</sup> ACES Pinhal Litoral, Unidade de saúde Pública

<sup>8</sup> Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Purificação, Assentis

**INTRODUÇÃO:** A instituição da rotina da refeição em família tem sido descrita como promotora da saúde e bem-estar dos diferentes elementos da família, contribuindo ainda para o fortalecimento da perceção da coesão familiar. No caso das famílias com crianças, a frequência das refeições em família tem sido associada, por exemplo, a maior consumo de fruta e produtos hortícolas, menores índices de obesidade, melhor desempenho escolar e menor incidência de perturbações do comportamento e patologias do foro psiquiátrico. Os enfermeiros de família têm um papel privilegiado por cuidarem de famílias com crianças, sendo promotores de estilos de vida saudáveis ao longo da vida. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar surgiu no sentido de dar resposta às necessidades dos enfermeiros perante os cuidados às famílias. **OBJECTIVOS:** Avaliar a família segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, identificar áreas de atenção alteradas e estabelecer um plano de intervenção para minimização dos problemas identificados. **METODOLOGIA:** Para a realização deste estudo de caso foi utilizada uma metodologia qualitativa, centrada no processo de intervenção e avaliação familiar, de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, utilizando a matriz operativa, nas suas dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional. Para tal, foi analisada a informação dos aplicativos informáticos resultantes de registos do enfermeiro de família e realizadas entrevistas à família (cinco em contexto da unidade de saúde e duas em contexto domiciliário), durante o período de janeiro e março de 2019. Com os dados obtidos, foram elaborados os diagnósticos e propostas as intervenções de enfermagem. **RESULTADOS:** A família selecionada para o desenvolvimento do estudo foi uma família nuclear, com um filho com 8 anos de idade, que não tinha a rotina de realizar refeições em família. Após a avaliação familiar, foram identificados os seguintes diagnósticos: na dimensão estrutural, rendimento familiar insuficiente; na dimensão de desenvolvimento, satisfação conjugal não mantida e

papel parental não adequado; e na dimensão funcional, processo familiar disfuncional. Com esta avaliação, foram, inclusive, encontrados os aspetos facilitadores e inibidores da prática de refeições em família que foram tidos em conta na formulação das intervenções com a família. **CONCLUSÕES:** A concretização das intervenções na, e com, a família, tendo por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, trouxeram ganhos para a saúde da família, quer ao nível da saúde individual de cada elemento, inclusive da criança, quer do sistema familiar na sua globalidade, com a instituição da rotina da refeição em família. A família em questão, ao ter instituído a rotina da refeição em família, passou a realizar refeições mais saudáveis, bem como a aproveitar esses momentos para os pais incluírem momentos de discussão sobre alimentação saudável. Os enfermeiros de família, em conjunto com outros profissionais, podem traçar estratégias com as famílias para instituírem esta rotina, a qual é tida como a unidade chave da promoção de estilos de vida saudáveis, cujo objetivo primordial está na obtenção de mais e melhor saúde da família, como um todo, e dos seus membros individualmente.

Berge, J., Wall, M., Hsueh, T., Fulkerson, J., Larson, N., & Neumark-Sztainer, D. (2015). The protective role of family meals for youth obesity: 10-year longitudinal associations. *Journal Pediatrics*, 166 (2), 296–301. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.08.030>

Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lusociência. ISBN: 9789728930837

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar*. [Doctoral dissertation, Universidade do Porto/Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto <https://hdl.handle.net/10216/20569>

Jones, B. (2018). Making time for family meals: Parental influences, home eating environments, barriers and protective factors. *Physiology & Behavior*, 1; 93(Pt B),248-251. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.03.035> .

Poulos, N., Pasch, K., Springer, A., Hoelscher, D., & Kelder, S. (2014). Is frequency of family meals associated with parental encouragement of healthy eating among ethnically diverse eighth graders? *Public Health Nutrition*, 17(5), 998-1003. <https://doi.org/10.1017/S1368980013001092>

**Palavras chave:** Enfermeiro de família, Família, Refeições em família, Rotinas familiares.

## **ICCA2022-18964 - Prevenção dos maus tratos como medida de promoção do neurodesenvolvimento infantil**

Andreia Lampreia <sup>1</sup>, Ana Catarina Santos <sup>1</sup>, Ana Inês Costa <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *CHULC- Hospital de Santa Marta (Cardiologia Pediátrica)*

<sup>2</sup> *Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso*

Os maus tratos infantis são definidos como situações de abuso e negligência que ocorrem em crianças com idade inferior a 18 anos. Aqui são incluídas situações tais como maus tratos psicológicos/ emocionais, abuso sexual, negligência que resultem em dano real ou potencial à saúde,

sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança.<sup>1</sup> A nível mundial sabe-se que 3 em cada 4 crianças, ou seja, aproximadamente 300 milhões de crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos regularmente sofrem algum tipo de violência física e/ou psicológica por parte dos pais ou cuidadores<sup>2</sup>. Neste sentido tornou-se pertinente conhecer as consequências dos maus tratos infantis no desenvolvimento da criança bem como identificar intervenções eficazes na prevenção dos maus tratos. Para tal foi elaborada uma revisão de literatura realizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e COCHRANE recorrendo às palavras chave descritas anteriormente. Como critérios de inclusão foram definidos: estudos qualitativos, quantitativos, revisões de literatura publicadas entre 2002-2020. A pesquisa ocorreu em Outubro de 2021. As experiências adversas na infância são definidas como eventos traumáticos ou possíveis de causar stress durante os primeiros 18 anos. Os estudos de neuroimagem realizados evidenciam que situações de stress crónico conduzem a alterações no desenvolvimento cerebral em áreas como hipocampo, amígdala, córtex pré-frontal e corpo caloso. O aumento das catecolaminas e do cortisol levam à inibição da neurogénese, atraso na mielinização e alterações na poda sináptica<sup>3,4</sup>. Como consequências dos maus tratos são referidos problemas de aprendizagem relacionados com: deficit nas funções executivas, deficit de atenção, problemas na interação entre pares, maior tendência a perturbações depressivas, de ansiedade e de stress pós-traumático. Estas alterações podem persistir ao longo do tempo afetando o indivíduo na fase adulta tendo repercussões ao nível da sua saúde mental com maior tendência para abuso de substâncias, menor produtividade e perturbações de stress pós-traumático<sup>4</sup>. A idade de início, duração, uso de força e a relação da vítima com o agressor são referidos como alguns dos fatores influenciadores do impacto que os maus tratos podem ter na criança<sup>3,4</sup>. Quanto às intervenções de prevenção dos maus tratos estas deverão ter por base programas de competências parentais, visitas domiciliárias, formações aos profissionais, modelo de parceria enfermeiro-família, educação para a saúde às crianças e adolescentes, monitorização contínua e apoio social <sup>1, 5,6</sup>. Em situações de maus tratos comprovados são destacadas as intervenções que visam melhorar a saúde mental dos pais como as mais eficazes<sup>5</sup>. Em suma, pode-se referir que os maus tratos conduzem a alterações cerebrais na criança com consequências a longo prazo<sup>1</sup>. Ao pretender-se uma intervenção completa e multissetorial deverá ser considerada a criança na sua perspetiva individual, relacional, comunitária e social <sup>7,8</sup>. As intervenções que promovam o bom trato com base em abordagens positivas de suporte ao papel parental bem como as intervenções direcionadas para a saúde mental dos pais são referidas como eficazes na prevenção dos maus tratos. O Enquadramento legal vigente em Portugal dá suporte a estas intervenções. No entanto, os Programas Nacionais não são consistentes quanto à operacionalização das referidas intervenções.

1 OMS (2020). Child Maltreatment. Geneva: OMS.

2 OMS (2017). Child Maltreatment: 2091 studies. Geneva: OMS.

3 National Institutes of Health (Comitee on Child Maltreatment Research, Policy and Practice for the Next Decade: Phase II: Board on Children, Youth and Families:Comitee on Law and Justice: Institute of Medicine: National Research Council) (2014). New directions in Child Abuse and Neglect Reserch. Washington (DC): National Academies press (US).

4Bellis M., Spratt E., Hooper S. (2011) Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse. Journal Child Sexual Abuse, 20(5), 548-87.

5 Van Der Put, C., Assink, M., Gubbels, J., Solinge, N. (2018) Identifying effective components of

child maltreatment interventions: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(2), 171–202.

6 Centers for Disease and Control (2018). *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended*. Atlanta: CDC.

7OMS (2002). *World report on violence and health*. Geneva: OMS.

8DGS (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.

**Palavras chave:** Maus tratos infantis; Desenvolvimento infantil; Neurodesenvolvimento e Estratégias de Prevenção.

## **ICCA2022-26622 - Adaptação Psicológica E Estratégias De Coping Utilizadas Pelos Pais De Crianças Com Doença Oncológica**

Maria Eduarda Fortes Correia <sup>1</sup>, Tânia Melo <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Escola de Saúde de Portalegre*

<sup>2</sup> *CHUC*

**Introdução:** O diagnóstico de doença oncológica na criança tem naturalmente um grande impacto nos seus pais e na restante família. As respostas dos pais refletem-se na relação com os filhos e com a restante família, devendo ser foco de atenção dos enfermeiros. Por todas as dificuldades inerentes ao processo de tratamento da doença oncológica e pela importância na forma como os pais se adaptam à situação de doença do seu filho, torna-se relevante conhecer como vivem e lidam com esta situação. **Objetivo:** Conhecer a adaptação psicológica e identificar quais estratégias de coping mais utilizadas pelos pais de crianças ou adolescentes com doença oncológica, em fase de tratamento. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com amostra não probabilística acidental de 52 participantes que acompanhavam os seus filhos em idade pediátrica com doença oncológica na fase de tratamento, em contexto de internamento hospitalar. O instrumento de colheita de dados foi um questionário. Para medir a adaptação psicológica foi utilizada a Escala de EAMC-F na sua versão portuguesa. A escala de Brief COPE foi utilizada pois, os construtos avaliados são as estratégias usadas pelas pessoas para lidar com situações stressantes. **Resultados:** Verificou-se que a adaptação psicológica dos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica se caracteriza pelo “Espírito de luta” e pela “Aceitação” da doença dos seus filhos. As estratégias de coping mais utilizadas pelos pais são as de “Coping ativo”, “Planear”, “Suporte instrumental”, “Religião” e “Reinterpretação positiva”. Mais, os pais com uma adaptação psicológica mais positiva tendem a uma maior utilização de estratégias de coping das dimensões do “Planear”, “Reinterpretação positiva” e “Coping ativo”. **Conclusão:** O enfermeiro na sua prestação de cuidados, pode contribuir para o desenvolvimento de uma adaptação psicológica positiva promovendo a utilização de estratégias de coping adequadas, sendo propostas atividades de intervenção e acompanhamento, junto destes pais e que podem promover resultados relevantes, com reuniões de grupo de pais e reuniões abertas a outros profissionais da equipa de saúde.

Lazarus, R. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.

Oliveira, J.H.B. (1998). *Viver a morte. Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.

Pereira, M.G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*: Lisboa. Manuais Universitários. Climepsi Editores.

Samarina, C.V., Pais-Ribeiro, J. & Lopes, C. (2006). Estudo de adaptação da Escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 29-55.

**Palavras chave:** Palavras-chave: pais; doença oncológica; estratégias de coping; adaptação psicológica.

## **ICCA2022-34454 - Integração da doença crónica na vida familiar: Estudo preliminar da versão portuguesa do instrumento Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire**

Vera Teixeira <sup>1</sup>, Sara Lemos <sup>2</sup>, Luísa Andrade <sup>3</sup>, Lúgia Lima <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Hospital Senhora da Oliveira Guimarães, EPE*

<sup>2</sup> *Centro Hospitalar São João*

<sup>3</sup> *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

**Introdução:** O diagnóstico de doença crónica em idade pediátrica desencadeia inúmeras mudanças no sistema familiar de forma a integrar a doença nas suas dinâmicas (Macedo et al., 2015). Tem-se observado um aumento crescente de crianças com doença crónica/perturbação nas últimas décadas. Esta problemática tem sido objeto de estudo, nomeadamente, sobre a compreensão dos processos familiares na integração da doença crónica da criança/adolescente na família (Meiers et al., 2020). No sentido de otimizar os cuidados a estas famílias, são necessários instrumentos de medida que sejam capazes de avaliar o processo de integração da família na doença. **Objetivos:** - Traduzir para o português de Portugal e adaptar culturalmente o Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire (FAM-ACIQ) de Meiers, Eggenberger & Svavarsdottir (2020); - Estudar as propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala FAM-ACIQ. **Metodologia:** Participaram 135 pais de crianças/adolescentes com o diagnóstico de doença crónica/perturbação, acompanhados na consulta externa ou hospital de dia pediátrico de três instituições da região norte de Portugal. Depois de traduzida e submetida a um processo de validação linguística a escala foi administrada aos pais através da plataforma REdcap. A estrutura fatorial da escala foi estudada através de análise fatorial exploratória e a fidelidade do instrumento através da análise da sua consistência interna. **Resultados:** A análise da distribuição das respostas nos diferentes itens revelou que as respostas se distribuíram por todas as alternativas, demonstrando a sua sensibilidade. Um primeiro conjunto de análises revelou a necessidade de inverter um dos itens na versão portuguesa da escala. A análise da estrutura fatorial revelou a existência, semelhante à escala original, de duas dimensões no processo de integração à

doença crónica: uma relacionada com as barreiras e outra com as forças da família. Os valores da consistência interna das duas dimensões são satisfatórios, sendo o alfa de Cronbach da subescala das barreiras de 0.869 e o da subescala das forças de 0.707. Conclusões: Os resultados sugerem que a versão portuguesa da FAM-ACIQ é um instrumento válido e fidedigno para a população portuguesa. Este instrumento poderá constituir um suporte às intervenções de suporte às famílias de crianças/adolescentes com doença crónica.

- Macedo, E., Silva, L., Paiva, M., & Ramos, M. (2015). Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: An integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 769–777. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0196.2613>

-Meiers, S. J., Eggenberger, S. K., Krumwiede, N. K., & Deppa, B. (2020). Measuring Family Members' Experiences of Integrating Chronic Illness Into Family Life: Preliminary Validity and Reliability of the Family Integration Experience Scale: Chronic Illness (FIES:CI). *Journal of Family Nursing*, 26(2), 111–125. <https://doi.org/10.1177/1074840720902129>

**Palavras chave:** Integração, doença crónica, criança/adolescente, família.

## **ICCA2022-61076 - Processo de transição saúde-doença na adolescência: apreciação de uma família**

Ines Isabel Vieira Santos Frazão <sup>1</sup>, Mariana Fernandes Neves Jorge <sup>2</sup>, Catarina Alves <sup>3</sup>, Alcinda Reis <sup>4</sup>, Maria do Carmo Figueiredo <sup>5</sup>, Anabela Cândido <sup>5</sup>, Dina Maria Puidival Pascoal <sup>6</sup>, Madalena Fernandes Neves Jorge <sup>7</sup>

<sup>1</sup> ARSLVT, ACES Médio Tejo

<sup>2</sup> Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento

<sup>3</sup> Unidade de Cuidados Continuados Integrados Chamusca

<sup>4</sup> Cintesis - UP, Porto, Portugal; CEMRI - Universidade Aberta, Portugal; CIEQV - Centro de Investigação em Qualidade de Vida, Santarém, Portugal; UMIS - ESSS/IPSantarém, Santarém, Portugal.

<sup>5</sup> CIEQV - Centro de Investigação em Qualidade de Vida, Santarém, Portugal

<sup>6</sup> ACES Pinhal Litoral, Unidade de Saúde Pública.

<sup>7</sup> Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Purificação, Assentis

**INTRODUÇÃO:** A adolescência é por natureza, e de forma geral, uma etapa da vida percecionada como saudável, pelo que, quando um adolescente adoece, é sempre uma situação difícil de aceitar para o adolescente e para a sua família, sendo que ambos necessitam de cuidados. Considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto nesta como um todo, quanto nos seus elementos individualmente. Este estudo de caso aborda o adolescente em situação de doença oncológica e a família como pilar dos cuidados, sendo a intervenção do enfermeiro de família essencial para identificar necessidades e implementar um plano de cuidados, para minimizar o medo, a ansiedade e o sofrimento. A avaliação e intervenção realizou-se segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e

Intervenção Familiar, centrando-se em três dimensões: estrutural, desenvolvimental e funcional, permitindo a formulação de diagnósticos e intervenções para responder às necessidades da família em estudo. OBJETIVOS: Aplicar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção e avaliar o impacto dos cuidados de enfermagem na família em estudo. METODOLOGIA: Estudo de caso qualitativo de apreciação de uma família com filho adolescente que vivencia um processo de transição de saúde, por doença oncológica. Realizadas 6 entrevistas semiestruturadas à família em contexto de unidade de saúde e 2 realizadas no domicílio da família. Foi ainda analisada a informação dos aplicativos informáticos resultantes de registos do enfermeiro de família. Com os dados obtidos, durante o período de agosto a novembro de 2020, foram elaborados os diagnósticos e propostas as intervenções de enfermagem, segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. RESULTADOS: Os dados colhidos permitiram, após a sua análise, avaliar a família e estabelecer intervenções. É uma família composta pelo casal e dois filhos adolescentes, um em situação de doença oncológica. Trata-se de uma família com rendimento familiar insuficiente, papel parental não adequado e processo familiar disfuncional. Face aos diagnósticos, foram delineadas intervenções tendo em conta os recursos e competências da família e comunidade. Após a intervenção verificaram-se ganhos em saúde familiar: rendimento familiar suficiente (com intervenção da técnica de serviço social), papel parental adequado e processo familiar não disfuncional. A alteração favorável destes diagnósticos influenciaram positivamente o estado de saúde psicológico e emocional do adolescente com doença oncológica. CONCLUSÕES: A família vivencia, com o diagnóstico da doença oncológica do adolescente, uma situação causadora de grande sofrimento, com sentimentos de medo e ansiedade frequentes, necessitando de ser cuidada. A aplicação do Modelo permitiu a identificação colaborativa das necessidades, das forças, recursos e competências da família, para a formulação de intervenções conducentes a um melhor bem-estar e funcionamento familiar. Para além disso, e visto que o sistema familiar é o alvo de cuidados de enfermagem - que se focalizam tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente -, respondeu, simultaneamente, às necessidades individuais do adolescente com doença oncológica. O Enfermeiro de Família assumiu um papel preponderante, evidenciando-se satisfação da família, sobretudo no controlo dos níveis de ansiedade, concluindo-se assim que a avaliação e a intervenção familiar foram eficazes.

Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lusociência. ISBN: 9789728930837

Figueiredo, M. H. (2009). Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar. [Doctoral dissertation, Universidade do Porto/Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto <https://hdl.handle.net/10216/20569>

Guerra, D. (2018). Cuidar do adolescente com doença hemato-oncológica hospitalizado: intervenções de enfermagem no processo de transição. [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa/Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum <http://hdl.handle.net/10400.26/27958>

Honicky, M., & Galvão, I. (2020). Leucemia na infância e adolescência: repercussões psicossociais nos irmãos sadios, sob a ótica das mães. *Psicologia em Revista*, 26(2), 660-679. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/14148/18738>

Monteiro, M. I. S. M. (2018). Vivências dos pais e das crianças e adolescentes no confronto com o diagnóstico de cancro: o olhar dos profissionais de oncologia pediátrica [Doctoral dissertation, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho <http://hdl.handle.net/1822/54754>

Silva, M., Reichert, A., Souza, S., Pimenta, E., & Collet, N. (2018). Doença crônica na infância e adolescência: vínculos da família na rede de atenção à saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27 (2). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>

**Palavras chave:** Adolescência, Doença, Enfermeiro de família, Família.

## **ICCA2022-85121 - Tradução e adaptação cultural do Questionnaire of Parental Sleep Knowledge**

Sandra Ilda Morais Lopes <sup>1</sup>, Luísa Maria da Costa Andrade <sup>2</sup>, Jorge Manuel Amado Apóstolo <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; ACES Baixo Mondego*

<sup>2</sup> *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

<sup>3</sup> *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

**Introdução:** O Sono constitui uma atividade de vida imprescindível para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças. É consensual a opinião de diversos autores de que os distúrbios de sono são frequentes em idade escolar, tendo vindo a constituir um problema de saúde pública (Gupta et al., 2016; Sleep Health Foundation, 2019). Nas crianças, os problemas relacionados com a duração do sono e os distúrbios comportamentais estão frequentemente relacionados com a cultura, o comportamento e o conhecimento dos pais. O estado da arte revela alguma falta de conhecimento dos progenitores sobre a higiene do sono, encontrando-se assim uma necessidade de intervenção por parte dos profissionais de saúde (Galvão et al., 2017). Neste sentido, é pertinente dispor de um instrumento que permita avaliar de forma sistematizada o conhecimento dos progenitores sobre o sono da criança, permitindo uma adequação da intervenção dos enfermeiros ou profissionais de saúde. Foi selecionado um questionário adotado por Owens e Jones (2011) que contempla dez afirmações de resposta de verdadeiro ou falso. **Objetivos:** Traduzir e adaptar o Questionnaire of Parental Sleep Knowledge da autoria de Owens e Jones (2011) para a população portuguesa. **Metodologia:** Numa etapa inicial, realizou-se uma breve análise sobre a importância dos itens do questionário, os conceitos a eles inerentes, e a sua pertinência para a população alvo através da revisão da literatura. Após autorização do autor da versão original do questionário, procedeu-se à tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa segundo recomendações internacionais, obtendo-se uma versão que preservasse ao máximo o significado de cada questão da língua de origem para a língua alvo, mantendo a integridade do instrumento. Foi realizado um pré-teste com um total de 26 pais. **Resultados:** O Questionnaire of Parental Sleep Knowledge é constituído por um conjunto de 10 afirmações de resposta de verdadeiro ou falso. Numa primeira etapa realizou-se a tradução inicial, sendo realizada uma tradução independente da versão original do questionário em inglês para o português, por dois tradutores bilingues. Seguiu-se a síntese das duas traduções em que as traduções obtidas foram comparadas pelo investigador principal, verificando-se a existência de algumas diferenças entre elas. Estas diferenças foram analisadas e discutidas por um grupo de peritos, surgindo a primeira versão de consenso do questionário. Posteriormente, realizou-se a retroversão da versão de consenso do instrumento em português para



o inglês, para a versão original, por um novo tradutor e a revisão desta última versão por um grupo de especialistas. As poucas questões divergentes foram discutidas e, após análise constatou-se a equivalência semântica, sendo os termos divergentes sinónimos da versão original. No pré-teste constatou-se que os itens são compreensíveis, úteis e de fácil resposta, com uma linguagem simples e acessível. Conclusões: A versão portuguesa do Questionário “Parental Sleep Knowledge” permitiu avaliar o conhecimento dos pais sobre o sono da criança de forma satisfatória, permitindo perceber quais os domínios em que têm menor conhecimento e que justificam intervenção.

- Arriaga, C., Brito, S., Gaspar, P. & Luz, P. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Caracterização de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (4), 367-375.
- Bonuck, K., Schwartz, B. & Schechter, C. (2016). Sleep health literacy in head start families and staff: exploratory study of knowledge, motivation, and competencies to promote healthy sleep. *Sleep Health*, 2(1), 19-24. doi:10.1016/j.sleh.2015.12.002.
- Boysan, M. (2016). Developmental Implications of Sleep. *Sleep and Hypnosis: A Journal of Clinical Neuroscience and Psychopathology*, 18(2), 44-52. doi:10.5350/Sleep.Hypn.2016.18.0108
- Galvão, D., Carpenter, A., Castro, P. & Almeida, T. (2017). Promoção do papel parental nos comportamentos de sono de crianças até aos cinco anos de idade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicologia.*, 2(1), 337-346. doi:http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1238
- Gupta, R., Goel, D., Kandpal, S., Mittal, N., Dhyani, M., & Mittal, M. (2016). Prevalence of Sleep Disorders Among Primary School Children. *Indian Journal of Pediatrics*, 83(11), 1232-1236. doi:10.1007 / s12098-016-2138-7
- Honaker, S. & Meltzer, L. (2016). Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 31-39. doi: 10.1016/j.smr.2015.01.004.
- Owens, J.; Jones, C. (2011). Parental Knowledge of Healthy Sleep in Young Children: Results of a Primary Care Clinic Survey . *J Dev Behav Pediatr*, 32:447–453.
- Peacock-Chambers, E., Ivy, K. & Bair-Merritt, M. (2017). Primary Care Interventions for Early Childhood Development: A Systematic Review, *Pediatrics*, 140 (6). doi: 10.1542/peds.2017-1661
- Rangel, M., Baptista, C., Pitta, M., Anjo, S. & Leite, A. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 256-264.
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Parents’ perception of the sleep habits and quality of preschool-aged children. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (17), 63-70.
- Silva, H. (2012). Adaptação e Validação do Children Sleep Habits Questionnaire e do Sleep Self Report para Crianças Portuguesas (Tese de Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Portugal.
- Sleep Health Foundation (2019). Sleep Problems and sleep disorders in school aged children. Disponível em web site da Sleep Health Foundation <http://www.sleephealthfoundation.org.au>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

**Palavras chave:** Conhecimento – Pais - Sono

## **ICCA2022-87691 - O papel do Enfermeiro de Família na prevenção da obesidade infantil em crianças na idade pré-escolar**

Ines Isabel Vieira Santos Frazão <sup>1</sup>, Mariana Fernandes Neves Jorge <sup>2</sup>, Catarina Alves <sup>3</sup>, Alcinda Reis <sup>4</sup>, Maria do Carmo Figueiredo <sup>5</sup>, Anabela Cândido <sup>5</sup>, Dina Maria Puidival Pascoal <sup>6</sup>

<sup>1</sup> ARSLVT, ACES Médio Tejo

<sup>2</sup> Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento

<sup>3</sup> Unidade de Cuidados Continuados Integrados Chamusca

<sup>4</sup> Cintesis - UP, Porto, Portugal; CEMRI - Universidade Aberta, Portugal; CIEQV - Centro de Investigação em Qualidade de Vida, Santarém, Portugal; UMIS - ESSS/IPSantarém, Santarém, Portugal.

<sup>5</sup> CIEQV - Centro de Investigação em Qualidade de Vida, Santarém, Portugal

<sup>6</sup> ACES Pinhal Litoral, Unidade de Saúde Pública.

**INTRODUÇÃO:** Segundo a Organização Mundial de Saúde a obesidade é considerada a epidemia global do século XXI, sendo a obesidade infantil uma das doenças predominantes na idade pediátrica no Mundo e na Europa, seguindo Portugal a mesma tendência. É primordial diagnosticar e intervir precocemente, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários, pois a obesidade infantil é preditiva de obesidade na idade adulta, com as respetivas comorbilidades que daí possam advir. É necessário modificar comportamentos e hábitos de vida das crianças, essencialmente nos períodos críticos do seu desenvolvimento, responsabilizando e capacitando precocemente os pais, os professores e os profissionais de saúde, alertando que estamos perante um grave problema de saúde pública. **OBJETIVO:** Avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças em idade pré-escolar inscritas na unidade de saúde. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo descritivo, observacional e transversal com a recolha de dados das crianças dos 3 aos 5 anos em seguimento no Programa de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil numa Unidade de Saúde. O período de recolha de dados foi de janeiro de 2021 a setembro de 2021 sendo que, posteriormente, foram analisadas as variáveis da idade, sexo, peso, estatura e IMC. Foram incluídos no estudo um total de 327 crianças, sendo 154 (47,1%) do sexo masculino e 173 (52,9%) do sexo feminino, com vigilância de saúde infantil na unidade de saúde. Dessas crianças, 99 (30,3%) tinham 3 anos de idade, 105 (32,1%) tinham 4 anos e 123 (37,6%) tinham 5 anos. **RESULTADOS:** Após a recolha e análise dos dados, verificou-se que a maioria, ou seja, 215 (65,8%) crianças, apresentava um peso normal. Destacou-se ainda que 7 (2,1%) crianças apresentavam baixo-peso e 105 (32,1%) apresentava excesso de peso. Destas, 59 (18%) crianças apresentaram pré-obesidade e 46 (14,1%) eram obesas. Não se verificou diferença significativa no variável sexo. **CONCLUSÃO:** A prevalência de crianças com excesso de peso nesta amostra foi elevada. A promoção da saúde deverá ser iniciada o mais precocemente possível, em que a capacitação da criança e da família é fundamental, de forma a permitir-lhes fazer escolhas saudáveis ao longo da vida. O enfermeiro de família assume um papel privilegiado no processo de capacitar os pais/crianças sobre a importância deste problema de saúde e ajudá-los na adoção de comportamentos saudáveis. Com a realização deste estudo verificou-se a necessidade de elaborar, na unidade de saúde, um projeto de intervenção com a criação e implementação de uma consulta de enfermagem para as crianças em idade pré-escolar com excesso de peso ou em situação de

obesidade, bem como para as suas famílias. Serão envolvidos no projeto de intervenção outros profissionais de saúde de modo a responder às necessidades destas crianças e suas famílias. Perspetiva-se, a longo prazo, promover, através da estratégia da educação para a saúde, uma mudança nos hábitos das crianças e suas famílias, e melhorar a sua qualidade de vida.

Almeida, S., Romão, A., Parreiras, B., Lopes, D., Freitas, E., Elias, F., Ferreira, F., Ramos, G., & Roehrig, J. (2021). Abordagem terapêutica da obesidade crônica em pacientes pediátricos. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 4570-4581. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-046>

Camarinha, B., Graça, P., & Nogueira, P. J. (2016). A Prevalência de Pré-Obesidade/Obesidade nas Crianças do Ensino Pré-Escolar e Escolar na Autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 31–40. <https://doi.org/10.20344/amp.6688>

Almeida, L., Formiga, W., Lima, R., Silva, W., Silva, I., da Silva, S., Fernandes, I., Ramos, A., Viana, T., & Nóbrega, É. (2020). Fatores associados ao sobrepeso e obesidade infantil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (58), e4406-e4406. <https://doi.org/10.25248/reas.e4406.2020>

Lopes, A., Caetano, R., Nunes, P., Ribeiro, C., Melo, J., Ferreira, T., Tobias, L., Silva, B., Cunha, M., & Freitas, M. (2021). Aspectos gerais sobre a obesidade infantil: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 37, e8993-e8993. <https://doi.org/10.25248/reac.e8993.2021>

Rosendo, S. C. P. (2020). Obesidade: Portugal e Europa. [Doctoral dissertation, Universidade Aberta]. Repositório Aberto da Universidade Aberta <http://hdl.handle.net/10400.2/10092>

**Palavras chave:** crianças, enfermeiro de família, obesidade infantil, pré-escolar.

## **ICCA2022-88122 - A Experiência Dos Pais Que Acompanham Os Filhos Em Cuidados Paliativos Pediátricos - Uma Scoping Review**

Maria Eduarda Fortes Correia <sup>1</sup>, Maria Antónia Rebelo Botelho <sup>2</sup>, Maria Teresa Magão <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Escola de Saúde de Portalegre*

<sup>2</sup> *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Contexto: Os pais que acompanham os filhos com doença crónica complexa até á sua morte experienciam uma situação limite e complexa com vulnerabilidades e que é vivida de forma individual e com necessidades específicas. O impacto nos pais é imensurável pois, enfrentam desafios relacionados com a complexidade da doença e com a condição de proximidade da morte dos seus filhos, levando a cabo todos os esforços para os ajudar a celebrar a vida e para que as memórias dos dias estejam repletas de resiliência, esperança e relações positivas. Objetivo(s): Explorar e mapear a evidência científica disponível sobre a experiência dos pais que acompanharam os filhos com doença crónica complexa até à sua morte, num contexto de cuidados paliativos pediátricos. Método de revisão: Foi elaborada uma Scoping review, segundo a metodologia proposta pelo JBI. A análise dos artigos, extração e síntese dos dados foi feita por dois revisores. Apresentação e interpretação dos resultados: Foram identificados oito estudos, publicados entre 2016 e 2020, nenhum realizado em Portugal. O Espírito de Luta associado a sentimentos de Sofrimento e de Esperança é experienciado

pelos pais, sendo quebrado pela morte da criança. É referenciada a necessidade de Apoio no Luto. Conclusão: Oitos estudos incluídos apresentam resultados que caracterizam a experiência dos pais. Mais estudos devem ser realizados para compreender a especificidade da experiência destes pais neste contexto.

Barbosa, A.; Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016). Manual de Cuidados Paliativos. (3ª ed). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Björk, M., Sundler, A. J., Hallström, I., & Hammarlund, K. (2016). Like being covered in a wet and dark blanket – Parents' lived experiences of losing a child to cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 25, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.08.007>

Black, P. B.; Wright, M. P.; Limbo, K. R. (2016). *Perinatal and Pediatric Bereavement in nursing and other health professions*. New York. EUA: Springer Publishing Company.

Capelas M.L, Coelho S.P, Murinello A.N, Simões A.S, Teves C, Durão S. et al. (2019). Relatório de Outono do Observatório Português dos Cuidados Paliativos - Atividade Assistencial das Equipas/ Serviços de Cuidados Paliativos [Internet]. Lisboa; 2019. Available from: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file>

Forjaz de Lacerda, A., & Gomes, B. (2017). Trends in cause and place of death for children in Portugal (a European country with no Pediatric palliative care) during 1987-2011: A population-based study. *BMC Pediatrics*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0970-1>

Himmelstein, B. P. (2006). Palliative Care for Infants, Children, Adolescents, and Their Families. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (1), 163-181.

Verberne, L.M., Kars, M.C., Schouten-van Meeteren, A.Y.N. et al. (2019). Parental experiences and coping strategies when caring for a child receiving paediatric palliative care: a qualitative study. *Eur J Pediatr* 178, 1075–1085. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03393-w>

Wang, S., Wu, L., Yang, Y., & Sheen, J. (2019). The experience of parents living with a child with cancer at the end of life. *European Journal of Cancer Care*, 28(4), N.PAG.

Palavras chave: Palavras-chave: cuidados paliativos; experiência; pais.

## **ICCA2022-89997 - Programa De Intervenção Sobre O Sono Em Idade Pediátrica**

Sandra Ilda Morais Lopes <sup>1, 2</sup>, Jorge Amado Apóstolo <sup>3</sup>, Tiago João Simões Flório <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar*

<sup>2</sup> *ACES Baixo Mondego*

<sup>3</sup> *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Introdução: Segundo a Sleep Health Foundation em 2019, um terço das crianças em idade escolar tinha um problema de sono. Durante a pandemia Covid 19 os distúrbios de sono em crianças aumentaram para níveis alarmantes, constatando-se no estudo de Sharma et al. (2021) que a prevalência destes problemas foi de 54%. Estes distúrbios estão associados a diversas e graves consequências no desenvolvimento social, académico, cognitivo, emocional e físico em cerca de 25-40% dos jovens. O estado da arte revela alguma falta de conhecimento dos progenitores sobre a

higiene do sono, encontrando-se assim uma necessidade de intervenção por parte dos profissionais de saúde. Estes factos relevam a importância de educar os pais das crianças em idade escolar sobre a higiene do sono. Objetivo: Desenhar uma intervenção educativa de promoção da literacia para a saúde para pais de crianças em idade escolar sobre o sono da criança. Metodologia: Recorreu-se à pesquisa bibliográfica em base de dados, realizando uma revisão sistemática da literatura para desenhar o Programa de Intervenção sobre o Sono em Idade Pediátrica dirigida a encarregados de educação de crianças que frequentam o último ano de ensino pré-escolar. Resultados: Na revisão de literatura realizada foram analisados diferentes programas de intervenção sobre o sono em idade pediátrica implementados a nível internacional, sendo desenhado o Programa de Intervenção sobre o Sono em Idade Pediátrica. Este programa contempla 3 sessões com a duração de 60 minutos, sendo os conteúdos explorados de forma consonante com as medidas de higiene de sono internacionalmente recomendadas. A 1ª sessão explora a importância, duração e qualidade do sono em idade pediátrica; a 2ª sessão aborda a higiene do sono e o comportamento parental; a 3ª sessão incide nos distúrbios de sono: prevalência, fatores risco e consequências. O método adotado será participativo e expositivo. Pretende-se avaliar o conhecimento dos pais e os hábitos de sono das crianças antes de implementar a intervenção e no final do programa. Adicionalmente, prevê-se a realização de um follow-up após a frequência deste programa, de forma a perceber o impacto desta intervenção. Conclusões: À semelhança de outros estudos internacionais neste domínio, espera-se que o Programa de Intervenção sobre o Sono em Idade Pediátrica permita o aumento dos hábitos de sono das crianças em fase de transição para a idade escolar.

Arriaga, C., Brito, S., Gaspar, P. & Luz, P. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Caracterização de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (4), 367-375.

Bonuck, K., Schwartz, B. & Schechter, C. (2016). Sleep health literacy in head start families and staff: exploratory study of knowledge, motivation, and competencies to promote healthy sleep. *Sleep Health*, 2(1), 19-24. doi:10.1016/j.sleh.2015.12.002.

Boysan, M. (2016). Developmental Implications of Sleep. *Sleep and Hypnosis: A Journal of Clinical Neuroscience and Psychopathology*, 18(2), 44-52. doi:10.5350/Sleep.Hypn.2016.18.0108

Galvão, D., Carpenter, A., Castro, P. & Almeida, T. (2017). Promoção do papel parental nos comportamentos de sono de crianças até aos cinco anos de idade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 337-346. doi:http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1238

Gupta, R., Goel, D., Kandpal, S., Mittal, N., Dhyani, M., & Mittal, M. (2016). Prevalence of Sleep Disorders Among Primary School Children. *Indian Journal of Pediatrics*, 83(11), 1232-1236. doi:10.1007 / s12098-016-2138-7

Honaker, S. & Meltzer, L. (2016). Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 31-39. doi: 10.1016/j.smr.2015.01.004.

Owens, J.; Jones, C. (2011). Parental Knowledge of Healthy Sleep in Young Children: Results of a Primary Care Clinic Survey . *J Dev Behav Pediatr*, 32:447–453.

Peacock-Chambers, E., Ivvy, K. & Bair-Merritt, M. (2017). Primary Care Interventions for Early Childhood Development: A Systematic Review, *Pediatrics*, 140 (6). doi: 10.1542/peds.2017-1661

Rangel, M., Baptista, C., Pitta, M., Anjo, S. & Leite, A. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de*

Medicina Geral e Familiar, 31, 256-264.

Sharma, M.; Aggarwal, S.; Madaan, P.; Saini, L. & Bhutani, M. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on sleep in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 259-267.

Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Parents' perception of the sleep habits and quality of preschool-aged children. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (17), 63-70.

Silva, H. (2012). *Adaptação e Validação do Children Sleep Habits Questionnaire e do Sleep Self Report para Crianças Portuguesas (Tese de Mestrado)*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Portugal.

Sleep Health Foundation (2019). *Sleep Problems and sleep disorders in school aged children*. Disponível em web site da Sleep Health Foundation <http://www.sleephealthfoundation.org.au>

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

**Palavras chave:** sono; criança; pais; programa de intervenção.

## Other themes

### ICCA2022-43958 - Projeto Reticências: concepção de um instrumento com potencialidade diagnóstica e pedagógica

Elisabete Lopes <sup>1</sup>, Zélia Caçador Anastácio <sup>1</sup>

<sup>1</sup> CIEC, Instituto de Educação Universidade do Minho, Braga, Portugal

A temática sobre os abusos infantis necessita de uma leitura consciente, noção de ética e bom senso. A literatura especializada, além de definir o tema e os seus constructos, evidencia a importância de se conceberem ferramentas aliadas a políticas públicas de proteção e segurança. Reticências foi projetado em respeito pelo 16º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável - Paz, Justiça e Instituições Eficazes. Trata-se de um projeto de inovação social, delineado de forma a dar resposta a necessidades e problemas sociais a propósito da problemática dos abusos infantis. Este projeto partiu do problema do abuso infantil, do ponto de vista sistémico, de forma a alcançar o objetivo de criar um instrumento que servisse de diagnóstico e ao mesmo tempo tivesse um carácter pedagógico. Procedeu-se a uma revisão narrativa da literatura, pelo que o modo de abordagem compreende o método qualitativo. De forma a assegurar a pertinência da construção da ferramenta incorpora-se uma análise SWOT. De modo a se atingir o objetivo mencionado, conjecturou-se a construção da ferramenta onde se incorporou o termo “abuso” e as tipologias inerentes, os fatores de risco e de proteção, os instrumentos jurídicos e o modelo Bioecológico de desenvolvimento humano também utilizado para compreender a violência e a estratégia de quality circle time, pois é considerada uma poderosa estratégia de intervenção. Desta simbiose resultou a concepção de um jogo que está em fase de pré testagem, aguardando autorização das entidades competentes para ser testado em escolas junto de crianças de primeiro e segundo ciclo. Espera-se demonstrar a coerência da construção e a validade científica de uma ferramenta de diagnóstico do abuso sobre crianças para detetar possíveis situações de risco e/ou perigo, assim como de utilidade pedagógica, que capacite as crianças e auxilie os profissionais a detetar possíveis situações abusivas.

Dias, I., Ribeiro, C., S. & Magalhães, T. (2010) A construção social do abuso na infância. In: Magalhães, T. (Coord.), *Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao Diagnóstico* (pp.5-22). Edições Lidel.

Guy-Evans, O. (Novembro, 2020). Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory. *Simply Psychology*. <https://www.simplypsychology.org/Bronfenbrenner.html>

Kripka, R. M. L., Scheller, M., & de Lara Bonotto, D. (2015). La investigación documental sobre la investigación cualitativa: conceptos y caracterización. *Revista de Investigaciones UNAD*, 14(2), 55-73. <https://doi.org/10.22490/25391887.1455>

Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª ed). Sílabo.

**Palavras chave:** Abuso infantil; construção de um instrumento; desenvolvimento infantil.

## ICCA2022-45117 - Aprender com as crianças sobre o lugar que habitam: uma aproximação ao Bairro da Emboladoura, Guimarães, Portugal

Cidália F. Silva <sup>1</sup>, Gabriela Trevisan <sup>2</sup>, Mariana Carvalho <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Lab2PT & EAAD - Universidade do Minho

<sup>2</sup> ProChild CoLab

E se em vez de querermos ensinar as crianças, nos colocássemos na posição oposta, de aprender com elas? O reposicionamento das autoras, com formação académica nas áreas da Arquitetura, Urbanismo e Sociologia da Infância, na relação com “o outro”, a Criança, reconhece que Esta tem voz e saberes próprios. Estes saberes, quando partilhados, podem vislumbrar possibilidades futuras que nos escapam, nos nossos campos disciplinares tantas vezes ensimesmados por demasiados (pre)conceitos em relação ao “que é” e ao que “deve ser” o espaço habitado. Este artigo parte da investigação-ação interdisciplinar que as autoras têm concretizado, no contexto do ProChild CoLab, against Poverty and Social Exclusion. No caso específico, refere-se ao trabalho desenvolvido com as crianças do Bairro da Emboladoura, situado no limite oeste do concelho de Guimarães. Este processo de imersão num contexto social e territorial específico pretende explorar a relação de reciprocidade entre Criança e o seu Espaço do dia a dia (Haraway, 1991). “Aprender”, como? Através de três meios: a desenhar, a caminhar e a imaginar. Estas são as partes estruturantes deste artigo, e explicitam a metodologia dialógica (Morin 1990; Bakhtin [1930s] 1981) usada para dar voz às crianças do Bairro da Emboladoura. “Aprender, para quê? Para ver o que nós não vemos com o nosso véu de adultos, mas também para integrar o seu conhecimento sobre o lugar que habitam em cenários de transformação futura. Começamos por “desenhar” o meu bairro. Quais as representações mentais que as crianças guardam do bairro que habitam? Seguidamente, avançamos para “caminhar” e assim as crianças desvelaram-nos o seu bairro, num caminho por elas definido pela ação concreta de caminhar. Finalmente, “no imaginar” o meu bairro as crianças tiveram a oportunidade de nos ensinar qual é a sua posição crítica em relação aos espaços coletivos que habitam e o que vislumbram para a sua transformação espa(e)cial. Estes trabalhos procuram mobilizar uma conceção de participação das crianças nos seus mundos que ultrapassa meros processos de escuta para integrar processos de co-transformação dos seus espaços de vida. Assim, as ações situadas das crianças constroem-se quotidianamente, e em relação com diferentes gerações que influenciam a suas vidas (Fernandes & Trevisan, 2018).

Bakhtin, Mikhail. M., Emerson, Caryl and Holquist, Michael (1981). *The dialogic imagination four essays*. University of Texas Press, Slavic Series

Fernandes, N., Trevisan, G. (2018). *Cidadania ativa na infância: Roteiros metodológicos*. In F. Alberto & A. Picornell (Orgs.), *Experiencias mundiales de ciudadanía de la infancia e adolescência* (p. 212-139). Editora UFPB. ISBN 978-85-237-1332-4.

Haraway, Donna (1988). *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective*. *Feminist Studies*, Vol. 14, No. 3. (Autumn, 1988), pp. 575-599.

Morin, Edgar (1990). *Introduction à la pensée complexe*. ESF éditeur.



**Palavras chave:** Crianças, Espaço, Participação, Território.

## **ICCA2022-85134 - Síndrome de Munchausen por Procuração: a figura perpetradora e o seu comportamento preditor**

Elisabete Lopes <sup>1</sup>, Zélia Caçador Anastácio <sup>1</sup>

<sup>1</sup> CIEC, Instituto de Educação Universidade do Minho, Braga, Portugal

Síndrome de Munchausen por Procuração é uma tipologia de abuso infantil, embora rara, que se revela de extremo perigo para a criança. É também determinado como um transtorno mental, sendo por isso o/a portador/a da patologia que recebe o diagnóstico. Este/a é concomitantemente a figura perpetradora, sendo definida como narcisista, histérica e manipuladora, manifestando pseudologia fantástica, o que se coaduna com traços de outras psicopatologias. Embora no seu íntimo esta seja a sua realidade, o seu comportamento é revelador de demasiado cuidado e proteção para com a criança, na presença de outros, pois a motivação prende-se com a necessidade de ter atenção para si. O seu diagnóstico é de difícil trato em virtude das características inerentes à doença, da caracterização do perfil do perpetrador, mas também devido à falta de perceção pelo profissional de saúde, quer seja ao nível do diagnóstico precoce, quer ao nível da suspeita de abuso. A presente comunicação tem como objetivo caracterizar a figura perpetradora e o seu comportamento. Como metodologia procede-se de uma revisão narrativa da literatura disponível e da análise de alguns estudos de caso que revelam com exatidão o perfil desta conduta. Projeta-se que a definição clara, objetiva e criteriosa desperte atenção e curiosidade de outros académicos de forma a impulsionar a investigação, pois a literatura não é unânime quanto aos constructos que regem esta condição patológica. Por último, espera-se poder dar um contributo para que os profissionais de saúde sejam elucidados atempadamente sobre este comportamento e se mantenham alerta, desconfiando da amistosa manipulação do/a perpetrador/a.

Artingstall, K. (2017). *Munchausen by Proxy and Other Factitious Abuse: Practical and Forensic Investigative Techniques*. Taylor & Francis.

Libow, J. A., & Schreier, H. A. (1986). THREE FORMS OF FACTITIOUS ILLNESS IN CHILDREN: When Is It Munchausen Syndrome by Proxy? *American J. Orthopsychiatric Association, INC*, 56(4), 602–611. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1986.tb03493.x>

Nathanson, M. (2018). Münchausen syndrome By Proxy. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum (Eds.), *Child Abuse: Diagnostic and Forensic Considerations* (pp. 303–312). Springer. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-65882-7>

**Palavras chave:** figura perpetradora; modus operandi; perfil; síndrome de Munchausen por procuração.

### ICCA2022-10006 - Violência No Namoro Nos Jovens- Revisão Do Tema E Impacto De Um Webinar

Ana Torres Rebelo <sup>1</sup>, Sara Rodrigues <sup>1</sup>, Joana Mendes <sup>1</sup>, Francisca Guimarães <sup>1</sup>, Sara Araújo <sup>1</sup>,  
Inês Azevedo <sup>1</sup>, Benedita Bianchi de Aguiar <sup>2</sup>, Joana Monteiro <sup>2</sup>, Virgínia Monteiro <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Interna de Formação Específica de Pediatria no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga*

<sup>2</sup> *Assistente Hospitalar de Pediatria no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga*

A violência no namoro não é um fenómeno exclusivo de relações entre adultos sendo um problema presente nos relacionamentos entre os mais jovens. Define-se pela ocorrência de atos abusivos entre duas pessoas numa relação de proximidade e intimidade. De acordo com os dados estatísticos do Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro em Contexto Universitário, metade dos jovens já foram sujeitos/as a pelo menos um ato de violência no namoro, reforçando assim a importância desta problemática. Nos adolescentes é cada vez mais precoce a relação de namoro. O profissional de saúde quer seja pediatra ou médico de Medicina Geral e Familiar, pode desempenhar um papel de grande relevância ao detetar, numa fase inicial, os primeiros sinais que transparecem o impacto que uma relação abusiva pode ter para a vítima. Esses sinais manifestam-se das mais diversificadas formas, podendo existir um declínio no rendimento escolar, sentimentos de tristeza, medo ou baixa autoestima, dificuldades de concentração, distúrbios do sono ou lesões físicas para as quais o jovem não apresenta explicação... Identificados esses sinais, em primeiro lugar, é fundamental consciencializar os jovens a desenvolverem relações de intimidade saudáveis, a desconstruírem a legitimação de comportamentos abusivos e a estarem alerta para as múltiplas formas que a violência no namoro assume e que podem passar despercebidas. Além disso, é crucial informar sobre os recursos de apoio existentes. O Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco em conjunto com um grupo de internas do Serviço de Pediatria e Neonatologia desenvolveu no dia 14 de fevereiro, Dia de São Valentim, um Webinar sobre esta temática. A ação, dirigida a jovens e profissionais de diversas áreas, contou com uma elevada adesão, demonstrativa do interesse que provocou. Gostaríamos, desta forma, de apresentar uma revisão sobre o tema e partilhar um pouco desta experiência.

Rodrigues A, Beires A, Maia AM, et al. Estudo Nacional sobre Violência no Namoro 2020. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/339273894\\_Estudo\\_Nacional\\_sobre\\_Violencia\\_no\\_Namoro\\_2020](https://www.researchgate.net/publication/339273894_Estudo_Nacional_sobre_Violencia_no_Namoro_2020);

Associação Plano i (2020). Estudo nacional sobre a violência no namoro em contexto universitário: crenças e práticas – 2017/2020. Disponível em <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/Estudo-Nacional-VN-2017-2020.pdf>;

APAV. Manual Crianças e Jovens Vítimas de Violência.; 2011;

Ferreira M, Abreu AL, Neves S. Guião para a Prevenção da Violência no Namoro em Contexto Universitário;

Câmara Municipal de Cascais e CESIS – Centro de Estudos para a Intervenção Social. Kit pedagógico- Prevenção da violência nas relações de intimidade juvenil;

P J, Costa A. Amar-te e respeitar-te. Betweien. 2017;

<https://www.teensagainstabuse.org/>;

[https://apav.pt/apav\\_v3/index.php/pt/](https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/);

<https://www.amcv.org.pt/>;

<https://ilga-portugal.pt/>;

<https://www.cig.gov.pt/>.

**Palavras chave:** Violência no namoro; Adolescentes; Webinar.

## **ICCA2022-13734 - Anorexia Nervosa e vasoespasma periférico –a propósito de um caso clínico**

Ana Isabel Martins <sup>1</sup>, Rita Coutinho <sup>1</sup>, Joana Silva <sup>2</sup>, João Nascimento <sup>1</sup>, Paulo Fonseca <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup> Departamento de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A anorexia nervosa (AN) está associada a várias complicações médicas diretamente atribuídas à perda ponderal e desnutrição. Entre outras complicações cardiovasculares como bradicardia, hipotensão ou arritmias, a AN pode estar associado a vasculopatias periféricas como acrocianose, eritema pérmio ou síndrome de Raynaud, caracterizadas por desregulação entre vasoconstrição e vasodilatação periféricas. Em situações raras estão descritos casos de isquémia periférica grave. Adolescente do sexo feminino, 15 anos e 11 meses, com diagnóstico de anorexia nervosa há 7 meses, com amenorreia secundária, hipotálâmica funcional, de dois meses, observada no serviço de urgência por edema bilateral dos pés e parestesias do pé direito. Ao exame objetivo apresentava edema e rubor de ambos os pés, com lesões eritematosas sugestivas de eritema pérmio também bilaterais. Associadamente, o pé direito apresentava-se frio, com mobilidade digital e força preservadas, mas com ausência de pulsos distais (tibial posterior e pedioso). O ecodoppler arterial demonstrou um fluxo trifásico na artéria pediosa direita, compatível com o diagnóstico de isquémia aguda, por vasoespasma, do membro inferior. Iniciou terapêutica com heparina de baixo peso molecular (tinzaparina) e pentoxifilina, com melhoria marcada ao 5º dia de terapêutica, cumprindo terapêutica durante 14 e 7 dias, respetivamente. O estudo posterior do risco de trombofilia, da autoimunidade ou de vasculites, apenas identificou um défice parcial de fator VII. Foi excluída a infeção por SARS-CoV-2. A intercorrência descrita coincidiu com o agravamento do quadro de AN, com restrição importante de hidratos de carbono e agravamento da desnutrição, com perda ponderal total de 24% (IMC inicial de 27,44kg/m<sup>2</sup> (P85-97), aos 14 anos e 9 meses, e de 20,6kg/m<sup>2</sup> (P15-50) com 15 anos e 11 meses). As vasculopatias periféricas podem estar presentes em situações de AN, normalmente associadas à desnutrição. É apresentado um caso de vasoespasma grave, com isquémia aguda do membro inferior direito, numa adolescente com AN, sem outro fator causal conhecido, coincidindo com período de agravamento da sua restrição alimentar, o qual cursou com

boa resposta terapêutica. Apesar de desconhecido o mecanismo causal exato das vasculopatias na AN, é fundamental a intervenção precoce, de reabilitação nutricional desses indivíduos, para evitar essas complicações.

Sirifo, M. M., Ginaldi, L., & Martinis, M. De. (2021). Peripheral Vascular Abnormalities in Anorexia Nervosa : A Psycho-Neuro-Immune-Metabolic Connection.

Breuer, C., Fisch-Kohl, C., Kemper, M. J., Debus, E. S., & Atlihan, G. (2014). An anorexic girl with severe peripheral vasospasm. *Journal of Pediatrics*, 164(1), 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.08.049>

Comas JM, Archambeaud-Mouveroux F, Teissier MP, Huc MC, Laskar M. Acute ischemia of an arm manifesting Buerger's disease. Predisposing role of anorexia nervosa. *Rev Med Interne*. 1992 Sep-Oct;13(5):375-7. French. doi: 10.1016/s0248-8663(05)81204-4. PMID: 1344835.

Launay D, Queyrel V, Hatron PY, Michon-Pasturel U, Hachulla E, Devulder B. Digital necrosis in a patient with anorexia nervosa. Association of vasculopathy and radial artery injury. *Presse Med*. 2000 Nov 13;29(34):1850-2. French. PMID: 11709816.

Mehler, P. (2016). Anorexia nervosa in adults and adolescents: medical complications and their management. *UpToDate*, 1–21. Retrieved from [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

**Palavras chave:** anorexia nervosa; vasoespasmo; isquemia periférica.

## **ICCA2022-13782 - Síndrome de Mauriac - Complicação rara de um caso de diabetes mellitus tipo I**

Biana Moreira <sup>1</sup>, Teresa Brito <sup>1</sup>, Inês Fernandes <sup>1</sup>, Susana Parente <sup>1</sup>, Anaisa Afonso <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Setúbal*

**Introdução:**A Síndrome de Mauriac é uma complicação da diabetes mellitus tipo 1 com mau controlo metabólico caracterizada por hepatomegalia com elevação das transaminases, dislipidemia com hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, atraso do crescimento e do desenvolvimento pubertário. Trata-se de uma complicação rara desde que foram instituídos os esquemas de insulino terapia subcutânea intensiva. **Caso Clínico:**Apresentamos o caso de um adolescente do sexo masculino, de 14 anos de idade, com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) diagnosticada aos 2 anos de idade. Irmã de 8 anos com DM1 e doença celíaca. Mau controlo metabólico, sobretudo desde a entrada na adolescência, com múltiplos internamentos por cetoacidose diabética, por má adesão à terapêutica, com omissão de várias tomas de insulina, medicado com esquema intensivo de insulina com análogos de ação rápida e lenta, num total de aproximadamente 1,3 U/Kg/dia. Na última consulta de diabetes foi objetivada hepatomegalia, baixa estatura, com diminuição marcada da velocidade de crescimento (2 cm/ano) e atraso do crescimento, com cruzamento de percentis, encontrando-se a estatura <P3. A referir ainda atraso pubertário, encontrando-se no estadio G1P1 de Tanner. Analiticamente HbA1c de 11%, elevação das transaminases e hipertrigliceridemia. Os valores de gonadotrofinas, testosterona total e IGF-1 encontravam-se abaixo dos valores de referência. Perante o diagnóstico de Síndrome de Mauriac decidiu-se internamento com um mês de duração e

para adequado controlo metabólico. Durante o internamento cumpriu esquema de insulina prescrito, com HbA1c 7% à data da alta, normalização das gonadotrofinas, enzimas hepáticas e subida de IGF-1. Registou-se ainda crescimento de 2 cm nos 3 meses após o internamento. Discussão:O Síndrome de Mauriac é uma complicação rara da DM1 e deve ser considerado em doentes com mau controlo metabólico, hepatomegalia, atraso do crescimento estatura-ponderal e pubertário. O seu reconhecimento atempado é muito importante, dada a reversibilidade do quadro clínico com controlo metabólico adequado.

1. Schmetz AV, Dekker-Maas MH, den Breejen MP, Sas TC. Het syndroom van Mauriac: een zeldzame complicatie van diabetes mellitus type 1 [Mauriac syndrome--a rare complication of type 1 diabetes mellitus]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2012;156(28):A4678
2. Gillani S, Iqbal A, Kazmi NHS. Severe Growth Failure and Poorly Controlled Type 1 Diabetes Mellitus in a 7-Year-Old Girl: Mauriac Syndrome. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2019 Jun;29(6):590-591
3. Kim MS, Quintos JB. Mauriac syndrome: growth failure and type 1 diabetes mellitus. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2008 Aug;5 Suppl 4:989-93

**Palavras chave:** Síndrome de Mauriac, mau controlo metabólico, diabetes mellitus tipo 1.

## **ICCA2022-16957 - Pandemia e maus tratos infantis: “gato escondido com o rabo de fora?”**

Margarida Almendra, Rute Santos <sup>1</sup>, Diana Amaral <sup>1</sup>, Paula Silva <sup>1</sup>, Clara Oliveira <sup>1</sup>, Sátya Sousa <sup>1</sup>, Leonor Sassetti <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco - Hospital Dona Estefânia Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central*

**Introdução:** Logo nos primeiros meses da pandemia COVID-19 as entidades ligadas à infância e juventude alertaram para a possibilidade de se poder verificar um aumento dos maus tratos infantis, não só devido às condições do confinamento, como à saída de cena de atores no terreno que, tipicamente monitorizam o bem-estar das crianças, como a escola e os serviços de saúde. **Objetivos:** Analisar e comparar a tipologia de referências ao Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) de um hospital terciário entre Janeiro de 2019 e o 1º semestre de 2021. **Métodos:** Análise retrospectiva das fichas de notificação da base de dados do NHACJR. **Resultados:** Em 2019 foram realizadas 232 sinalizações ao NHACJR com tendência crescente nos últimos meses do ano. Apesar de, no total do ano 2020 (n=188), se ter verificado uma diminuição de 19% de sinalizações face ao ano anterior, nos meses pré-pandemia (Janeiro-Fevereiro 2020, n=42) assistiu-se a um crescimento de sinalizações de 133% em relação ao mesmo período do ano anterior. Durante o 1º confinamento (Março-Abril 2020, n=21) registou-se um decréscimo de 30% do número de sinalizações, comparativamente ao mesmo período do ano anterior (n=30); no entanto, verificou-se um incremento das notificações de abuso emocional (n=8 vs n=5). A tendência de diminuição de sinalizações em relação a 2019, manteve-se ao longo do ano com uma média de 16

sinalizações por mês. O primeiro semestre de 2021 (n=148) foi marcado por um acentuado aumento de sinalizações (60%) face ao mesmo período do ano anterior (n=92). Com o novo confinamento, de Janeiro a Abril, assistiu-se a um aumento progressivo de toda a tipologia de sinalizações, culminando no último mês de confinamento, no qual foram registados o máximo de sinalizações (n=37), refletindo um aumento de 184% em comparação ao mesmo mês do ano anterior, também em confinamento. Verificou-se, sobretudo, um aumento de casos de negligência (n=15), de violência física (n=10) e de abuso sexual (n=7) e uma diminuição de abuso emocional (n=5), em relação ao ano anterior. Conclusão: A pandemia COVID-19 contribuiu com condições sociais para a criação de uma tempestade perfeita no que respeita a maus tratos-infantis. As crianças e jovens, ao se encontrarem cada vez mais isolados e com menos adultos disponíveis para vigiar e notificar situações de risco, tornaram-se as vítimas ocultas desta pandemia. Consideramos que a diminuição do número de sinalizações em 2020 é devida à subdeclaração e subutilização dos serviços médicos e sociais, o que reforça a importância da vigilância, identificação e, sobretudo, da prevenção. As inovações tecnológicas, de conteúdo confidencial e adaptadas a crianças, que envolvem questionários sobre a exposição familiar quando recorrem a ambientes clínicos (hospital, cuidados de saúde primários/domiciliários), podem ser cruciais para conhecer a realidade desta ponta de iceberg da experiência COVID-19 na saúde infantil.

1. Relatório de análise estatística da atividade NHACJR do HDE 2020
2. Gama A. et al. Domestic violence during the COVID-19 Pandemic in Portugal, 2020, 32-40.
3. Rodriguez C, et al. The Perfect Storm: Hidden Risk of Child Maltreatment During the Covid-19 Pandemic. Child Maltreatment 2021, Vol. 26(2) 139-151.
4. Wall, M.A., Child Abuse & Neglect (2018), <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.007>

**Palavras chave:** maus tratos, confinamento, pandemia COVID-19, prevenção.

## **ICCA2022-16970 - A forgotten form of non-insulin dependent diabetes**

Teresa Brito <sup>1</sup>, Biana Moreira <sup>1</sup>, Ines Ferreira <sup>1</sup>, Anaísa Afonso <sup>1</sup>, Susana Parente <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

Maturity-onset diabetes of the young (MODY) is a monogenic form of diabetes mellitus characterized by autosomal dominant inheritance, which usually presents in adolescence or young adulthood. Mutations in the HNF-1 $\alpha$  gene represent a common cause of MODY. We present a case of a 3 year old boy who presented with polyuria, polydipsia and occasional fasting hyperglycemia. On examination, his height and weight were above the 50th Centile, with a body mass index (BMI) of 17.65 kg/m<sup>2</sup> and there was no history of weight loss. He had negative ketones in blood sample, normal blood gases, A1C 5.3%, C-peptide 4.5 ng/ml and negative islet cell (ICA), glutamic acid decarboxylase (GAD) and insulin (IAA) autoantibodies. Several members of his family were affected with diabetes, including his teenage sister who had been diagnosed with type 2 diabetes and was being treated with metformin 1000mg/day. The lack of significant obesity and acanthosis nigricans and the evidence of normal cholesterol and triglyceride levels, raised the suspicion of incorrect

diagnosis. The genetic testing by PCR/ direct sequencing was performed and revealed heterozygosity for a frameshift mutation c.1533G>A, p (Gln511=), confirming the genetic defect of HNF-1 $\alpha$  gene (MODY 3) in the mother and siblings. With the current diabetes epidemic in children, awareness of MODY as a familial cause of diabetes is a key to the diagnosis.

[https://www.uptodate.com/contents/classification-of-diabetes-mellitus-and-genetic-diabetic-syndromes?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/classification-of-diabetes-mellitus-and-genetic-diabetic-syndromes?source=history_widget)

[https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ENDO%2F83071&source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ENDO%2F83071&source=history_widget)

[https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ENDO%2F83072&source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ENDO%2F83072&source=history_widget)

**Palavras chave:** Diabetes; MODY.

## **ICCA2022-18525 - Impacto do 1º confinamento causado pela pandemia COVID-19 na população pediátrica**

Inês Gameiro <sup>1</sup>, Catarina Pinto Silva <sup>1</sup>, Ana Isabel Viegas <sup>2</sup>, Natália Guerreiro <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Departamento de Pediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

<sup>2</sup> *Unidade de Saúde Familiar Coimbra Celas, ARS Centro*

<sup>3</sup> *Unidade de Saúde Familiar Briosa, Centro de Saúde Norton de Matos, ARS Centro*

**Introdução** O confinamento obrigatório foi uma das medidas de distanciamento social aplicadas face à pandemia COVID-19. Esta medida, nunca antes experienciada pela população pediátrica, levou a mudança de hábitos, com impacto na saúde das crianças/adolescentes. **Objetivo:** caracterizar o efeito do confinamento no peso, atividade física, alimentação, qualidade de sono e tempo de ecrã em crianças/adolescentes de uma Unidade Saúde Familiar. **Métodos** Estudo retrospectivo, descritivo e analítico, através da consulta dos processos clínicos das crianças e adolescentes observadas em consulta de Saúde Infantil (CSI) nos três meses após a reabertura do pré-escolar (18 de Maio a 18 de Agosto 2020) nas crianças com  $\leq 6$  anos; e após o fim do ano letivo escolar (26 de Junho a 26 de Setembro de 2020) nas crianças/adolescentes dos 7-17 anos. Os dados antropométricos obtidos na CSI desse período foram comparados com os da CSI prévia. Análise estatística em SPSS24®,  $\alpha=0,05$ . **Resultados** Identificaram-se 95 crianças/adolescentes, 67% do sexo feminino, com idade mediana de 7,6 anos (4,24-9,77). Destas, 36,8% frequentavam o pré-escolar, 32,6% o 1º ciclo, 12,6% o 2º ciclo, 11,6% o 3º ciclo e 6,3% o ensino secundário. Previamente ao confinamento e de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), 1,1% apresentava magreza, 75,8% peso adequado, 14,7% excesso de peso (EP) e 8,4% obesidade. Após este período, 2,1% tinha magreza, 69,5% peso adequado, 15,8% EP e 12,1% obesidade. A mediana de percentil aumentou de 47,7 (25,6-83,1) para 57,7 (32,9-87,2) e a média do Z-score do IMC de 0,15 (SD 1,09) para 0,33 (SD 1,29). O aumento médio do Z-score do IMC do período pré para pós-confinamento foi de 0,18 ( $p=0,038$ ) e maior no sexo feminino. O maior aumento ocorreu no grupo do pré-escolar (+0,32) e verificou-se uma diminuição do Z-score médio no grupo do 3º ciclo (-0,25). Em particular, 7 crianças/adolescentes diminuíram de categoria de IMC (1 para EP, 5 para peso adequado e 1 para magreza) e 15

aumentaram (10 passaram para EP e 5 para obesidade). Cerca de 33% das crianças/adolescentes cometeu erros alimentares durante o período de confinamento e 10% apresentou alterações do sono. 60% praticava atividade física antes do confinamento, em que destes 68% suspendeu. O tempo de ecrã excessivo ocorreu, pelo menos, em 28% das crianças/adolescentes. Discussão Nesta amostra é possível verificar que houve um agravamento do EP e da obesidade durante o período de confinamento, sobretudo nas crianças de idade pré-escolar. A suspensão de atividade física que ocorreu na maioria das crianças/adolescentes, provavelmente contribuiu para estes resultados. Contudo, para tirar melhores ilações seria necessário aumentar o tamanho da amostra. Assim, devem ser identificados os fatores que contribuíram para este fenómeno e desenvolvidas estratégias que permitam reduzir o impacto negativo do confinamento.

- Al Hourani H, Alkhatib B, Abdullah M. Impact of COVID-19 Lockdown on Body Weight, Eating Habits, and Physical Activity of Jordanian Children and Adolescents [published online ahead of print, 2021 Feb 16]. *Disaster Med Public Health Prep.* 2021;1-9. doi:10.1017/dmp.2021.48
- Chang TH, Chen YC, Chen WY, et al. Weight Gain Associated with COVID-19 Lockdown in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 2021;13(10):3668. Published 2021 Oct 19. doi:10.3390/nu13103668
- Vinker-Shuster M, Grossman ES, Yeshayahu Y. Increased Weight Gain of Children during the COVID-19 Lockdown. *Isr Med Assoc J.* 2021;23(4):219-222.
- Androustos O, Perperidi M, Georgiou C, Chouliaras G. Lifestyle Changes and Determinants of Children's and Adolescents' Body Weight Increase during the First COVID-19 Lockdown in Greece: The COV-EAT Study. *Nutrients.* 2021;13(3):930. Published 2021 Mar 13. doi:10.3390/nu13030930
- Dellagiulia A, Lionetti F, Fasolo M, Verderame C, Sperati A, Alessandri G. Early impact of COVID-19 lockdown on children's sleep: a 4-week longitudinal study. *J Clin Sleep Med.* 2020;16(9):1639-1640. doi:10.5664/jcsm.8648

**Palavras chave:** COVID-19, confinamento, excesso de peso; obesidade.

## **ICCA2022-20297 - Anogenital warts in children always means sexual abuse? – a case report**

Mariana Moura Meneses <sup>1</sup>, Maria Dias <sup>1</sup>, Sílvia Costa <sup>1</sup>, Sara Peixoto <sup>1</sup>, Maria José Costa <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano*

Introduction: Anogenital warts (AW) or condylomata acuminata (CA) are manifestations of human papillomavirus (HPV) infection. In children, there are several possible modes of transmission, nevertheless, the observation of AW should trigger an evaluation for sexual abuse. Case report: The patient is a previously healthy 8-year-old female, who presented to Hospital Pedro Hispano with multiple anogenital lesions of two years' duration that were causing pain and discomfort. The examination showed brown soft moist papules with a "cauliflower appearance" and she was referred to dermatology with further diagnostic of CA. Facing the HPV positivity, the institute of forensic



medicine was notified to rule out any possibility of sexual abuse. The child lived with her mother and there was no evidence or history of sexual abuse. Discussion: Sexual abuse has been considered the main mode of transmission and some authors consider that the mere presence of condyloma in children may be an indication that there is sexual abuse. However, most studies argue that HPV infection does not necessarily result from sexual contact and that other forms of contamination must be considered. Epidemiologic data on CA in children is limited and the prevalence of this condition is unknown. About the clinical course, little data are available on the natural history of CA but there is evidence that many infections resolve spontaneously within a few years, therefore, treatment is not required for most children with asymptomatic lesions. In addition, warts that persist for more than two years may require treatment and in these cases, the ability of the child to tolerate treatment strongly influences treatment selection. Conclusion: The association between the studies found and the presented case showed that although the HPV virus is strongly connected to the horizontal transmission by direct sexual contact, other modes of contamination are being studied and there should be caution in interpreting the implications of AW. Knowledge about the natural history of HPV infection, as well as factors related to sexual abuse of children, are necessary for the proper management of these cases, in order to minimize the psychological impact of this entity.

1. Mamas IN, Sourvinos G, Spandidos DA. Human papilloma virus (HPV) infection in children and adolescents. *Eur J Pediatr.* 2009;168(3):267-273.
2. Cao CD, Merjanian L, Pierre J, Balica A. A Discussion of High-Risk HPV in a 6-Year-Old Female Survivor of Child Sexual Abuse. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2017;2017:1-4.
3. Syrjänen S. Current concepts on human papillomavirus infections in children. *Apmis.* 2010;118(6-7):494-509.
4. Rock B, Naghashfar Z, Barnett N, Buscema J, Woodruff JD, Shah K. Genital Tract Papillomavirus Infection in Children. *Arch Dermatol.* 1986;122(10):1129-1132.
5. Unger ER, Fajman NN, Maloney EM, et al. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: A multicenter study. *Pediatrics.* 2011;128(3).
6. Benjamin L. Codilomata accuminata (anogenital warts) in children. *UptoDate.* Consulted in November 2021
7. Boudoux SQSB, Jesus RVS, Sarno M, Passos I and Britto RL. Urethral Condylomains Five-Year-Old Child: A Case Report. *Austin Gynecol Case Rep.* 2016; 1(1): 1003.

**Palavras chave:** Anogenital warts ; sexual abuse ; children ; HPV infection.

## ICCA2022-20688 - A Importância Da Intervenção Nos Irmãos Das Crianças Vítimas De Mau Trato

Miguel Lucas <sup>1</sup>, Anabela Fazendeiro <sup>1</sup>, Patrícia Lourenço <sup>1</sup>, Filomena Freitas <sup>1</sup>, Marta Machado <sup>1</sup>,  
Beatriz Maia Vale <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*

A identificação de fatores de risco de mau trato (MT), nomeadamente história de MT pessoal e familiar, deve fazer parte integrante das consultas de vigilância de saúde infantil. De seguida, descrevem-se dois casos que reforçam a importância desta avaliação. Primeiro caso: Adolescente de 12 anos observada no serviço de urgência pediátrica por dor abdominal hipogástrica com 6 horas de evolução. Apresentava massa indolor palpável da sínfise púbica à região periumbilical. Negava vida sexual ativa, referia última menstruação há menos de um mês e ciclos regulares. Realizado teste imunológico para gravidez com resultado positivo. A sós com a adolescente, esta revelou ser vítima de abuso sexual pelo padrasto desde os 6 anos. Nunca teria verbalizado por dependência económica materno do padrasto. Foi realizada sinalização ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), queixa-crime à Polícia Judiciária e articulação com o Serviço de Obstetrícia. Ecografia com 20 semanas de idade gestacional. Foi avaliada por Psicologia e foi realizada interrupção médica da gravidez em articulação com a Medicina Legal. O padrasto foi detido. Segundo caso: Adolescente de 12 anos referenciado a Consulta de Pediatria hospitalar pela médica assistente por suspeita de MT físico. Foi avaliado em Consulta de Pediatria do NHACJR. Apresentava várias lesões cutâneas em diferentes localizações e estádios - na superfície anterior e posterior dos 2 antebraços e na região abdominal em fase cicatricial compatíveis com queimadura. Predomínio de lesões no braço direito e abdómen. Sem lesões em localizações posteriores, face, região cervical ou membros inferiores. As lesões eram figuradas, de limites paralelos, com 2cm de largura, o limite superior com escoriação e uma com bordo externo arredondado. Apresentava também lesões cicatriciais mais antigas na superfície anterior do antebraço direito, lineares, de pequenas dimensões. De referir que o adolescente era esquerdino. Havia antecedentes pessoais de MT: aos dois anos foi raptado pelo pai, tendo ficando com este até aos 9 anos, altura em que a responsabilidade parental passou para a mãe, por negligência e MT físico paternos. No seu percurso de vida o adolescente não teve qualquer figura de referência. Pelos achados no exame objetivo, e após entrevista com o adolescente, revelou que as lesões eram fruto de comportamento autolesivo com faca que aquecia no fogão. Realizada articulação com os cuidados de saúde primários para orientação em consultas de Psicologia. O segundo caso descrito foi sinalizado ao NHACJR sete meses após o primeiro. Os adolescentes cujos casos descrevemos são irmãos, pertencentes a uma família oriunda do Brasil, recém-chegada a Portugal, reconstituída, numa situação de fragilidade económica, sendo o padrasto responsável pela maior parte do rendimento monetário, composta pela mãe e seus 2 filhos, seu companheiro (padrasto), um filho deste (com 21 anos) e sua companheira. O rastreio sistemático de fatores de risco de MT permite a implementação de cuidados antecipatórios na família e a identificação mais precoce de situações de MT, de forma a ativar os mecanismos necessários para a proteção da criança e a minorar consequências que essas experiências adversas causem no crescimento e desenvolvimento psicossocial.

**Palavras chave:** mau trato, risco, intervenção nos irmãos.

## ICCA2022-28606 - Doentes Asmáticos E Pandemia Covid-19

Beatriz Simões Vala <sup>1</sup>, Maria Manuel Zarcos <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar de Leiria

**Introdução:** O vírus SARS-CoV-2, como outros agentes virais, pode ser um desencadeante de crises de asma nas crianças e jovens. A COVID-19 pode ter uma evolução menos favorável neste grupo de doentes. Pretendemos perceber o impacto da pandemia COVID-19 nos doentes asmáticos durante o primeiro confinamento. **Métodos:** Estudo descritivo com recurso a um questionário realizado telefonicamente aos pais de crianças e adolescentes seguidos em consulta de Pediatria Pneumologia, durante maio de 2020. Análise estatística com SPSS® 22. **Resultados:** Obtivemos 40 respostas de doentes com seguimento em consulta há 36,5±42,75 meses. Eram do sexo masculino 73% dos utentes com uma mediana de idade 8,5±6,75 anos. Dos inquiridos referiam que alguém saía de casa diariamente 85% (97% por motivos profissionais). Apenas 58% das crianças tinha saído de casa desde o início da pandemia, 46% para brincar na rua. De todas, 63% reportaram ter usado máscara. Referiam não ter medo de sair de casa 81% das crianças. Dos 32 utentes com profilaxia prescrita, 27% suspendeu-a durante o primeiro confinamento; 67% por estar em casa e 22% por indicação médica. Apenas 3 crianças referiram sintomas de agudização e todas resolveram o episódio no domicílio, sem necessidade de recorrer aos cuidados de saúde. Tinham preocupação acrescida com a pandemia pela existência de asma 36% dos pais. Foram ainda questionados relativamente ao ensino a distância em que 90% teve apoio da escola e, dos que não tiveram, 75% frequentava a pré-escola. Globalmente, 72% estava adaptado a este tipo de ensino. **Discussão:** O impacto da COVID-19 em doentes pediátricos com asma está ainda em estudo, mas alguns estudos mostram melhoria do controlo da asma desde o início da pandemia. Neste trabalho, realizado durante o primeiro confinamento, a maioria das crianças tinha a doença controlada, e as poucas exacerbações reportadas foram ligeiras. Quase um terço suspendeu a profilaxia prescrita, a maioria por iniciativa própria por estar em confinamento no domicílio. Ainda salientar que menos de metade dos pais revelaram preocupação acrescida pela criança/adolescente ter asma e poder contrair COVID-19, apesar do desconhecimento científico do impacto da infeção em doentes com asma. É ainda importante ressaltar que, no período avaliado, a maioria da população estudada tinha apoio da escola e estava bem-adaptado ao ensino a distância.

•Abrams E, Sinha I, Fernandes R, Hawcutt D. Pediatric asthma and COVID-19: The known, the unknown, and the controversial. *Pediatric Pulmonology*. 55(12), pp.3573-3578. Dez 2020

•Asthma UK. Should I wear a face mask or face covering? Disponível online em <https://www.asthma.org.uk/advice/triggers/coronavirus-covid-19/what-should-people-with-asthma-do-now/should-i-wear-a-face-mask-or-face-covering/>. Jul 2020

- Sebastian L. Johnston. Asthma and Covid-19: is asthma a risk factor for severe outcomes? *Allergy*. 75(7):1543-1545. Jul 2020
- Shuang Liu, Yuxiang Zhi, Sun Ying. COVID-19 and Asthma: Reflection During the Pandemic. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*. 59, 78-88. Mai 2020
- SPAIC. Grupo de interesse de asma da SPAIC – Perguntas e respostas sobre a relação entre asma e COVID-19. Disponível online em <https://www.spaic.pt/publicacoes-folhetos?id=59>. Mar 2020
- Yang Z, Wang X, Wan X, Wang M, Qiu Z, Chen J et al. Pediatric asthma control during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Pulmonol* [online]. Doi: 10.1002/ppul.25736

**Palavras chave:** asma; confinamento; COVID-19; pediatria.

## **ICCA2022-28897 - PORQUE TRANSFERIMOS OS NOSSOS RECÉM-NASCIDOS?**

### **5 anos de transferências inter-hospitalares**

Diana Henriques da Silva <sup>1</sup>, Inês Fernandes <sup>1</sup>, Ana Foles <sup>1</sup>, Inês Ferreira <sup>1</sup>, Inês Oliveira <sup>1</sup>, Sofia Peças <sup>1</sup>, Marta Póvoas <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.*

**Introdução e objetivos:** Os hospitais do SNS estão integrados numa Rede de Referência Perinatal que abrange Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD). Esta rede garante a complementaridade na prestação de cuidados aos recém-nascidos (RN). Com este estudo pretendemos caracterizar as transferências inter-hospitalares do Berçário e da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) de um HAP. **Métodos:** Estudo retrospectivo e observacional descritivo dos RN admitidos no Berçário e na UCEN entre 01/01/2016 e 31/12/2020, cujo destino na alta foi a transferência para outro hospital. **Resultados:** Neste período ocorreram 61 transferências de RN correspondendo, em média, a 12 transferências/ano e a 0.6% dos RN internados. A maioria dos RN era pré-termo (57.6%; n=34), com idade gestacional mediana de 35 semanas; 41.2% apresentavam baixo peso ao nascer (n= 14), 41.2% muito baixo peso (n=14) e 14.7% extremo baixo peso (n=5). A maioria das transferências ocorreu no 1º dia de vida (52.5%, n=31). A patologia médica foi a mais comum (65.6%, n=40). À data da transferência, os diagnósticos mais frequentes foram a síndrome de dificuldade respiratória do RN (26.2%, n=16), sépsis precoce (9.8%, n=6) e asfixia neonatal (8.2%, n=5). A maioria dos RN foi transferida por agravamento clínico com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (73.8%, n=45). Destes, 77.8% (n=35) tinham insuficiência respiratória com necessidade de ventilação invasiva. 27.9% (n=17) foram transferidos por necessidade de avaliação por outras subespecialidades, destacando-se: Neurocirurgia (9.8%; n=6), Cardiologia Pediátrica (8.2%; n=5) e Cirurgia Pediátrica (6.6%; n=4). Em 57.3% (n=35) das transferências houve retorno ao hospital de origem para continuação de cuidados. Em 2020, verificou-se um aumento das transferências relativamente aos anos anteriores (média de 0,5%/ano vs 1.2% em 2020), sem aparente relação com infeção SARS-CoV 2 (apenas um RN tinha mãe COVID positiva à data do parto). **Conclusão:** O baixo número de transferências inter-hospitalares no período estudado demonstra que a UCEN tem capacidade de resposta para a maioria das situações que motivam os internamentos nesta unidade. As transferências constituem uma forma

ultrapassar as limitações inerentes a um hospital de nível II, em particular, a indisponibilidade de meios técnicos e de algumas subespecialidades.

. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Consenso Clínico “Transporte Neonatal”. 2018.

. Nascer prematuro – Um manual para os pais dos bebés prematuros”, Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2007.

**Palavras chave:** Recém-nascidos; Transferências inter-hospitalares; Cuidados neonatais; Insuficiência respiratória.

## **ICCA2022-29068 - Lost In The Network - Problematic Internet Use In Adolescents**

Ana Castelbranco Silva <sup>1</sup>, Francisco Ruas <sup>2</sup>, Joana Magalhães <sup>2</sup>, Joaquina Antunes <sup>2</sup>, Patrícia Monteiro <sup>3</sup>, Elisabete Santos <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Almada, Portugal*

<sup>2</sup> *Unidade de Medicina do Adolescente, Serviço de Pediatria, Hospital de São Teotónio, Viseu, Portugal*

<sup>3</sup> *CLICK - Departamento de Prevenção Selectiva e Indicada, Centro de Respostas Integradas, Viseu, Portugal*

Problematic internet use (PIU) is an emerging disorder that refers to a behavioural non-substance addiction and may include risky, excessive, or impulsive internet use, leading to social, emotional, or functional impairment. Symptoms are similar to substance-related addictions, including tolerance, compulsive use, and withdrawal. The condition is associated with mood and behavioural problems. We performed a retrospective review of the electronic medical records of the adolescents admitted to our Adolescent Unit that were referred to CLICK, a specialized department for prevention inserted in the public service for dependence and addictive behaviours. Between January 2015 and November 2021, 34 adolescents were referred to CLICK, nine for non-substance addiction. Out of these, four had a diagnosis of PIU, all diagnosed from 2019 on. The remainder had internet-gaming disorder and were excluded from this review. The patients diagnosed with PIU were 12, 13, 14 and 17 years-old and two were male. All four patients were initially admitted to the emergency service for agitation and aggressive behaviour that was later found to be related to withdrawal. Three patients required inpatient treatment and was only during this time that PIU was diagnosed. One patient had previous diagnoses of autism spectrum disorder and attention deficit and hyperactivity disorder, and one patient had a previous diagnosis of intellectual disability. All patients' families revealed recent onset behavioural issues, including aggressiveness, opposition, anxiety, and depressive symptoms. Three patients disclosed associated insomnia symptoms and one patient showed declining school performance and social isolation. Three patients mostly used the internet for social networking. Two patients engaged in risky activities, one using pornography websites and other scheduling encounters with adult men she met online. The diagnosis of PIU should be considered in adolescents presenting

with recent onset behavioural issues, declining school performance and social isolation. The condition may be underdiagnosed since the clinical features at presentation are nonspecific and because it is a novel diagnosis. It is fundamental to identify PIU as soon as possible in adolescence. Addictive behaviours acquired during this developmental period are likely to continue into adulthood and some adolescents might engage in unsafe online activities. The approach to this kind of addiction is not like other addictions since total abstinence cannot be the aim of treatment. Internet is a vital tool to function in today's world, therefore health professionals must develop strategies to help children and adolescents use it adequately and safely.

- Anderson EL, Steen E, Stavropoulos V. Internet use and Problematic Internet Use: a systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *International Journal of Adolescence and Youth* 2017; 22:4, 430-454.
- Castillo JAG. Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales. *Health and Addictions* 2013. Vol 13, No.1, 5-14.
- D'Angelo J, Moreno MA. Screening for Problematic Internet Use. *Pediatrics* 2020;145;S181.
- Kuss DJ, Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World J Psychiatry*. 2016 Mar 22;6(1):143-76.
- Mascaraque PS, Fernández-Natal C. Adicción a nuevas tecnologías: Internet, videojuegos y smartphones - Revisión y estado del arte. *Adolescere* 2020; VIII (2): 10-17.
- Moreno MA, Eickhoff J, Zhao Q, Young HN, Cox ED. Problematic Internet Use: A longitudinal study evaluating prevalence and predictors. *J Pediatr X*. 2019 Spring;1:100006.
- Restrepo A et al. Problematic internet use in children and adolescents: associations with psychiatric disorders and impairment. *BMC Psychiatry*. 2020 May 27;20(1):252.

**Palavras chave:** adolescence, problematic internet use, non-substance addiction.

## **ICCA2022-32479 - Interrupção voluntária da gravidez em adolescentes: a importância do contexto**

Maria Inês Neto <sup>1</sup>, Rita Vilar Queirós <sup>1</sup>, Maria João Campante <sup>1</sup>, Isis Sacramento Monteiro <sup>1</sup>,  
Susana Correia <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E, Barreiro, Portugal*

**Introdução:** Em Portugal tem-se verificado um decréscimo do número de interrupções voluntárias da gravidez (IVG). Ainda assim, em 2018, 9% das IVG foram realizadas por jovens com menos de 19 anos. Sabe-se também que fatores económicos, sociais ou de saúde mental podem ter influência na prevalência de IVG. **Objetivo:** Neste estudo pretendeu-se caracterizar a população de jovens que realizou IVG num Hospital de grupo I em termos de comorbilidades psicológicas, risco social, recorrência de IVG e abandono da consulta de seguimento. **Metodologia:** Estudo retrospectivo descritivo que incluiu jovens com idade inferior a 19 anos que realizaram IVG entre janeiro de 2018 e junho de 2021, analisando a recorrência de IVG, abandono da consulta de seguimento, risco social e existência de comorbilidades psicológicas, relacionando as variáveis entre si. Definiu-se risco social

como necessidade de intervenção externa ou apoio à família, institucionalização, abuso sexual ou presença de condições adversas dos progenitores (dependências, encarceramento). Resultados: No período estudado foram realizadas 86 IVG em 79 adolescentes com idade entre os 13 e os 18 anos. Destas, 12,6% (10) tinham realizado uma IVG previamente, 2,5% (2) tinham filhos e 27,8% (23) faltaram à consulta de seguimento, ficando sem encaminhamento pós interrupção. Em termos de fatores de risco, 36,7% (29) tinham comorbilidade psicológica identificada, 30,4% (24) tinham seguimento em consulta de especialidade, e 19% (15) tinham risco social. Dentro das adolescentes com patologia psicológica 13,8% (4) tinham feito uma IVG previamente e 24,1% (7) tinham ficado sem encaminhamento. Nas jovens com risco social, 6% (1) tinham realizado IVG prévia e 20% (3) abandonaram a consulta de seguimento. Discussão: Apesar dos esforços envidados na diminuição de gravidezes indesejadas e IVG, continua a existir uma taxa de recorrência não desprezível, com uma taxa considerável de adolescentes a rejeitar acompanhamento. Embora se tenha verificado que as adolescentes com comorbilidade psicológica apresentam uma taxa ligeiramente superior de recorrência de IVG em relação ao total das jovens, isto não se verifica ao nível da perda de seguimento, nem se observa nas jovens que apresentam risco social. Assim, apesar de ser importante ter em conta o contexto social e os fatores de vulnerabilidade particulares de cada adolescente, parece ser fundamental reforçar cuidados de saúde reprodutiva e sexual adequados e assegurar o seguimento de todas as jovens, independentemente do seu enquadramento.

- Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep; 8(9):e1152-e1161.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez 2018. Lisboa: DGS; 2019.
- Ditzhuijzen JV, Have MT, Graaf R, Nijnatten CH, Vollebergh WA. Abortion and the risk of mental disorders. *Tijdschr Psychiatr*. 2018 Aug; 60(8):527-535.
- Heikinheimo O, Pohjoranta E, Toffol E, Suhonen S, Partonen T. Induced abortion and mental health. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 Mar; 96(3):383-383.

**Palavras chave:** aborto; adolescente.

## **ICCA2022-32646 - A Intervenção articulada e centrada na família: um caso de sucesso**

Helena Marques da Silva <sup>1</sup>, Edgar Mesquita <sup>2</sup>, Sara L. A. Figueiredo Teles Lopes <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Interna de Formação Específica de Pediatria, Serviço de Pediatria, CHMA*

<sup>2</sup> *Psicólogo da ELI Santo Tirso Trofa, SNIPI*

<sup>3</sup> *Assistente Graduada de Pediatria, Consulta de Desenvolvimento UST, CHMA; Coordenadora da ELI Santo Tirso/ Trofa, SNIPI*

**Introdução:** A Pediatria Social considera a criança, saudável ou doente, durante todo o período de crescimento, desde a concepção até ao final da adolescência, no contexto do meio a que pertence e dos círculos em que se desenvolve. Os fatores de risco social assumem uma enorme importância no desenvolvimento infantil, podem comprometer as potencialidades do indivíduo e a qualidade de vida na idade adulta. A identificação dos fatores de risco biológico e ambiental, que são cruciais no desenvolvimento, é fundamental, assim como a correta orientação e o adequado seguimento. O risco social é dinâmico, exigindo uma avaliação contínua que torna esta área complexa e desafiante. Desde o início da era moderna verifica-se um sentimento generalizado de impotência na prevenção e resolução de todas as situações de risco social, com minimização desse risco no imediato e a sua redução ou eliminação numa fase posterior. A família de acolhimento é uma das medidas de promoção e proteção, habitualmente de caráter provisório. **Descrição do caso:** Adolescente atualmente de 11 anos de idade, género masculino, referenciado aos 5,5 anos de idade à Consulta de Desenvolvimento por atraso global. Realizou estudo e foi diagnosticado com Síndrome XYY. Foi referenciado para o SNIPI e foi elegível pelo atraso do desenvolvimento e tinha ainda fatores de risco parentais, álcool e negligência de cuidados básicos (higiene e educação) e contextuais como pobreza, negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene e preocupações acentuadas pelos profissionais. Foi orientado em articulação com a educação, segundo DL 54/2018 de 6 de julho. Foi feita a devida sinalização para os organismos de apoio à criança e à família, tendo sido proposto e aceite para Família de Acolhimento aos 8 anos de idade. Desde a integração nesta família, foram sempre tomadas as medidas adequadas com o envolvimento dos pais biológicos, com visitas regulares e progressivamente mais frequentes. Foi feito o devido empoderamento da família biológica, reforçando os fatores positivos e investindo no vínculo familiar. Atualmente frequenta o 6º ano de escolaridade numa instituição educativa do ensino privado e cooperativo, com boa adaptação e melhoria franca do rendimento escolar. Após um ano e seis meses na família de acolhimento e com a integração adequada dos pais biológicos, o rapaz expressou vontade de residir com estes. Desde então, tem sido planeada esta integração prevendo-se ocorrer definitivamente já em 2022. **Conclusões:** Este estudo de caso, de sucesso, demonstra, por um lado, o impacto dos fatores de risco no desenvolvimento infantil e no rendimento escolar, assim como a importância do reforço dos fatores positivos. Exemplifica a mais valia da IPI e da Intervenção atempada e adequada com as várias instituições e organizações de saúde, de educação e de ação social, com um franco contributo da família de acolhimento.



**Palavras chave:** risco; acolhimento; empoderamento familiar.

## **ICCA2022-34053 - Acompanhamento familiar em internamento pediátrico**

Joana Sousa Martins <sup>1</sup>, Rita Ramos <sup>1</sup>, Sara Jacinto <sup>1</sup>, Marta Bentes <sup>1</sup>, Filipa Nunes <sup>1</sup>, Clara Rocha <sup>1</sup>, Paulo Calhau <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Hospital Garcia de Orta, EPE*

**Introdução:** O acompanhamento das crianças hospitalizadas pelos seus pais apenas foi permitido a partir da segunda metade do século passado. Atualmente, os cuidados à criança hospitalizada pressupõem uma abordagem holística, centrada na família, procurando oferecer uma resposta diferenciada e integrada às necessidades, expectativas e preferências das crianças e família, baseada na negociação e parceria. Ainda assim, apesar do acompanhamento parental ser recomendado e encorajado, existem várias barreiras que o impedem ou dificultam. O objetivo deste estudo foi caracterizar o acompanhamento das crianças internadas na Enfermaria de Pediatria de um hospital de nível II, pelos seus pais ou cuidadores, e relacioná-lo com as características sociodemográficas da família, as particularidades da doença e circunstâncias do internamento. **Métodos:** Estudo prospetivo, transversal e observacional. Incluídas crianças e jovens internados na Enfermaria de Pediatria entre 1 de maio de 2019 e 28 de fevereiro de 2020. Obtidos dados sociodemográficos sobre as crianças e acompanhantes e sobre as circunstâncias do internamento. Realizado registo diário da presença de cada acompanhante de forma semi-quantitativa (“presente a tempo inteiro”, “presente a tempo parcial” ou “ausente”), tendo estes dados sido convertidos em escala numérica (“nível de acompanhamento”, com valor mínimo de 1 e máximo de 3) para análise estatística. **Resultados:** Durante o período de estudo, ocorreram 262 internamentos (205 doentes), 60% dos quais em crianças com idade inferior a 5 anos (mediana de 2 anos) e 58% em crianças do sexo masculino. A duração mediana do internamento foi de 4 dias e 75% corresponderam a internamentos não programados. Um terço dos internamentos foram em crianças portadoras de doença crónica. Cerca de 90% das crianças residiam na área de influência do hospital e dois terços dos agregados familiares incluíam outras crianças. Aproximadamente 75% das crianças tiveram dois acompanhantes durante o internamento, enquanto as restantes tiveram apenas um. A grande maioria dos acompanhantes (92%) correspondeu ao pai ou à mãe; a idade mediana foi de 38 anos; 60% eram do sexo feminino; 79% tinham nível de escolaridade igual ou inferior ao ensino secundário; 17% estavam desempregados. A mediana do nível de acompanhamento foi de 2,5. Verificou-se um nível de acompanhamento superior nas crianças com idade inferior a 5 anos e nos internamentos não programados. O nível de acompanhamento foi inferior nos internamentos mais longos, nas crianças com doença crónica e na presença de outras crianças no agregado familiar. O nível de internamento foi estatisticamente semelhante nas crianças com residência dentro ou fora da área geográfica do hospital. **Discussão/Conclusões:** Apresenta-se um estudo pioneiro em Pediatria que, apesar de incluir uma amostra de pequena dimensão, permitiu a caracterização sociodemográfica dos acompanhantes

das crianças e jovens internados e a identificação de alguns fatores que influenciam este acompanhamento, nomeadamente a idade da criança, características do agregado familiar, duração do internamento e presença de doença crónica. O conhecimento e interpretação destes dados torna-se relevante pelo seu potencial impacto na otimização da prática clínica. Estudos complementares, multicêntricos, de maior dimensão são essenciais para melhor caracterizar esta temática.

1. Roberts CA, Messmer PR. Unaccompanied Hospitalized Children: Nurses' Search for Understanding. *J Holist Nurs.* 2012;30(2):117-26.
2. Honeyman C. Why adolescents need their parents during admission to hospital for elective surgery. *Nurs Child Young People.* 2017;29(4):32-34.
3. Roberts CA. Nurses' Perceptions of Unaccompanied Hospitalized Children. *Pediatr Nurs.* May-Jun 2012;38(3):133-6.
4. Parsapour K, Kon AA, Dharmar M, McCarthy AK, Yang HH, Smith AC, et al. Connecting hospitalized patients with their families: case series and commentary. *Int J Telemed Appl.* 2011;2011:804254.
5. McCabe M. Impact of Family Presence in the Healthcare Setting. Senior Thesis. Liberty University, Spring 2014.
6. Melo EMOP, Ferreira PL, Lima RAG, Mello DF. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(3):432-9.
7. Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Siqueira KM, Peixoto MKAV. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(4): 473-8.
8. Roberts CA. Unaccompanied Hospitalized Children: A Review of the Literature and Incidence Study. *J Pediatr Nurs.* 2010;25:470–476.
9. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):630-8.
10. Peres GM, Lopes AMP. Ana Maria Pereira. Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. *Psicol. hosp. (São Paulo).* 2012;10(1): 17-41.
11. Reis G. Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Abril de 2007.
12. Lulgjuraj D, Maneval RE. Unaccompanied Hospitalized Children: An Integrative Review. *J Pediatr Nurs.* 2021;56:38–46.
13. Institute for Patient and Family Centered Care. Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals: How to get started... 2017. [Consultado em 2021 Out 25]. Disponível em: [http://www.ipfcc.org/resources/getting\\_started.pdf](http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf).

**Palavras chave:** hospitalização, acompanhamento, família, enfermagem, pediatria, doença crónica

## ICCA2022-37540 - Os adolescentes & o sono na pandemia COVID-19: melhor ou pior?

Margarida Almendra <sup>1</sup>, Diana Amaral <sup>1</sup>, Sílvia Afonso <sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> *Consulta de Sono, Área da Pediatria Médica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central*

<sup>2</sup> *Unidade de Desenvolvimento, Área da Pediatria Médica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central*

**Introdução:**As medidas de saúde pública implementadas de forma a diminuir o risco de contágio da doença COVID-19 associada ao novo coronavírus (SARS-CoV2) tiveram um impacto profundo na vida dos adolescentes, nomeadamente durante o período de confinamento com repercussão no bem-estar bio-psico-social.**Objetivos:**Analisar o impacto da pandemia de COVID 19 na qualidade do sono nos jovens dos 13 aos 18 anos de idade.**Métodos:**Questionário online confidencial e anónimo questionando rotinas durante e após o confinamento. Foram excluídos jovens com seguimento anterior/atual em psicologia/pedopsiquiatria, com doença do neurodesenvolvimento/psiquiátrica e que tomem medicação para dormir. Análise estatística descritiva e tabulação cruzada.**Resultados:**Foram obtidas 258 respostas, sobretudo do sexo feminino (71,7%), idade média 15,77 anos, a maioria no ensino secundário (67,8%), em escola pública (62,8%) e ensino regular (97,7%). A qualidade de sono dos adolescentes durante o confinamento foi considerada “igual” em 58,1% e em 83,9% nos que avaliam o seu sono como “bom” (40,7%) e “muito bom” (12%), mas pior em 83,3% nos que descreveram ter um ter um sono “mau” (11,6%) ou “muito mau” (2,3%).Verificou-se um atraso da hora dormir durante o confinamento com aumento de 17% no horário “00-2h” e de 266% no horário “>2h”. O mesmo se verificou na hora de acordar: durante o confinamento 47,7 % dos jovens acordou entre as “7-8h” e após o seu término, acordaram 1h mais cedo 82,9%.A maioria dos adolescentes dorme 6-8h por noite (68,6%) e demora <30 min a adormecer (67,1%); estes valores foram semelhantes durante o confinamento: 60,1% e 62%, respetivamente.Os hábitos antes de adormecer como “estar ao telemóvel” e “ver TV/tablet” foram semelhantes durante e após o confinamento, mas verificou-se um aumento de 116,7% de utilização de videojogos durante o confinamento.Durante o período de confinamento, os adolescentes acordaram menos vezes durante a noite (diminuição de 12%) e levantaram-se com mais facilidade de manhã (aumento de 10%). Apesar de 56,6% dos jovens se sentirem mais cansados após o regresso à normalidade, 44,2% dizem sentir-se mais produtivos ao longo do dia.Apesar do confinamento 90,4% dos jovens mantiveram a prática exercício físico. Terminado o período de confinamento, 53,9% dos jovens consideram que foi difícil regressar aos horários que tinham previamente, mas 86% dizem sentir-se mais felizes e 55,4% menos ansiosos.**Conclusão:**O presente estudo demonstra que o encerramento das escolas e o confinamento domiciliário durante a pandemia COVID-19 teve impacto no sono dos adolescentes. Durante o confinamento, os adolescentes atrasaram a hora de dormir e de acordar, a qualidade de sono foi pior apenas para quem referia ter uma má qualidade de sono previamente, fez aumentar o tempo de utilização de ecrãs antes de dormir, mas foi mais fácil para a maioria dos jovens acordar de manhã e referiram sentir-se menos cansados ao longo do dia. Este resultado demonstra que o confinamento permitiu aos jovens ajustarem-se ao atraso de fase fisiológico da adolescência, diminuindo a

sonolência diurna. O regresso à normalidade fez com que os jovens se sentissem mais produtivos, mais felizes e menos ansiosos.

1. Spinelli A, Pellino G. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. *Br J Surg*. 2020;107:785–7. <https://doi.org/10.1002/bjs.11627>
2. Dellagiulia A, Lionetti F, Fasolo M, Verderame C, Sperati A, Alessandri G. Early impact of COVID-19 lockdown on children's sleep: a 4-week longitudinal study. *J Clin Sleep Med*. 2020;16(9):1639-1640.
3. Prime H, Wade M, Browne DT. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist* 2020, 75(5), 631–643.
4. Wong CA, Ming D, Maslow G, Gifford EJ. Mitigating the impacts of the COVID-19 pandemic response on at-risk children. *Pediatrics*. 2020;146(1):e20200973.
5. Cellini N, Canale N, Mioni G, Costa S. Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *J Sleep Res*. 2020:e13074.
6. Genta F, Neto G, Sunfeld J et al. COVID-19 pandemic impact on sleep habits, chronotype and health-related quality of life among high school students: a longitudinal study. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2021, Mar 5

**Palavras chave:** sono, adolescentes, pandemia COVID-19.

## **ICCA2022-37582 - Internamentos Por Doença Crónica Complexa Em Pediatria: Estudo Retrospectivo**

Andreia Romana <sup>1</sup>, Maria Filomena Cardoso <sup>1</sup>, Cristina Lorenzo <sup>1</sup>, Joana Matias <sup>1</sup>, Marta Almeida <sup>1</sup>, Paulo Calhau <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Hospital Garcia de Orta*

**Introdução e Objetivos:** A doença crónica complexa (DCC) é cada vez mais prevalente em idade pediátrica, exigindo múltiplos cuidados e recursos. A DCC inclui condições médicas com duração mínima esperada de 12 meses e que atingem vários sistemas de órgãos ou um órgão de forma suficientemente grave. Os cuidados paliativos assumem uma importância crescente na sua abordagem. Pretendeu-se analisar e caracterizar os internamentos hospitalares de crianças e jovens com DCC. **Metodologia:** Estudo observacional, longitudinal e retrospectivo com análise dos internamentos por DCC na Enfermaria de Pediatria de um hospital de nível II num período de cinco anos (2015-2019). **Resultados:** Analisaram-se 431 internamentos de 209 doentes, representativos de 18% do total de internamentos no período analisado. 59% dos doentes eram do sexo masculino e 54% tinham idade inferior a 5 anos. A duração mediana de internamento foi de 5 dias, valor superior à duração mediana do total de internamentos no mesmo período (3 dias). As categorias de DCC mais frequentes foram a doença neurológica e neuromuscular (39%) e a doença hematológica (23%); os diagnósticos mais frequentes foram a drepanocitose (23%) e a paralisia cerebral (16%). Verificou-se pluripatologia em 15% e polimedicação em 32% dos internamentos. Verificou-se a presença de pelo menos uma comorbilidade em 62%, tendo sido mais frequentes a epilepsia (29%) e a perturbação do sono (18%). Verificou-se dependência de apoio tecnológico em 26%, com recurso a shunt

ventriculoperitoneal, gastrostomia percutânea e/ou traqueostomia na maioria dos casos. A descompensação da doença de base constituiu o principal motivo de internamento (52%), e 4 internamentos tiveram como objetivo o descanso do cuidador. 14% dos doentes apresentavam apoio específico em ambulatório, na maioria pela Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos. Verificaram-se 4 óbitos. Conclusão: O presente estudo evidenciou uma taxa significativa de internamentos por DCC na Enfermaria de Pediatria de um hospital de nível II. Verificou-se também uma percentagem importante de doentes com necessidade de apoio tecnológico e com comorbilidades, traduzindo a complexidade inerente a estas doenças. O conhecimento desta realidade é essencial para a organização de recursos técnicos e humanos e para o planeamento da prestação de cuidados multidisciplinares. É fundamental contribuir para o desenvolvimento da rede nacional de cuidados paliativos pediátricos.

Feudtner C, Feinstein JA, Zhong W, Hall M, Dai D Pediatric complex chronic conditions classification system version

2 updated for ICD 10 and complex medical technology dependence and transplantation BMC Pediatrics

2014 14 199

Lacerda AF, Oliveira G, Cancelinha C, Lopes S Utilização do internamento hospitalar em Portugal continental por

crianças com doenças crónicas complexas 2011 2015 Acta Médica Portuguesa 2019 32 7 8 488 98

Downing J, Kiman R, Boucher S, Nkosi B, Steel B, Marston C, et al Children's palliative care now Highlights from

the second ICPCN conference on children's palliative care, 18 21 May 2016 Buenos Aires, Argentina ecancer

2016 10 667

Cohen E, Berry JG, Sanders L, Schor EL, Wise PH Status Complexicus The emergence of pediatric complex care

Pediatrics 2018 141 3 203 11

**Palavras chave:** doença crónica complexa, cuidados paliativos pediátricos, abordagem holística.

# ICCA2022-38039 - Estudo Preliminar Da Versão Portuguesa Do Instrumento Iceland Family Illness Beliefs Questionnaire (ICE-FIBQ)

Cristina Isabel Lopes de Freitas <sup>1</sup>, Sara Lemos <sup>2, 3, 4</sup>, Luísa Andrade <sup>5,2</sup>, Lígia Lima <sup>5,2</sup>,

<sup>1</sup> Hospital de Braga, EPE

<sup>2</sup> Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

<sup>3</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

<sup>4</sup> Centro Hospitalar Universitário de São João

<sup>5</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto

**Introdução:**A adaptação da família à doença crónica é determinada pelos aspetos clínicos da patologia, mas também pelas crenças que a família apresenta acerca da doença. As crenças reportam-se aos princípios, valores e pressupostos através dos quais a criança ou adolescente e sua família, regem a sua vida e se relacionam com os outros. As crenças desenvolvem-se ao longo da vida através das experiências, da educação e dos relacionamentos, podendo modificar-se quando as pessoas se deparam com novas situações. Quando surge um episódio de doença crónica, as crenças da família podem ser confirmadas ou desafiadas, sendo que as crenças acerca da doença vão influenciar a forma como a criança ou adolescente e sua família experienciam a doença. **Objetivos:**•Traduzir para o português de Portugal e adaptar culturalmente o instrumento Iceland-family Illness Beliefs Questionnaire (ICE-FIBQ) (Gisladdottir & Svavarsdottir, 2016).•Estudar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento Iceland-family Illness Beliefs Questionnaire (ICE-FIBQ) (Gisladdottir & Svavarsdottir, 2016).**Metodologia:**Depois de traduzida e submetida a um processo de validação linguística a escala foi administrada a 135 pais de crianças ou adolescentes portadores de doença crónica e/ou perturbação, acompanhados nas consultas externas de pediatria de três instituições hospitalares da região norte de Portugal. A recolha de dados foi realizada através da plataforma REDCAP. **Resultados:**A análise da distribuição das respostas nos diferentes itens revelou que os itens apresentam boa sensibilidade. A análise fatorial exploratória, realizada com recurso ao método de rotação do tipo varimax, com normalização de Kaiser, demonstrou, contrariamente à escala original, a existência de dois fatores, sendo que o Fator 1 relaciona-se com as crenças acerca do impacto da doença e o Fator 2 com as crenças do confronto da doença. Os valores da consistência interna são satisfatórios, sendo o  $\alpha$  de Cronbach da escala total de 0.75, do Fator 1 de 0.69 e do Fator 2 de 0.67. **Conclusões:**Os resultados deste estudo preliminar sugerem que a versão portuguesa do instrumento Iceland-family Illness Beliefs Questionnaire (ICE-FIBQ) é um instrumento válido e fiel para avaliar as crenças acerca da doença das famílias portuguesas, existindo, no entanto, a necessidade de no futuro se proceder à sua validação, através de uma amostra de maiores dimensões que permita a análise fatorial confirmatória.

Gisladdottir, M., & Svavarsdottir, E. K. (2016). Development and psychometric testing of the iceland-family illness beliefs questionnaire. *Journal of Family Nursing*, 22(3), 321–338. doi: 10.1177/1074840716661593.

**Palavras chave:** Doença crónica; Crianças e adolescentes; Crenças acerca da doença; Pais.

**ICCA2022-38286 - Efetividade da fisioterapia na melhoria dos sintomas decorrentes de um Sarcoma de Ewing com prótese coxofemoral extensível: um estudo de caso**

Marta Filipa Veríssimo Rodrigues <sup>1</sup>, Cristino Rodrigues <sup>2</sup>, Beatriz Minghelli <sup>3,1</sup>

<sup>1</sup> *Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve, Instituto Piaget de Silves*

<sup>2</sup> *Clínica Fisiodesporto, Loulé, Algarve*

<sup>3</sup> *Research in Education and Community Intervention (RECI)*

**Introdução:** O sarcoma de ewing consiste numa rara neoplasia mesenquimal de células redondas agressivas, com envolvimento dos tecidos moles e ósseos, afetando principalmente o esqueleto apendicular. O objetivo deste estudo foi determinar a efetividade da fisioterapia num adolescente com sarcoma de Ewing na metáfise proximal do fémur com colocação de prótese coxofemoral (CF) extensível. **Metodologia:** Estudo de caso de uma utente de 10 anos, sexo feminino, diagnosticada com Sarcoma de Ewing da metáfise proximal do fémur direito com colocação de prótese Mutars expansível. Realizou quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia. Após a cirurgia iniciou a fisioterapia, mas interrompeu devido à pandemia. Retornou à fisioterapia em outro local. Realizou as seguintes avaliações: escala numérica da dor, perimetria, goniometria, teste muscular, Escala de Berg Pediátrica e Questionário de Qualidade de Vida Pediátrica. O plano de intervenção teve a duração de 1 mês, duas vezes por semana, com duração de 1 hora, sendo constituído por fortalecimento muscular do membro inferior, treino de transferência de peso, controlo postural, sensório-motor, marcha, funcionalidade e aeróbio. **Resultados:** A dor diminuiu de 4 para 2. Os valores da perimetria antes e após a intervenção foram, respectivamente: 5 cm acima do bordo superior da patela: 33 para 34 cm; 10 cm acima do bordo superior da patela: 35,5 para 37,5 cm; 15 cm acima do bordo superior da patela: 39 para 40,5 cm. A amplitude de flexão da CF aumentou de 70º para 90º e as restantes amplitudes avaliadas mantiveram os valores na reavaliação. Os valores do teste muscular antes e após a intervenção foram, respectivamente: flexores da CF: 3 para 3+; extensores da CF: 2 para 3; abdutores da CF: 2 para 2+; flexores do joelho: 3+ para 4; extensores do joelho: manteve o valor de 4. Segundo a escala de Berg Pediátrica, a utente melhorou de 50 para 52 pontos. Os valores do Questionário de Qualidade de Vida Pediátrica aumentaram de 72 para 75. **Conclusão:** Apesar de ser uma patologia rara, com reduzida evidência científica, o plano de intervenção aplicado, tendo em conta a individualidade e objetivos do utente, demonstrou ser efetivo.

•Alava, E. (2017). Ewing Sarcoma, an Update on Molecular Pathology with Therapeutic Implications. *Surgical Pathology*, 10(3), 575-585.

•Ali, M., & Fadl, N. (2021). Effect of Evidence Based Progressive Exercise Program on Functional Outcomes for Patients after Total Hip Replacement Surgery. *Novelty Journals*, 8(1), 336-351.

•Kousta, E., Sarantis, P., Karamouzis, M., Vielh, P., & Theocharis, S. (2021). The Controversial Role of Autophagy in Ewing Sarcoma Pathogenesis—Current Treatment Options. *Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, 11(3), 1-12.

•Madara, K., Marmon, A., Aljehani, M., Giordano, A., Zeni, J., & Rasis, L. (2019). Progressive rehabilitation after total hip arthroplasty: a pilot and feasibility study. *International Journal of Sports*

Physical Therapy, 14(4), 564-581.

- Pappo, A., & Dirksen, U. (2018). Rhabdomyosarcoma, Ewing Sarcoma, and Other Round Cell Sarcomas. *Journal of Clinical Oncology*, 36(2), 168-179.
- Sbaraglia, M., Righi, A., Gambarotti, M., & Tos, A. (2019). Ewing sarcoma and Ewing-like tumors. *Virchows Archiv: European Journal of Pathology*, 476(1), 109-119.
- Stish, B., Ahmed, S., Rose, P., Arndt, C., & Laack, N. (2015). Patient-Reported Functional and Quality of Life Outcomes in a Large Cohort of Long-Term Survivors of Ewing Sarcoma. *Pediatr Blood Cancer*, 62(12), 2189-2196.
- Umpierrez, C., Ribeiro, T., Marchisio, A., Galvão, L., I., B., Macedo, C., & Galia, C. (2014). Rehabilitation following total hip arthroplasty evaluation over short follow-up time: Randomized clinical trial. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 51(10), 1567-1578.
- Venâncio, R., Martins, T., Santos, K., Palandi, J., Sinhorim, L., & Santos, G. (2016). Physical Therapy at the postoperative of hip endoprosthesis for osteosarcoma: a case report. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation*, 14(366), 1-9.
- Weschenfelder, W., Froehlich, S., Spiegel, C., Vogt, M., & Hofmann, G. (2020). Factors influencing quality of life, function, reintegration and participation after musculoskeletal tumour operations. *BMC Cancer*, 20(1), 1-8.
- Winther, S., Foss, O., Husby, V., Wik, T., Klaksvik, J., & Husby, V. (2018). Muscular strength and function after total hip arthroplasty performed with three different surgical approaches: one-year follow-up study. *HIP International*, 29(4), 405-411.
- Winther, S., Husby, V., Foss, O., Wik, T., Svenningsen, S., Engdal, M., & Haugan, K. (2016). Muscular strength after total hip arthroplasty: A prospective comparison of 3 surgical approaches. *Acta Orthopaedica*, 87(1), 22-28.
- Zhang, W., & Xiao, D. (2020). Efficacy of proprioceptive training on the recovery of total joint arthroplasty patients: a meta-analysis. *Orthopaedic Surgery & Research*, 15(1), 1-13.

**Palavras chave:** sarcoma ewing, prótese, reabilitação, fisioterapia.

## **ICCA2022-40318 - O que está por detrás de uma intoxicação?**

Mariana Gouveia Lopes <sup>1</sup>, Ana Catarina Coelho <sup>1</sup>, Maria Manuel Zarcos <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria*

**Introdução:** O aumento do consumo de cannabis por jovens e adultos levou a um aumento de casos de intoxicação por esta substância em crianças. Afeta principalmente crianças com idade inferior a 3 anos e ocorre na maior parte dos casos por ingestão de cannabis, demonstrando a exposição a um ambiente de risco. **Casos Clínicos:** Apresentam-se 4 casos de crianças de 12, 13, 15 e 16 meses, trazidas à Urgência Pediátrica de um Hospital de nível II por quadro de alteração do estado de consciência. Uma das crianças teve episódio de revolução ocular e hipertonia do tronco. Todas realizaram estudo analítico sem alterações de relevo e realizaram pesquisa de canabinoides na urina que foi positiva. Estas crianças residiam com os seus progenitores os quais tinham idades inferiores a 24 anos, tendo o mais novo 19 anos. Todos os acompanhantes negaram o consumo de substância



ilícitas, desconhecendo como as crianças teriam tido acesso ao produto. Da avaliação social duas das mães já tinham sido vítimas de violência doméstica por parte dos pais das crianças e dois dos progenitores tinham estado institucionalizados durante a infância/adolescência. Do acompanhamento posterior constatou-se que 3 dos pais consumiam substâncias ilícitas, tendo um deles sido internado por um surto psicótico associado ao consumo e um outro tendo iniciado acompanhamento no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT). Num dos casos havia também história de tráfico de droga. Todos os casos foram sinalizadas à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Numa criança foi decidido acolhimento residencial, sendo que as restantes três crianças regressaram para as famílias, estando uma criança ainda a ser acompanhada pelo Ministério Público. Conclusão: A incidência de intoxicação acidental por cannabis em crianças tem vindo a aumentar, acompanhando a tendência do uso desta substância. A ingestão acidental por cannabis pode causar inúmeras manifestações clínicas, nomeadamente sintomas neurológicos ligeiros ou mais graves como convulsões como aconteceu num dos casos acima citados, ou até mesmo coma. A maioria dos casos ocorrem em ambiente familiar pelo que estas crianças devem ser referenciadas para um sistema de proteção, pelo risco acrescido a que estão expostas.

Chartier C, Penouil F, Blanc-Brisset I, Pion C, Descatha A, Deguigne M. Pediatric cannabis poisonings in France: more and more frequent and severe. *Clinical Toxicology*. 2021 Apr; 59(4):326-333.

Berger BA, Stolz U, Colvin J, Otten EJ. Epidemiology of cannabidiol related cases reported in the National Poison Data System - 2019-2020. *American Journal of Emergency Medicine*. 2021 Oct; 48:218-223.

Pélissier F, Claudet I, Pélissier-Alicot AL, Franchitto N. Parental cannabis abuse and accidental intoxications in children: prevention by detecting neglectful situations and at-risk families. *PediatrEmerg Care*. 2014 Dec;30(12):862-6.

**Palavras chave:** Crianças, intoxicação, cannabis.

## **ICCA2022-42710 - Doença Inflamatória Pélvica na adolescência – um desafio diagnóstico e de abordagem**

Madalena Lemos Ferreira <sup>1</sup>, Maria Garrotes <sup>1</sup>, Maria Limbert <sup>1</sup>, Carina Cardoso <sup>1</sup>, Carolina Guimarães <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Hospital de Cascais Dr. José de Almeida*

**Introdução:** A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) caracteriza-se por um processo infeccioso polimicrobiano do aparelho ginecológico superior, causado em 85% dos casos por agentes sexualmente transmissíveis. O diagnóstico e a abordagem são desafiantes, pois a DIP pode mimetizar outras causas mais comuns de abdómen agudo e o prognóstico é dependente da adesão terapêutica e da evicção de comportamentos de risco. **Descrição dos Casos:** Apresentamos uma série de três casos de adolescentes observadas no Serviço de Urgência Pediátrica (SU) por dor abdominal aguda. Todas referiam vida sexual ativa, com comportamentos de risco (múltiplos parceiros e

relações desprotegidas). Nos três casos houve a suspeita inicial de abdômen agudo e na marcha diagnóstica verificou-se: elevação dos parâmetros inflamatórios, ecografia e/ou tomografia abdominal inconclusivas e foi sempre solicitada avaliação por Cirurgia Geral. Caso 1: Ao sexto dia de dor abdominal, agravada por vômitos e febre, a jovem de 16 anos recorreu ao SU, onde se constatou dor à descompressão nos quadrantes abdominais inferiores. Após ecografia abdominal revelando apenas hiperecogenicidade dos planos adiposos e avaliação por Cirurgia Geral com exclusão de abdômen agudo cirúrgico, foi avaliada por Ginecologia que observou leucorreia sugestiva de tricomoníase, e através de ecografia transvaginal diagnosticou DIP não complicada. Caso 2: Adolescente de 17 anos que recorreu ao SU, após 24h de dor lombar à direita com irradiação ao flanco, vômitos e febre. Na observação, sem Blumberg e sem Murphy renal. Laboratorialmente, destaque para exame sumário de urina com piúria; a ecografia (abdominal, pélvica supra-púbica e renal) não apresentava alterações. Iniciou cefuroxima, mas por agravamento clínico com reação peritoneal, realizou-se tomografia abdominal que foi inconclusiva, tendo sido posteriormente avaliada por Ginecologia, que através de ecografia transvaginal evidenciou DIP complicada de abscesso tubo-ovário direito. O exsudado cervical era positivo para DNA de *Neisseria Gonorrhoeae*. Caso 3: Adolescente de 17 anos observada no SU após dois dias de dor abdominal difusa com irradiação lombar e disúria. Ao exame físico, inicialmente pouco queixosa, posteriormente com agravamento e reação peritoneal. Por suspeita ecográfica de apendicite aguda foi submetida a exploração laparoscópica, com diagnóstico intra-operatório de DIP complicada de abscesso tubo-ovário esquerdo, drenado laparoscopicamente. Em internamento, as três jovens iniciaram antibioterapia dupla (cefoxitina e doxiciclina ou clindamicina), verificando-se uma resposta favorável que permitiu a alta hospitalar e o presumível término de 14 dias de terapêutica em ambulatório (metronidazol e doxiciclina). Foi dada indicação para seguimento em consulta externa, e apenas uma das adolescentes compareceu (caso 2) e na altura da avaliação subsequente, o exsudado cervical posterior era positivo para *Chlamydia trachomatis*. Discussão/ Conclusão Esta série de casos realça a importância do reconhecimento da DIP no diagnóstico diferencial de abdômen agudo, sobretudo em adolescentes com vida sexualmente ativa. O diagnóstico e terapêutica instituídos atempadamente evitam sequelas a longo prazo como infertilidade ou gravidez ectópica. Deste modo, é fundamental garantir e promover o acesso a educação sexual e a cuidados de saúde comunitários e hospitalares, como forma de prevenção dos comportamentos de risco.

- Solomon M, Tuchman L, Hayes K, Badolato G, Goyal MK. Pelvic Inflammatory Disease in a Pediatric Emergency Department: Epidemiology and Treatment. *Pediatr Emerg Care*. 2019 Jun;35(6):389-390;
- Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med*. 2015 May 21;372(21):2039-48
- Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician*. 2019 Sep 15;100(6):357-364. PMID: 31524362.

**Palavras chave:** Doença Inflamatória Pélvica, DIP, Pediatria.

## ICCA2022-44571 - Migração e Perturbações do Neurodesenvolvimento – Casuística de um Hospital de Nível II

Patrícia B. Silva <sup>1</sup>, Sofia Guedes <sup>1</sup>, Filipa Sutre <sup>1</sup>, Sara Rocha <sup>1</sup>, Liza Aguiar <sup>1</sup>, Aldina Lopes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Santarém

**Introdução:** As perturbações do neurodesenvolvimento (PND) representam a patologia crónica mais frequente em idade pediátrica, com uma prevalência estimada de 10-20% nos países desenvolvidos. Nos últimos anos, a migração tem aumentado nos países europeus. De acordo com literatura consultada, as crianças migrantes têm risco superior de PND. **Objetivo:** Caracterizar uma amostra de primeiras consultas de neurodesenvolvimento (PCND) de crianças migrantes num hospital nível II e comparar os dados com uma amostra de PCND de crianças de naturalidade portuguesa. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, observacional descritivo e analítico, realizado através de consulta dos processos clínicos de PCND de crianças/adolescentes que ocorreram entre janeiro de 2020 e novembro 2021. Os casos incluíram 2 grupos comparativos constituídos por 50 indivíduos entre os 1 e os 14 anos, migrantes - grupo 1 e 50 indivíduos entre os 1 e os 14 anos, com naturalidade Portuguesa - grupo 2. **Análise estatística** realizada através do programa SPSS. **Resultados:** A média de idades do grupo 1 foi de  $7,66 \pm 3,88$  anos, 62% do sexo masculino. A maioria é natural do Brasil (66%), 12% de Angola, e os restantes de França, Inglaterra, Irlanda, Suíça, Alemanha, Venezuela e Cabo Verde. O diagnóstico mais frequente foi Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) (34%), seguindo-se a Perturbação da Comunicação (16%) e Perturbação do Espetro do Autismo (PEA) (16%). A maioria (74%) foram referenciados pelo Médico de Família (MGF) e 20% através de consulta externa (CE). Já tinham diagnóstico prévio 30%. Em 80% foram instituídos apoios após a PCND. Em 24% foi prescrita terapêutica farmacológica (TF). Relativamente ao grupo 2, a média de idades foi de  $6,44 \pm 3,26$  anos, 66% do sexo masculino. As PND mais frequentes foram a PHDA (26%), Atraso global do desenvolvimento psicomotor/Perturbação do desenvolvimento intelectual (26%) e a Perturbação da Aprendizagem (20%). A maioria (62%) foram referenciados pelo MGF e 38% através de CE. Em 90% foram instituídos apoios após a PCND. Em 20% foi prescrita TF. Antes da consulta frequentavam apoios 72% das crianças portuguesas vs 30% das crianças migrantes ( $p < 0,05$ ). As PCND de crianças migrantes representam 9,5% de todas as PCND. **Discussão:** De acordo com o SEF, a nacionalidade brasileira destaca-se como principal comunidade estrangeira residente em Portugal, representando 27,8% do total, dado que coincide com os resultados. A Índia é a terceira comunidade mais representativa, contudo, não tivemos registos de crianças indianas. Assim, poderá colocar-se a possibilidade da barreira linguística dificultar o acesso à consulta. No concelho estudado residem 253 migrantes (0-14 anos) para uma população de 7297 (0-14 anos) - 3,46% de crianças migrantes no concelho. As PCND de crianças migrantes representam 9,5% de todas as PCND (quase o triplo) – sugere que as crianças migrantes têm mais PND que as portuguesas. Conclui-se ainda que as crianças portuguesas têm mais apoios instituídos, antes de serem referenciadas à consulta. Por fim, alerta-se para a necessidade de estudar os fatores que levam as crianças migrantes a necessitar de mais PCND e para a necessidade de encontrar respostas adequadas para esta população em particular.

- OLIVEIRA, Guiomar; VICENTE, Inês; GUARDIANO, Micaela; AGUIAR, Liza; LOUREIRO, Susana; GOUVEIRA, Rosa; SILVA, Filipe. *Pediatria do Neurodesenvolvimento em Portugal: Movimento Hospitalar Assistencial, Recursos e Necessidades – Evolução em Dez Anos*. *Acta Med Port* 2021 Mar;34(3):185-193 (2020).
- MAGNUSSON, Cecilia; RAI, Dheeraj; GOODMAN, Anna; LUNDBERG, Michael; IDRING, Selma; SVENSSON, Anna; KOUPIL, Ilona; SERLACHIUS, Eva; DALMAN, Christina. *Migration and autism spectrum disorder: population based study*. *The British Journal of Psychiatry* (2012).
- ABDULLAHI, Ifrah; WONG, Kingsley; MUTCH, Raewyn; GLASSON, Emma; KLERK, Nicholas; CHERIAN, Sarah; DOWNS, Jenny; LEONARD, Helen. *Risk of Developmental Disorders in Children of Immigrant Mothers: A Population-Based Data Linkage Evaluation*. *The Journal of Pediatrics* (2018).
- KAWA, Rafal; SAEMUNDSEN, Evald; LÁÁ JONSDO'TTIR, Sigrídur; HELLENDORRN, Annika; LEMCKE, Sanne; CANAL-BEDIA, Ricardo; GARCÍA PRIMO, Patricia, MOILANEN, Irma. *European studies on prevalence and risk of autism spectrum disorders according to immigrant status—a review*. *The European Journal of Public Health* (2016).
- REIS, Sílvia; SOUSA, Pedro; MACHADO, Rui – SEF. *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020* (2021).
- Portal de Estatística do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) – SEFSTAT. Pode ser consultado em <https://sefstat.sef.pt/forms/Home.aspx> (consultado a 01/12/2021).

**Palavras chave:** crianças, migrantes, neurodesenvolvimento.

## **ICCA2022-49207 - Emergency Department admissions during the neonatal period - the consequences of the Covid-19 pandemic**

Sara Alves Araújo <sup>1</sup>, Inês Alexandra Azevedo <sup>1</sup>, Joana Ferreira Mendes <sup>1</sup>, Catarina Matos de Figueiredo <sup>1</sup>, Inês Ferreira <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga*

**Introduction**The neonatal period presents multiple challenges, contributing to the admission of newborns to the paediatric Emergency Department (ED). The first case of SARS-CoV-2 infection led to a significant impact on the use of paediatric ED worldwide. The objective of this work is to characterise newborn admissions to ED, comparing the pre-pandemic and pandemic periods. **Methodology**Retrospective study of newborn's admissions in the ED of a level 2 hospital between March/2019 and February/2021. We defined the pre-pandemic period as year one (March/2019 to February/2020), and the pandemic period as year two (March/2020 to February/2021). **Statistical analysis** was performed using the R Studio software, and the significance level was set at  $p < 0.05$ . **Results**During the study period, 609 newborns were admitted to ED (14.0% of which were readmissions), representing 1.4% of all paediatric visits; 11,3% were referred from other health care professionals, and 38,9% had a consultation before the admission. The median age was 14 days. The main reasons for ED resorting were gastrointestinal symptoms (21,7%), jaundice (19,4%), other mucocutaneous issues (14,3%) and respiratory symptoms (14.1%). 49.1% of the newborns

required diagnostic tests, and the majority (75,8%) was discharged. We found 369 and 240 admissions in years 1 and 2, respectively (1.1% and 2.2% of all paediatric visits), representing an increase in admissions ( $p < 0.05$ ). March, April and May of 2020 registered the lowest number of occurrences ( $n = 8, 5$  and  $8$ , respectively). The recurrence for respiratory symptoms decreased by 53.0% compared to the pre-pandemic period. There was an increase in the hospitalization rate during the pandemic period without statistical significance. Conclusion Most admissions to the ED during the neonatal period correspond to benign situations, with no need for hospitalization. It was possible to verify the impact of the Covid-19 pandemic on paediatric ED visits. However, the search for the ED increased with statistical significance on newborns, which may be explained by the unspecific symptoms of this age group. It was possible to establish a correlation between the months of lower affluence and the confinement periods. The decrease in visits due to respiratory symptoms can be explained by the implemented hygiene measures, as well as the circulation restrictions imposed.

Kruizinga, M.D., Peeters, D., Van Veen, M. et al. The impact of lockdown on pediatric ED visits and hospital admissions during the COVID-19 pandemic: a multicenter analysis and review of the literature. *Eur J Pediatr* 180, 2271–2279 (2021).

Iozzi L, Brambilla I, Foadelli T, Marseglia GL, Ciprandi G. Paediatric emergency department visits fell by more than 70% during the COVID-19 lockdown in Northern Italy. *Acta Paediatr Int J Paediatr* 109:2137–2138 (2020).

Albuquerque, C., Salva, I., Santos, J., et al. The Newborn in the Emergency Department - What Triage?. *Acta Pediátrica Portuguesa* 2015;46:357-64.

Garcia, C., Mascarenhas, I., Teixeira, A.T., et al. Newborns in the Emergency Department: A One-Year Study. *Acta Pediatrica Portuguesa*;47:61-7 (2016).

**Palavras chave:** COVID-19; Emergency Department; Newborn.

## **ICCA2022-52731 - Comportamentos auto-lesivos e suicidários – distinção e revisão**

Rosário Cunha <sup>1</sup>, Sara Rodrigues <sup>1</sup>, Sílvia Tavares <sup>1</sup>, Mariana Pinto <sup>1</sup>

<sup>1</sup> CHEDV

Os comportamentos auto-lesivos (CAL) consistem na infligência de auto-sofrimento, sem intenção suicida: cortar-se ou saltar de uma altura; ingerir fármacos ou drogas ilícitas com propósito autoagressivo ou ainda substâncias ou objetos não ingeríveis (como lixívia ou lâminas). O fenómeno é complexo, com grande variação quanto à nomenclatura, conceito, prevalência e origem. Epidemiologicamente, predomina no feminino e inicia cerca dos 14 anos. Associam-se a menores níveis de educação e outras psicopatologias e, como fatores de risco reconhecidos, surgem a impulsividade, baixa auto-estima, abuso de drogas dos próprios ou família, alexitimia e dúvidas quanto à orientação sexual. Estratégias de coping mal-adaptativas são por vezes identificadas. Experiências traumáticas na infância, nomeadamente a violência sexual, têm um papel

particularmente importante. Os CAL constituem fator de risco para suicídio (3 a 7x), independentemente da sua intencionalidade e identificam-se em até 40% dos suicídios. O papel do “contágio social” (real ou virtual) é importante, dado que relatos de CAL retratam a ação como uma saída imediata dos problemas. Assim, identificando-se com sentimentos de dor e desespero, alguns adolescentes acreditam nos benefícios do comportamento. A vontade de pertença e a imitação dos pares nesta idade podem levar a CAL sem associação necessária a ideação suicida ou autopenalidade. A distinção é fulcral. Quanto a comportamentos suicidários (CS), parecem estar fortemente dependentes das redes sociais e dos media. O efeito Werther não deve ser menosprezado: exposição a relatos reais ou fictícios de suicídio que focaliza a atenção num suicídio individual e promove uma identificação patológica com a vítima e glorificação da morte. Este fenómeno de contágio em adolescentes vulneráveis tem efeito durante cerca de 2 semanas. A conjugação de fatores predisponentes e desencadeantes pode levar ao ato impulsivo, mas o prognóstico é pior se um último não for encontrado. Pensa-se que os CS possam ser subestimados no sexo masculino, uma vez que, dada a sua natureza, caso falhem, só raramente requeiram observação médica. Quanto mais estruturada for a ideação e o plano suicidas, maior o risco. Em contexto de urgência, o médico deve estabilizar o doente e oferecer-lhe atenção individualizada, fazer exame objetivo cuidadoso e nunca dar alta sem avaliação psiquiátrica, pois intervenções em contexto de crise demonstram maior eficácia na prevenção de recorrência. Enquanto clínicos com capacidade interventiva, os pediatras devem estar atentos a sentimentos como desespero e irreversibilidade, isolamento ou aparente impulsividade como possíveis sinais de alarme, e alertar quanto aos perigos de acesso fácil a medicação ou possíveis armas. O papel da família e tudo o que esta representa não pode ser esquecido em consulta. A procura do SU de Pediatria diminuiu drasticamente durante o período de pandemia COVID-19, em todo o tipo de patologias. No entanto, no que toca às idas ao SU por envenenamento/intoxicação e por questões relacionadas com saúde mental essa diminuição foi menos acentuada. Estes dados relembram a importância de nunca deixar esquecer estes temas.

- DeLaroche AM, Rodean J, Aronson PL, et al. Pediatric Emergency Department Visits at US Children’s Hospitals During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2021
- Kennebeck S, Bonin L. Suicidal ideation and behavior in children and adolescents: Evaluation and management. *Uptodate*. 2021
- Glenn C, Nock MK. Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: Clinical features and proposed diagnostic criteria. *Uptodate*. 2021
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*
- Moraes, D. X., Moreira, É. de S., Sousa, J. M., Vale, R. R. M. do, Pinho, E. S., Dias, P. C. da S., & Caixeta, C. C. (2020). “The pen is the blade, my skin the paper”: risk factors for self-injury in adolescents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 1).
- Sampaio MN, Moura RIS, Lima SM, et. al. Intoxicações Medicamentosas.
- Protocolos de urgência em pediatria. 4ª edição. 2019

**Palavras chave:** adolescência, comportamentos auto-lesivos e suicidários, saúde mental.

## ICCA2022-57038 - Filhos de mães adolescentes – Um desafio real

Sílvia Duarte-Costa <sup>1</sup>, Catarina Freitas <sup>1</sup>, Mariana Meneses <sup>1</sup>, Sara Pires Silva <sup>1</sup>, Maria José Costa <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Pedro Hispano

**Introdução:** A adolescência é um processo de desenvolvimento psicossocial no qual ocorre a evolução de uma criança para a fase adulta em toda a sua plenitude – física e psicossocial. A parentalidade durante a adolescência exige uma preocupação acrescida por parte das entidades de saúde, sociedade e família, não só pela insegurança económica da maioria dos casos como também, pelas consequências médicas, psicológicas, sociais. **Objetivo:** Avaliar os nascimentos de filhos de mães adolescentes num hospital português de nível 3 da Região Norte. **Metodologia:** Estudo retrospectivo de todos os nascimentos de filhos de mães adolescentes desde 1 de janeiro de 2015 a 31 de março de 2021. A análise estatística foi efetuada através do programa Excel. **Resultados:** Desde 2015, 1,2% do total de partos no hospital foram de filhos de mães adolescentes. O ano de 2020 foi o ano com menor número de nascimentos de nados-vivos de mães adolescentes (0,7%). A idade materna média foi 17 anos e a mediana da idade paterna foi 19 anos. Verificou-se que 77% das mães eram estudantes e 19% encontravam-se desempregadas. Relativamente aos pais 37% eram estudantes, 44% trabalhavam no setor primário e 17% estavam desempregados. A vigilância da gravidez foi adequada em 72% das situações, 22% não teve vigilância adequada e 6% não teve qualquer vigilância. No momento do diagnóstico de gravidez a idade gestacional média foi de 12 semanas e 2 dias. Ao nascimento a idade gestacional média foi de 38 semanas e 6 dias, dos quais 89% eram neonatos de termo e 11% de pré-termo. Observou-se uma taxa de mortalidade neonatal de 2%. Verificou-se uma predominância de partos eutócicos (55%). O peso ao nascimento na maioria dos casos foi adequado à idade gestacional (83%). No momento da conceção verificou-se que 83% das adolescentes namoravam com o pai da criança, mas 9% já não tinham uma relação amorosa com o pai da criança. Após o parto apenas 31% mantinham a relação de namoro, já não existindo qualquer relação amorosa em 53% dos casos. A grande maioria dos recém-nascidos (85%) foi orientada, à data de alta, para consulta externa dirigida aos filhos de mães adolescentes, verificando-se abandono posterior em 26% das situações. **Conclusão:** Nos últimos anos tem-se verificado uma diminuição de nascimentos de nados-vivos de mães adolescentes, o que foi corroborado neste trabalho. Esta diminuição poderá justificar-se pela melhoria da intervenção dos profissionais de saúde na sensibilização sobre os riscos de uma gravidez na adolescência e também sobre utilização de métodos contraceptivos. Uma melhor intervenção a nível da comunidade, nomeadamente nas escolas, pode também ter contribuído para este facto. O foco da parentalidade na adolescência é quase sempre direcionado para a mãe, sendo, porém fundamental não esquecer o papel do pai em todas as fases da gestação e no pós-parto, como importante suporte para a mãe e pela importância fulcral no desenvolvimento psicossocial da criança. No nosso estudo, no ano pandémico de 2020 verificou-se uma diminuição do número de grávidas adolescentes, muito provavelmente pelo impedimento das relações presenciais impostas pelas medidas de confinamento.

1. Sawyer, S. M. et al (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(3), 223–228.

2. Pinto e Silva, J. L., Surita, F. G. (2017). A gravidez na adolescência - Um desafio além das políticas públicas de saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 39(2), 41–43.
3. McCracken, K. A., Loveless, M. (2014). Teen pregnancy: An update. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 26(5), 355–359.
4. Amy, J. J., Loeber, O. (2007). Pregnancy during adolescence: A major social problem. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(4), 299–302.

**Palavras chave:** Adolescência; Parentalidade; Gravidez.

## **ICCA2022-59825 - Perfil de maus tratos pré-pandemia e durante a pandemia COVID-19: casuística de uma região**

Filipa Sutre <sup>1</sup>, Marcos Sanches <sup>1</sup>, Sandra Paulino <sup>1</sup>, Ana Marques <sup>1</sup>, Sheila Sousa <sup>1</sup>,  
Aldina Lopes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Hospital de Santarém*

**Introdução:** Os maus tratos em crianças e jovens constituem um grave problema de saúde pública a nível mundial que levam a danos físicos e/ou psicológicos, muitas vezes irreversíveis. O ano de 2020 e a pandemia COVID-19 colocaram grandes desafios à proteção e bem-estar das crianças e suas famílias. **Objetivos:** Caracterizar e analisar os maus tratos sinalizados ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) de um hospital nível II, em período pré-pandémico e pandémico COVID-19. **Metodologia:** Estudo retrospectivo e descritivo por consulta dos processos de crianças e adolescentes referenciadas ao NHACJR entre janeiro de 2018 e novembro de 2021, com análise das seguintes variáveis: idade, género, tipo de mau trato e encaminhamento. Foram estabelecidos dois períodos: pré-pandémico (2018 e 2019) e pandémico (2020 e 2021). **Resultados:** Nos anos estudados foram realizadas 103 sinalizações, tendo o maior número de casos sido referenciado no período pré-pandémico (n=56), especificamente em 2019 (n=37). No ano de 2020 houve redução para metade do número de sinalizações (n=19) comparativamente ao ano anterior. No entanto, em 2021 verificou-se um novo aumento do número de sinalizações (n=28). Em ambos os períodos observou-se um ligeiro predomínio do género feminino (52,4%). No período pré-pandémico a faixa etária acima dos 15 anos apresentou maior número de sinalizações (37,5%), enquanto no período pandémico foi a faixa etária dos 6 aos 10 anos (30,6%). No período pré-pandémico a negligência foi o principal tipo de mau trato identificado (33,9%), seguido do mau trato físico (30,4%), mau trato psicológico (26,7%) e suspeita/abuso sexual (3,6%). No período pandémico a suspeita/abuso sexual (29,8%) e a negligência (27,7%) foram os principais tipos de maus tratos identificados, seguidos do mau trato físico (25,5%) e mau trato psicológico (15,2%). Observou-se um predomínio na faixa etária dos 3 aos 5 anos (31,3%) nos casos de negligência e uma incidência aumentada de suspeita/abuso sexual no género feminino (87,5%). Relativamente ao encaminhamento, verificou-se que 31,1% dos casos mantiveram acompanhamento no âmbito das entidades de primeira linha com competência em matéria da infância e juventude, 38,8% foram sinalizados para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e 30,1% dos casos foram remetidos para os Tribunais. A grande



maioria (84,4%), foi arquivado no ano de abertura do processo. Discussão: Da análise dos dados obtidos verificou-se uma redução para metade do número de sinalizações ao NHACJR em 2020 comparativamente ao ano anterior, provavelmente pelo impacto do início da pandemia de COVID-19. Os maus tratos foram transversais a todas as idades. No período pré-pandémico a negligência foi o principal tipo de mau trato identificado, concordante com dados nacionais. No entanto, no período pandémico a suspeita/abuso sexual foi o principal, logo seguido da negligência. Assim, a pandemia COVID-19 parece ter tido impacto na redução e mudança do perfil de sinalização de maus tratos, sendo fundamental que em época pandémica haja uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para a deteção precoce e sinalização das crianças e jovens em risco através da rede de Núcleos de Apoio.

1. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.

2. Evans ML, Lindauer M, Farrell ME. A pandemic within a pandemic: intimate partner violence during COVID-19. *N Engl J Med.* 2020; 383(24):2302–4.

3. Gama A, Pedro AR, De Carvalho MJL, Guerreiro AE, Duarte V, Quintas J, et al. Domestic Violence during the COVID-19 Pandemic in Portugal, *Port J Public Health.* 2020; 38(suppl 1):32–40.

4. Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2019.

5. Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2020.

**Palavras chave:** Maus tratos, Núcleo de Apoio, pandemia COVID-19, deteção precoce.

## **ICCA2022-60761 - Intervenção Precoce em Idade Pediátrica: Experiência de um Hospital Nível II**

Leonor Cardoso <sup>1</sup>, Cristiana Carvalho <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira*

**Introdução:** O Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) integra um conjunto organizado de serviços, elegendo crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo ou ainda risco de atraso de desenvolvimento, com o objetivo de garantir a intervenção e correta aquisição de competências. **Metodologia:** Análise retrospectiva das referências ao SNIPI por um hospital nível II, durante um período de 8 anos e 3 meses (janeiro de 2012 a abril de 2021). Foram analisadas variáveis sociodemográficas, motivos de referência, entidade na sinalização, presença de apoios especializados, equipa local de intervenção (ELI) e distribuição temporal. **Resultados:** No período de estudo foram referenciadas 144 crianças, com predomínio do sexo masculino (70%) e idade média de 25 meses. A ELI da Covilhã foi a mais solicitada (65%), seguida da ELI no Fundão (28%) e Castelo Branco (4%). Verificou-se menor quantidade de sinalizações em 2006 e 2007 (6%) e o maior número em 2014 (19%). Na maioria dos casos (65%) houve mais do que um motivo de referência. Do 1º grupo de elegibilidade, 86% das crianças apresentou atraso do desenvolvimento sem etiologia

conhecida (63% atraso global, 22% atraso da linguagem, 15% atraso motor) e 26% condições específicas nomeadamente, suspeita de perturbação do espectro do autismo, malformações congénitas, doenças crónicas, síndromes genéticas, défices sensoriais e perturbações neurológicas. Das crianças com risco grave de atraso do desenvolvimento, incluídas no 2º grupo, 34% apresentou fatores de risco biológico, sendo os mais frequentes alteração do tónus ao exame neurológico, restrição do crescimento intra-uterino e prematuridade. Dos fatores de risco ambiental (35%), destacam-se fatores de risco parental, entre eles, pais adolescentes, família monoparental ou mãe analfabeta. Relativamente ao risco contextual, saliento fatores como a pobreza (pais desempregados ou famílias beneficiárias de apoios de ação social), a barreira linguística em filhos de pais imigrantes, e ainda questões étnico-raciais e de isolamento social. A referenciação fez-se sobretudo através da consulta externa - pediatria geral e desenvolvimento - em proporção semelhante. A maioria das crianças (53%) frequentava a creche ou infantário à data da referenciação e uma ínfima parte dispunha de apoio especializado. Em 82% dos casos, a sinalização foi feita pelo médico assistente e, nos restantes casos, através da escola ou pais. Conclusões: Podemos concluir que a generalidade das crianças apresentava mais do que um critério de elegibilidade à data de referenciação, com predomínio do atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida. A pandemia por SARS-CoV2 não parece ter alterado o número de sinalizações. A maior parte das crianças frequentava a creche ou infantário na altura da referenciação, contudo o alerta foi dado essencialmente através do médico assistente, tanto a nível hospitalar como dos cuidados de saúde primários, realçando a sensibilidade dos profissionais de saúde na deteção dos desvios do neurodesenvolvimento. Destaca-se também, pela análise da idade média de referenciação, a precocidade da sinalização e envio ao SNIPI. Por fim, sublinha-se o sexo masculino como o género mais acometido, salientando a necessidade de uma avaliação cuidadosa do desenvolvimento neste grupo.

1. Voigt RG, Macias MM, Myers SM. Introduction - Child Development: The Basic Science of Pediatrics.; 2011.
2. Birth F, Five TO. From Birth to Five Years: Children's Development Progress. Vol 46.; 2008. doi:10.5860/choice.46-0926
3. DGS. Critérios de elegibilidade. Precoce, Sist Nac Interv. Published online 2010 [Internet]. Available from: <https://snipi.gov.pt/apresentacao/criterios-de-elegibilidade#no-back>

**Palavras chave:** Desenvolvimento psicomotor, Intervenção precoce, Idade Pediátrica, SNIPI

## ICCA2022-65514 - Consulta de vigilância de saúde infantil em cuidados de saúde primários: porque é que as crianças faltam?

Ana Foles <sup>1</sup>, Miguel Ramalho <sup>2</sup>, Joana Iap <sup>2</sup>, Maria Armada Gamenhas <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Setúbal

<sup>2</sup> USF Ribeirinha, ARS-LVT

**Introdução:** A vigilância de saúde infantil e juvenil realizada no contexto dos cuidados de saúde primários, visa a realização de consultas em idades-chave do desenvolvimento psicomotor, físico, cognitivo e emocional. Esta consulta procura avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e fomentar comportamentos promotores de saúde, assim como detetar precocemente situações patológicas. O fenómeno de “não comparência” (“no-shows”) diz respeito à falta de um utente a uma consulta médica previamente agendada, sem aviso prévio atempado. [1] Em idade pediátrica, a comparência das crianças nestas consultas está a cargo dos seus pais ou cuidadores. O objetivo deste trabalho é caracterizar as situações de “não comparência” na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil de uma USF. **Métodos:** Estudo retrospectivo, com análise de processos clínicos (registos na plataforma sclínico) relativos a utentes que não compareceram em consulta de saúde infantil e juvenil, seguidos numa USF da ARS-LVT, entre Dezembro de 2020 e Novembro de 2021 (12 meses). O levantamento de dados foi complementado com uma entrevista telefónica, visando identificar o motivo de falta às respetivas consultas. **Resultados:** Do total de 223 consultas marcadas, 38% (n=84) não se realizaram por “não comparência” do utente. Das 55 crianças e adolescentes que faltaram neste período, 53% (n=29) do sexo masculino, a maioria encontra-se na faixa etária entre 4-9 anos (44%; n=24) e entre 10-18 anos (38%, n=21). Os principais motivos apontados foram “esquecimento” da marcação (22%, n=12), dinâmica familiar com pouco apoio (16%, n=9), impossibilidade de se ausentar no emprego (13%, n=7), não considerar a consulta importante (9%, n=5) e falta de meios para deslocação (7%, n=4). Cerca de 45% destas crianças faltaram pelo menos 4 vezes durante o seu seguimento nesta unidade. Apenas 20% das crianças são paralelamente seguidas em consulta privada de pediatria, pelo que as restantes não terão outro seguimento. A vacinação encontra-se em atraso em 15% das crianças. A maioria destas crianças apresenta uma família nuclear (49%) ou reconstituída (27%), cujos pais têm idades compreendidas entre 30-40 anos (42%). Verificou-se que 15% dos pais seriam naturais de um PALOP. A maioria dos pais completou o ensino secundário (33%) ou apresenta o 9º ano de escolaridade (29%). Os agregados familiares englobam, na sua maioria (67%), 3 ou 4 pessoas. **Conclusões:** Verificámos um elevado número de não comparências na consulta de saúde infantil. Este fenómeno pode ter repercussões importantes para a saúde das crianças, impedindo uma vigilância de saúde adequada e atrasando ou impossibilitando eventuais intervenções médicas atempadas. Por outro lado, associa-se a custos acrescidos para os serviços de saúde, sendo mobilizados recursos médicos e humanos de forma desnecessária, com inutilização de tempos de consulta e consequente sobrecarga das listas de espera. [1,2] Este estudo realça também que as condições sociais influenciam de forma indireta a saúde, quando verificamos que 16% das crianças faltam por dificuldade na gestão da dinâmica familiar com pouco apoio e 13% por impossibilidade dos pais se ausentarem do emprego, apesar do mesmo estar previsto na lei.

[1] Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling – a systematic literature review. *Health Policy*. 04/ 2018;122(4):412–21.

[2] Ellis DA, McQueenie R, McConnachie A, Wilson P, Williamson AE. Demographic and practice factors predicting repeated non-attendance in primary care: a national retrospective cohort analysis. *The Lancet Public Health*. 12/2017;2(12):e551–9.

**Palavras chave:** vigilância de saúde infantil e juvenil; falta; consulta; cuidados de saúde primários

## **ICCA2022-65886 - Saúde mental em tempos de isolamento social – impacto da pandemia COVID-19 nos adolescentes**

Mariana M. Anjos <sup>1</sup>, Ana Moura Figueiredo <sup>1</sup>, Rita Nazário <sup>1</sup>, Filipa Dias Costa <sup>1</sup>, Julieta Morais <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., Torres Novas*

**Introdução:** A pandemia de COVID-19 implicou a adoção de um conjunto de medidas preventivas de saúde pública que culminaram no confinamento e encerramento das escolas em Portugal, durante um período de 2020 e 2021. As rotinas escolares são essenciais como estratégias de coping, sobretudo para jovens com problemas de saúde mental. A perda de rotinas e o isolamento social poderão potenciar os efeitos negativos da pandemia na saúde mental dos adolescentes. **Objetivo:** Determinar os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos adolescentes, avaliando o impacto do isolamento social nos sintomas psicopatológicos, bem como a eficácia da intervenção psicológica na redução destes sintomas. **Métodos:** Estudo prospetivo descritivo e inferencial, realizado em 2 fases, intervaladas de 6 meses (antes e após confinamento de 2021), que incluiu alunos entre os 13 e os 18 anos de um agrupamento de escolas públicas. Aplicados questionário sociodemográfico e questionário validado Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI). Foram selecionados 2 grupos: grupo controlo (GC) e grupo com intervenção (GI) e realizada intervenção escolar em grupo no GI antes da aplicação do questionário na fase 2. Comparação dos resultados do Índice global de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e 9 dimensões do BSI, entre as 2 fases e entre os grupos do estudo, bem como em relação a uma população padrão de adolescentes (PA). Análise estatística com recurso ao SPSS®. **Resultados:** Incluíram-se 1314 questionários, 605 na fase 1 e 709 na fase 2 (GC: N=639, GI: N=70), 51,1% do sexo feminino, com idade mediana de 16 anos. 19% não manteve contacto com amigos durante o período de confinamento de 2020. Entre as duas fases do estudo, houve um agravamento das médias do IGS (IGS Fase 1= 0,71 vs. IGS Fase 2=0,86;  $p<0.001$ ) e do ISP (ISP Fase 1= 1,57; ISP Fase 2=1,66;  $p=0.010$ ), com diferença estatisticamente significativa. Na fase 1, os índices foram inferiores à média para a PA (IGS= 0,71 vs. PA=0,83; ISP=1,57 vs. PA=1,66), correspondendo a valores não patológicos. Nesta fase, a amostra apresentou médias superiores às da PA nas dimensões Obsessões-Compulsões ( $\bar{x}=0,98$  vs. PA=0,93), Depressão ( $\bar{x}=0,82$  vs. PA=0,82) e Ansiedade Fóbica ( $\bar{x}=0,56$  vs. PA=0,54). Na fase 2, o IGS (GC=0,86 vs. GI=0,86 vs. PA=0,83) e ISP (GC=1,66 vs. GI=1,66 vs. PA=1,66) nos 2 grupos corresponderam a valores patológicos para estes índices, não existindo diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos. Nesta fase, os grupos apresentaram valores patológicos nas

dimensões: Obsessões-Compulsões ( $\bar{x}$ =1,2), Sensibilidade Interpessoal ( $\bar{x}$ =1,01 vs. PA=0,99), Depressão ( $\bar{x}$ =0,95), Ansiedade ( $\bar{x}$ =0,80 vs. PA=0,78), Ansiedade Fóbica ( $\bar{x}$ =0,61) e Psicoticismo ( $\bar{x}$ =0,73 vs. PA=0,73). Conclusão: O confinamento e isolamento social tiveram um impacto negativo no índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e em várias dimensões do BSI. A intervenção dos profissionais de saúde é fundamental, mas, nos moldes em que foi realizada, mostrou-se insuficiente para alterar a tendência de agravamento dos sintomas após um período de isolamento social. É fundamental implementar estratégias mais eficazes e mais abrangentes de intervenção com estes adolescentes para minimizar as repercussões na sua saúde mental.

Kılınçel Ş, Kılınçel O, Muratdağı G, Aydın A, Usta MB. Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2020; (July):1-6. doi:10.1111/appy.12406

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.

Derogatis, L. R. (1993). BSI: Brief Symptom Inventory (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.

**Palavras chave:** COVID-19, Isolamento Social, Saúde Mental, Adolescentes.

**ICCA2022-71702**

### **Cutaneous Lesions In An 11-Year-Old Adolescent**

Aida Correia de Azevedo <sup>1</sup>, Ana Sofia Rodrigues <sup>1</sup>, Joana da Silva Ferreira <sup>2</sup>, Paula Fonseca <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Médio Ave Medical Center*

<sup>2</sup> *Senhora da Oliveira's Hospital*

Background: Non-suicidal self-injury (NSSI) refers to the deliberate body harm inflicted by oneself in the absence of an intention to die, manifesting more often with cuts, burns, or extremely itchy injuries. NSSI is extremely prevalent in adolescents (17-18%), typically occurring between the ages of 12 and 14-years-old, most commonly in females. There is a panoply of risk factors for the occurrence of NSSI, among which negative or stressful life events and anxiety disorders stand out. This case enlightens the particular group that adolescents are, demonstrating that the main complaint can hide the real reason for consultation, being essential, in the diagnostic path, to know how to ask and listen. Case Presentation Summary: An 11-years-old female was referred to the Adolescents consultation due to pruritic lesions dispersed throughout the body with one month of evolution. Initially, the lesions were restricted to the face, with subsequent spreading to the cervical, thoracic, and limb regions. The lesions, described as abrasions-like erythematous plaques, proved to be refractory to various therapies instituted in multiple visits to the health services, namely, oral antibiotics, systemic and topical corticosteroids, antihistamines, and topical antiviral agents. During consultation, personal history was investigated, with emphasis on the previous follow-up in Psychology consultation due to anxiety disorder (predominantly execution and separation anxiety). No relevant family history was

found. Objective examination showed several lesions in the healing phase on the face, trunk, and limbs (only areas reachable with the hands), sparing the dorsal region and buttocks. Psychosocial assessment: the teenager has a very close and dependent relationship with her sister who was planning to leave home to live with her boyfriend. In an interview with the teenager alone, she ended up admitting that the injuries were self-inflicted, triggered by the imminent departure of her sister from home. She was referred to a Pedopsychiatry consultation, maintaining follow-up in the Adolescents consultation. In a reevaluation consultation, the lesions had completely resolved. It is important to mention that, given the contingencies of the pandemic situation, physical separation from the sister was imposed, which presented itself as a facilitating element regarding her autonomy and control of the anxiety disorder. The teenager maintains regular clinical follow-up in both consultations. Conclusion: NSSI is very common among teenagers and can be triggered by numerous risk factors. However, social stigmas and the relentless desire to search for an organic cause of physical manifestations of psychiatric disorders lead to a delay in diagnosis. Thus, the adolescents' interview combined with a detailed physical examination assume a preponderant role in the diagnosis of NSSI, whose early recognition is one of the most effective suicide prevention strategies. In most cases, treatment is performed on an outpatient basis (psychiatry and psychology consultations, social worker assistance) and with reference figures (family, school, and friends).

1. Glenn C; Nock MK. (2021). "Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: Epidemiology and risk factors". Available at: [www.uptodate.com/contents/nonsuicidal-self-injury-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-risk-factors](http://www.uptodate.com/contents/nonsuicidal-self-injury-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-risk-factors). Consulted on September 2021.
2. Glenn C; Nock MK. (2021). "Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: Clinical features and proposed diagnostic criteria". Available at: [www.uptodate.com/contents/nonsuicidal-self-injury-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-proposed-diagnostic-criteria](http://www.uptodate.com/contents/nonsuicidal-self-injury-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-proposed-diagnostic-criteria). Consulted on September 2021.
3. Glenn C; Nock MK. (2021). "Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: Assessment". Available at: [www.uptodate.com/contents/nonsuicidal-self-injury-in-children-and-adolescents-assessment](http://www.uptodate.com/contents/nonsuicidal-self-injury-in-children-and-adolescents-assessment). Consulted on September 2021.
4. Glenn C; Nock MK. (2021). "Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: General principles of treatment". Available at: [www.uptodate.com/contents/nonsuicidal-self-injury-in-children-and-adolescents-general-principles-of-treatment](http://www.uptodate.com/contents/nonsuicidal-self-injury-in-children-and-adolescents-general-principles-of-treatment). Consulted on September 2021.
5. Brown RC, Plener PL. (2017). "Non-suicidal Self-Injury in Adolescence". *Curr Psychiatry Rep.* 19:20.

**Palavras chave:** adolescents, anxiety, non-suicidal self-injury

**ICCA2022-74799**

## **Hemorragia Uterina Anormal Na Consulta De Medicina Do Adolescente**

Catarina Serrasqueiro Teixeira <sup>1</sup>, Catarina Cordeiro <sup>1</sup>, Rita Coutinho <sup>1</sup>, Paulo Fonseca <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Pediátrico - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A Hemorragia Uterina Anormal (HUA) é mais frequente na adolescência comparando com a população geral, sendo um fator de preocupação para as adolescentes e família, podendo ter um impacto negativo na qualidade de vida. Objetivos: Caracterizar uma amostra de adolescentes enviadas à Consulta de Medicina do Adolescente (CMA) em quem se identificou HUA, quanto à sua etiologia, abordagem e tratamento. Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de adolescentes enviadas pela primeira vez à CMA no período de 3 anos (janeiro 2019-novembro 2021) que apresentaram como diagnóstico HUA. Excluíram-se os casos de amenorreia secundária e perturbações do comportamento alimentar. Utilizaram-se as definições estabelecidas pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Análise estatística com recurso ao SPSS v27 (nível de significância estatística,  $p < 0,05$ ). Resultados: Foram avaliadas 35 adolescentes que apresentavam como diagnóstico HUA, mediana de idade 15 anos (A) e mediana da idade da menarca 11A. Foram encaminhadas mais frequentemente a partir de outra consulta ( $n=12$ ), seguido do serviço de urgência ( $n=10$ ) e médico de família ( $n=9$ ). Em metade dos casos ( $n=18$ ) a consulta foi pedida por outro motivo. A maioria tinha queixas de hemorragia abundante ( $n=25$ ), frequente ( $n=6$ ) e prolongada ( $n=5$ ), enquanto duas apresentavam amenorreia (1 primária e 1 secundária). A dismenorreia estava associada em 22 casos. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre a idade e a presença de hemorragia prolongada, sendo mais frequente nas adolescentes mais jovens (14A vs 15A,  $p=0,03$ ). A maioria ( $n=33$ ) realizou hemograma e estudo da coagulação. Tinham anemia 13 (hemoglobina  $< 10\text{g/dL}$  em 4), nenhuma apresentou coagulopatia. O doseamento de ferritina foi pedido em 28, a maioria ( $n=24$ ) com ferritina  $< 50\text{ng/mL}$ . Realizaram estudo hormonal 30, verificaram-se alterações em 4. Foi pedida ecografia pélvica em 11 casos, um dos quais com alterações. Comparando a presença de anemia com o tipo de hemorragia, houve diferença estatisticamente significativa no grupo com hemorragia prolongada ( $p=0,009$ ). A maioria ( $n=28$ ) correspondia a situações de disfunção ovulatória fisiológica. Tinham seguimento em consulta de ginecologia 9, de hematologia 8 e endocrinologia 1. Nenhuma necessitou de transfusão de concentrado de eritrócitos. Realizaram tratamento com ferro oral 20, 21 iniciaram contraceptivo oral combinado e 6 iniciaram progestativo cíclico. Discussão As HUA na adolescência podem ser multifatoriais, o que torna o seu diagnóstico diferencial desafiante, sendo fundamental excluir alterações da coagulação, endocrinopatias e uso de medicação. Na maioria das adolescentes avaliadas, a HUA foi atribuída a disfunção ovulatória fisiológica, o que está de acordo com a causa mais frequentemente identificada na literatura neste grupo etário. As HUA constituem ainda uma causa importante de anemia e de depleção das reservas de ferro na adolescência, podendo afetar a qualidade de vida ou implicar internamento com necessidade de transfusões. Na amostra, embora nenhuma tivesse necessitado de internamento ou transfusão, 2/3 apresentavam anemia ou diminuição das reservas de ferro. Metade das adolescentes tinha sido enviada à consulta por outro motivo que não a HUA, o que constitui um alerta para a necessidade de avaliar ativamente a história ginecológica, uma vez que as adolescentes podem considerar as suas alterações menstruais como normais, com implicações para a sua saúde.

1. Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais. Sociedade Portuguesa de Ginecologia; 2018.

2. Elmaogullari S, Ayca Z. Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2018;10(3):191-7.

3.Yasa C, Gungor Ugurlucan F. Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2020;12(Suppl 1):1-6.

**Palavras chave:** hemorragia uterina anormal; adolescência; disfunção ovulatória

**ICCA2022-74905**

## **Agressão Física: Qual O Impacto Da Pandemia Sars-Cov-2?**

Andreia Fiuza Ribeiro <sup>1</sup>, Carolina Gonçalves <sup>1</sup>, Helena Isabel Almeida <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Departamento da Criança e do Jovem do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*

**Introdução:**A pandemia SARS-CoV-2 conduziu a alterações sociais, económicas e familiares a nível mundial. Durante o confinamento, por aumento do conflito intrafamiliar e ausência de contacto com outros adultos protetores, houve aumento do risco de agressões familiares contra crianças e jovens. Concomitantemente, com o encerramento das escolas, houve uma diminuição do risco de agressão física em contexto escolar, com tendência a aumentar no retorno à escola, por dificuldade na relação com os pares. A violência tem um impacto negativo no desenvolvimento psicossocial e afetivo das crianças e jovens, pelo que para a sua prevenção é preciso saber identificar e caracterizar as situações de abuso físico.**Objetivos:** Avaliar os episódios de urgência por agressão física no início do período letivo antes e durante a pandemia SARS-CoV-2. **Métodos:**Estudo retrospectivo e descritivo em que foram incluídas crianças e jovens com observação na Urgência Pediátrica de um hospital nível II da área metropolitana de Lisboa por agressão física de Setembro a Novembro de 4 anos consecutivos, de 2018 a 2021. Avaliadas características demográficas, tipo de agressão física e encaminhamento. Análise estatística no SPSS. **Resultados:**Obtivemos uma amostra de 169 crianças: mediana de idade de 13 anos [1; 17], 66% eram do sexo masculino e 83% de nacionalidade portuguesa. Cerca de 30% apresentava patologia crónica e destes 56% tinha patologia mental. Em 33% existia história de agressões físicas prévias. No período anterior à pandemia, houve 102 episódios de agressão física (42 em 2018 e 60 em 2019) e durante a pandemia um total de 67 (15 em 2020 e 52 em 2021). A agressão escolar foi a principal forma de agressão (46% antes da pandemia e 40% durante a pandemia), seguido da agressão familiar (30% antes da pandemia e 31% durante a pandemia) e por fim em contexto de delinquência (23,5% antes da pandemia e 28% durante a pandemia). Na Urgência, os episódios foram considerados moderados a graves em 17% antes da pandemia e em 27% durante a pandemia.Verificou-se que, durante a pandemia, houve maior referência ao Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco - NHACJR (p=0.011), maior número de crianças e jovens encaminhados para instituição (p=0.013) e referenciados ao ministério público (p=0.023), com diferença estatisticamente significativa em relação ao período pré-pandemia.**Conclusões:**Houve uma diminuição nos episódios de urgência por agressão física no período da pandemia, principalmente no ano 2020, com um aumento em 2021 coincidente com o retorno em pleno à escola. Verificou-se uma ligeira diminuição nas agressões escolares e aumento dos casos de delinquência, o que poderá justificar a maior gravidade dos mesmos. Não se registou aumento das agressões em contexto familiar, tal como descrito na literatura, o que poderá ser devido a uma menor visibilidade do abuso por parte de adultos protetores que possam sinalizar a situação.



Existe, no entanto, uma maior sensibilidade dos profissionais de saúde, com maior referência a estes casos ao NHACJR.

- Collings A. COVID-19 stay at home orders brought uptick in child abuse. 2021, published at <https://www.eurekalert.org/news-releases/930167>.
- Pereda N, Díaz-Faes D. Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* (2020) 14:40.
- Rapp A, et al. Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic-A Systematic Rapid Review. *Pediatr Clin N Am* 68 (2021) 991–1009.
- Romanou E. Isolated and struggling Social isolation and the risk of child maltreatment, in lockdown and beyond. NSPCC 2020.
- Evans M. Bullying and the pandemic: a picture of how bullying has changed during COVID-19. Anti-bullying Alliance, 2021.

**Palavras chave:** Agressão física; Pandemia SARS-CoV-2; Escolar; Familiar

## ICCA2022-77040

### Doença De Células Falciforme: Os Reptos De Uma Doença Crónica

Carolina Oliveira Gonçalves <sup>1</sup>, Francisca Galhardo Saraiva <sup>1</sup>, Teresa Ferreira <sup>1</sup>, Carlos Escobar <sup>1</sup>,  
Helena Isabel Almeida <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

**Introdução:** A doença de células falciformes (DCF), originalmente distribuída por regiões tropicais, tem sofrido uma disseminação global devido à migração das populações em busca de acesso a melhores cuidados de saúde. O stress pela aculturação pode estar associado a repercussões na saúde física e mental. **Objetivo:** Avaliar o grau de stress associado ao processo migratório das famílias de doentes pediátricos com DCF. **Métodos:** Estudo descritivo em que foram incluídas crianças e jovens migrantes com o diagnóstico de DCF com seguimento regular em consulta de hematologia de um hospital nível II da área metropolitana de Lisboa. Foi realizado um questionário através de contacto telefónico que abordou questões do foro social e foi aplicada a Escala Breve para Avaliação do Stress por Aculturação. Esta visa a atribuição de um valor numérico de 1 a 5 (sendo 1 «muito fácil» e 5 «muito difícil») a questões relativas à preparação e partida do país de origem, a preocupações socioeconómicas aquando da chegada e à adaptação à sociedade portuguesa. Scores mais elevados estão associados a maior stress por aculturação. **Avaliadas** características demográficas, sociais e clínicas. **Análise estatística** no Excel. **Resultados:** Amostra de 47 doentes com predomínio do sexo feminino (51,1%) e mediana de idades de 11 anos (2;21). Nacionalidade dos doentes: Angola 46,8%; Guiné-Bissau 17%; Cabo Verde 10,6%; São Tomé e Príncipe 6,4%; Brasil e Holanda 4,3%; Guiné-Conacri 2,1%. O motivo da vinda para Portugal foi o seguimento e tratamento da DCF em 87,2% (n=41). Relativamente à situação perante a nacionalidade, 10,6% não têm autorização de residência, 72,3% tem autorização de residência e 17% já têm nacionalidade portuguesa. Relativamente aos internamentos hospitalares, o número médio de internamento totais/utente desde o início seguimento foi 4,6 [0; 36] e o número médio de internamentos/utente em 2021 foi 1,1 [0;9]. Em 55,3% (n=26)

houve adesão a 100% das consultas hospitalares em 2021. Relativamente aos dados sociais maternos: 95,7% eram provenientes de países africanos (n=45); em relação ao grau de escolaridade, 29,8% ensino superior e 25,5% com o 12º ano; desemprego em 31,9%. Da aplicação da Escala Breve para Avaliação do Stress por Aculturação, apurou-se que: 1) nas questões relativas à preparação e partida do país de origem o score foi de 3,5; 2) nas questões que incidiam sobre preocupações socioeconómicas aquando da chegada o score foi de 3,2; 3) e nas questões relativas à adaptação à sociedade portuguesa, o score foi de 1,9. Conclusões: Existe uma elevada prevalência de doença de células falciformes em África e no Brasil. A crescente migração em busca de melhores condições de saúde, implica que uma elevada percentagem de doentes na consulta de hematologia seja migrante. Este grupo de doentes, apesar de condições socioeconómicas desfavoráveis e da imigração, consegue manter os cuidados às crianças. Da aplicação da Escala Breve para Avaliação do Stress por Aculturação podemos concluir que a organização da partida, a separação da família e as condições socioeconómicas são os principais problemas destes migrantes e que a aculturação é conseguida favoravelmente.

- Urzúa A et al. Validation of the brief scale for the evaluation of acculturation stress in migrant population (EBEA). *Psicologia: Reflexão e Crítica* (2021). <https://doi.org/10.1186/s41155-020-00168-3>
- Kato G, Piel F, Reid C. et al. Sickle cell disease. *Nat Rev Dis Primers* 4, 18010 (2018). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.10>
- Roberts I, Montalembert. M. Sickle cell disease as a paradigm of immigration hematology: new challenges for hematologists in Europe. *Haematologica*, 92 (2007), pp. 865-871
- Thornburg CD, Ware RE. Children with sickle cell disease migrating to the United States from sub-Saharan Africa. *Pediatr Blood Cancer*. 2018;65(6):e27000.
- Russo G et al. Current challenges in the management of patients with sickle cell disease - a report of the Italian experience *Orphanet J. Rare Dis.* (2019), 10.1186/s13023-019-1099-0

**Palavras chave:** migrantes; doença crónica; drepanocitose; stress de aculturação

**ICCA2022-77997**

## **Por Que Não Aprendo?**

Inês Barroca <sup>1</sup>, António Macedo <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental*

**Introdução:**As dificuldades de aprendizagem estão inseridas numa cadeia de causas e consequências de diversas problemáticas ao longo do desenvolvimento. Têm sido identificados diversos fatores desencadeantes e de agravamento, relacionados à criança, à escola e ao contexto sociofamiliar, embora na prática clínica nem sempre seja possível a sua identificação clara. **Objetivos:**Avaliar e caracterizar fatores associados a dificuldades de aprendizagem numa amostra de crianças portuguesas em idade escolar. **Métodos:**Foram incluídos todos os utentes seguidos em Consulta de Pediatria do Desenvolvimento (PD) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) com idades compreendidas entre os 9 e 10 anos em 2019 que apresentassem dificuldades de

aprendizagem e tivessem avaliações psicológicas realizadas no nosso Serviço. A recolha dos dados foi efetuada por médicos e psicólogos da Consulta de PD do CHLO, de outubro de 2020 a setembro de 2021, através da consulta dos dados nos processos clínicos. Foram realizadas reuniões com todos os elementos, de forma a definir e uniformizar o processo de recolha, preenchimento e seleção dos dados. Para a análise estatística descritiva, recorreu-se ao Microsoft Office Excell 2018. Resultados: A nossa amostra incluiu 127 crianças, 58.3% do sexo masculino e 41.7% do sexo feminino. A maioria frequentava o 3º ano escolaridade (50%), 39% estavam no 4º ano e 11% estava no 2º ano. Prematuridade ocorreu em 14 crianças, 8 das quais com idade gestacional inferior a 32 semanas, sendo 6 muito baixo peso. Apenas 57 das crianças (44,8%) tinham uma estrutura familiar nuclear e em 22 casos (17,3%) existiam contextos familiares disfuncionais, nomeadamente a nível de negligência/maus tratos. O diagnóstico mais frequente foi Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção (49,6% das crianças); Perturbações Específicas de Aprendizagem foram diagnosticadas em 30,7%, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual em 14,9%, Perturbações da Linguagem e da Fala em 13,4% e Perturbação do Espectro Autista em 7%, sendo as comorbilidades frequentes. Em relação à coexistência de perturbação de neurodesenvolvimento em pais ou irmãos, 11 crianças tinham história familiar de Perturbação Específica de Aprendizagem, 9 de Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção, 6 de Perturbação de Desenvolvimento Intelectual, 2 Perturbação de Espectro Autista, 1 de Perturbação da Linguagem e 15 tinham familiares com dificuldades de aprendizagem não caracterizadas. As retenções ocorreram em 34 das 127 crianças (26,7%), com particular incidência no 2º ano de escolaridade, em famílias não nucleares (37,8%) e disfuncionais (40,9%). A nível de intervenções, verificou-se que 27 das crianças tinham tido intervenção precoce, 65 beneficiaram de terapia da fala, 44 eram seguidas em psicologia, 17 em pedopsiquiatria e 80 das crianças tiveram apoio do ensino especial. Quase metade das crianças (44,9%) esteve medicada com psicoestimulante. Conclusões: As dificuldades de aprendizagem são muito frequentes, multifatoriais, em relação com a criança, com a escola e a família. É importante avaliar os vários domínios da vida da criança e estabelecer um plano terapêutico e pedagógico atempado e ajustado a cada caso. São necessárias mais e melhores escolas, mais e melhores recursos na comunidade, a par de uma política de combate à pobreza, desigualdade e exclusão social das crianças mais vulneráveis.

Mazer SM, Bello ACD, Bazon MR. Dificuldades de aprendizagem: revisão de literatura sobre os fatores de risco associados. *Psic da Ed.* 2009;28:7–21.

Harris MN, Voigt RG, Barbaresi WJ, Voge GA, Killian JM, Weaver AL, et al. ADHD and learning disabilities in former late preterm infants: A population-based birth cohort. *Pediatrics.* 2013;132(3).

von Hahn LE. Specific learning disabilities in children: clinical features. In: *UpToDate.* 2021.

Torres NL, Soares TS, Henrique F, Conceição G. Dificuldade de aprendizagem: além do Muro Escolar. *II Encontro Científico Multidisciplin.* 2016;

**Palavras chave:** Dificuldades de aprendizagem; desenvolvimento; crianças; escola.

**Plano Individual De Cuidados Precisa-Se! – A Propósito De Um Caso Clínico.**

Sofia Guedes <sup>1</sup>, Patrícia Silva <sup>1</sup>, Filipa Sutre <sup>1</sup>, Sara Rocha <sup>1</sup>, Filipa Vilarinho <sup>1</sup>, Margarida Marujo <sup>1</sup>,  
Aldina Canteiro Lopes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Hospital de Santarém*

**Introdução:** A nível mundial existem 21 milhões de crianças com doenças crónicas limitantes ou ameaçadoras de vida que beneficiariam de cuidados paliativos pediátricos (CPP). Estima-se que em Portugal vivam 6.000 crianças com necessidades paliativas. Portugal, oficialmente sem provisão de CPP, é atualmente considerado pela OMS o país menos desenvolvido da Europa Ocidental neste âmbito. Existem ainda muitas barreiras a um plano de cuidados paliativos otimizado, nomeadamente falta de formação, recursos, comunicação e articulação entre os prestadores de cuidados. **Objetivo:** Alertar para a importância de um plano de cuidados precoce, comunicado e discutido com os pais, conhecido pelas múltiplas instituições envolvidas nos cuidados a estas crianças. **Descrição do caso clínico:** Adolescente de 15 anos, sexo feminino, com antecedentes pessoais de paralisia cerebral GMFCS V; Síndrome de West; bronquiectasias à direita com infeções respiratórias recorrentes condicionando múltiplos internamentos, escoliose lombar, alimentada por gastrostomia, polimedicada. Seguida em hospital nível II na consulta de Pediatria e Nutrição; nível III em Pneumologia e Gastrenterologia Pediátrica; particularmente em Neurologia e Ortopedia. Encontrava-se internada no hospital da área de residência (nível II) por infeção respiratória dispneizante e hipoxemiante, quando, em D1 de internamento teve episódio de paragem cardiorrespiratória na sequência de provável engasgamento com secreções respiratórias abundantes e espessas. Encontrava-se cianosada, sem pulso e sem movimentos respiratórios, foi iniciada massagem cardíaca com posterior vômito de expectoração e recuperação do pulso. Realizada aspiração de secreções e colocada máscara de alto débito. Após 10 minutos melhoria global. Na perspetiva de realização de ventilação não invasiva para conforto e diminuição do esforço respiratório, contactámos duas unidades hospitalares nível III, uma sem vagas e a outra referiu não cumprir critérios de internamento tendo em conta o prognóstico. Foi discutido com os pais prognóstico e medidas de reanimação. Por nunca terem sido confrontados com esta questão, decidiram que deveriam ser tomadas todas as medidas necessárias. Durante o restante internamento, com a duração total de 25 dias, houve estabilização clínica com resolução da infeção e redução gradual do FiO<sub>2</sub>, tendo tido alta sem necessidade de oxigénio suplementar. **Discussão e conclusão:** A integração de crianças e adolescentes em cuidados paliativos não diminui a esperança dos pais sendo que esta abordagem é melhor recebida se introduzida precocemente, enquadrada num plano para a vida. É frequente discussões sobre decisões de não reanimação ocorrerem tardiamente na evolução da doença quer por fatores parentais como por falta de treino por parte dos profissionais de saúde, que têm a sensação de que os pais podem não estar preparados para esta temática. O caso apresentado demonstra a importância de um plano de cuidados individualizado que defina os desejos de cuidados e tratamentos para o futuro, que identifique e antecipe intercorrências futuras. Este plano deve estabelecer limites terapêuticos, ser atualizado regularmente e partilhado com todos os envolvidos nos cuidados destas crianças e adolescentes. Em famílias que não foram preparadas para estas questões existe maior tendência

para a ocorrência de obstinação diagnóstica e terapêutica, que pode por si só causar sofrimento acrescido.

Sisk, B. (2020). Response to Suffering of the Seriously Ill Child: A History of Palliative Care for Children. *Pediatrics*, 145(1).

Friedrichsdorf, S. (2018). Delivering Pediatric Palliative Care: From Denial, Palliphobia, Pallilalia to Palliative. *Children*, 5(9), 120.

Sanderson, A. (2013). Clinician Perspectives Regarding the Do-Not-Resuscitate Order. *JAMA Pediatrics*, 167(10), 954.

Hauer, J. (2019). Pediatric palliative care. *Uptodate.com*.

Smith, A. (2021). Communication of prognosis of palliative care. *Uptodate.com*.

A Guide to Children's Palliative Care (Fourth Edition) is published by Together for Short Lives, England.: Lizzie Chambers (2018)

Cuidados Paliativos Pediátricos Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (despachos 8286-A/2014 e 8956/2014). 2014

**Palavras chave:** Paliativos; Pediatria; Comunicação

**ICCA2022-84385**

### **Suicídio Com Nitrato De Sódio: Uma Nova Realidade**

Andreia Fiuza Ribeiro <sup>1</sup>, Sara Completo <sup>1</sup>, Pedro Nunes <sup>1</sup>, Helena Isabel Almeida <sup>1</sup>, Nandi Rodrigues <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Departamento da Criança e do Jovem do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*

<sup>2</sup> *Urgência Geral do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*

**Introdução:**A taxa de suicídio em adolescentes tem vindo a aumentar. Apesar de ser uma situação incomum, o uso de nitrato de sódio para suicídio tem, também, aumentado nos últimos anos. Esta forma de suicídio tem sido estimulada através de informação on-line, por causar uma morte indolor e ser um produto fácil de obter. O nitrato de sódio é um oxidante, pelo que converte a hemoglobina em metahemoglobina, limitando o transporte e entrega de oxigénio aos tecidos, causando asfixia. Além disso, pela produção de óxido de nítrico, causa vasodilatação e hipotensão. A ingestão de doses elevadas está associada a elevada mortalidade. Existe tratamento eficaz para reverter os efeitos da metahemoglobinémia, que deve ser iniciado precocemente. Detetar e alertar para esta forma de suicídio é muito relevante na prevenção de novas situações.**Caso clínico:**Jovem de 17 anos, sexo masculino, previamente saudável, residia com irmã de 14 anos e tia, após falecimento da mãe. Relata-se caso de ingestão voluntária de nitrato de sódio, comprado on-line como fertilizante. O jovem pediu ajuda através do 112, por vômitos e parestesias nos membros inferiores. À chegada dos bombeiros apresentava-se prostrado mas reativo, hipotenso (TA 55/36 mmHg), taicárdico (FC 103 bpm), hipoxémico (SpO2 85% com máscara de alto débito) e cianosado. Durante o transporte para o serviço de urgência do HFF, entrou em paragem cardiorrespiratória, tendo sido iniciado suporte básico de vida. Na sala de reanimação, foi entubado e ventilado com eficácia (PaO2 293 mmol/L),

mantendo cianose marcada das extremidades e da via aérea. Ritmo inicial de paragem de atividade elétrica sem pulso, evoluindo para fibrilhação ventricular, pelo que foi realizada adrenalina e desfibrilhação segundo o algoritmo. Foi contactado o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) que deu indicação para a administração de azul de metileno. Não houve recuperação de circulação espontânea ao fim de 35 minutos, pelo que foram suspensas manobras de ressuscitação. A irmã foi avaliada pelo Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NHACJR). Esta situação foi encaminhada para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e Polícia Judiciária, onde se verificou que a irmã tinha ideação suicida organizada, pelo que iniciou seguimento em consulta de pedopsiquiatria. Comentários: Este caso pretende alertar para o crescendo de informação on-line sobre o nitrato de sódio como método de suicídio, assim como a facilidade da sua obtenção. Deve-se suspeitar de intoxicação por nitrato de sódio perante quadro clínico sugestivo, associado a cianose persistente apesar de adequada oxigenação e ventilação. Nestes casos é importante o contacto precoce com o CIAV, bem como o início de substâncias redutoras, como azul de metileno.

- Yard E, et al. Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12–25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic — United States, January 2019–May 2021. *MMWR*. 2021; 70: 24, 888-894.
- Neth M, et al. Fatal Sodium Nitrite Poisoning: Key Considerations for Prehospital Providers. *Prehospital Emergency Care*, 2020.
- Mudan A, Lebin J, Smollin C. National Poison Data System (NPDS) review of intentional sodium nitrite ingestions 2009–2019. *Toxicology Communications*. 2021;5:1, 147-152.
- Durão C, Pedrosa F, Dinis-Oliveira R. A fatal case by a suicide kit containing sodium nitrite ordered on the internet. *Journal of Forensic and Legal Medicine*; 2020: 73.
- Mudan A, et al. Severe Methemoglobinemia and Death from Intentional Sodium Nitrite Ingestions. *The Journal of Emergency Medicine*. 2020; 59:3, E85-E88.
- Michienzi A. Sodium Nitrite Use: A Dangerous New Trend. *ToxTalks*, Blue Ridge Poison Center, 2021.
- Durão C, Pedrosa F, Dinis-Oliveira R. Another suicide by sodium nitrite and multiple drugs: an alarming trend for “exit”? *Forensic Sci Med Pathol*. 2021; 17:2, 362-366.

**Palavras chave:** Nitrato de sódio; Suicídio; Adolescente; On-line

**ICCA2022-84414**

## **Adolescents In A Paediatric Emergency: Recreational Intoxication And Deliberate Poisoning.**

Beatriz Parreira de Andrade <sup>1</sup>, Helena Marques da Silva <sup>1</sup>, Ana Feio <sup>1</sup>, João Faria Dias <sup>1</sup>, Paula Fonseca <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar do Médio Ave*

Background: Intoxication in Adolescence is a public health problem, being an increasing reason for emergency hospital admissions. Among the common causes are binge drinking and deliberate pharmacological intoxication which is frequently associated with poor mental health and inadequate coping mechanisms. Methods: Retrospective analysis of emergency admissions of adolescents with intentional intoxication between January 2018 and December 2020. Data revision included demography, clinical presentation, substance consumption, management, and follow-up. Results: During this period, 68 adolescents were admitted, with an incidence of 0.8 per 1000 admissions, 45.6% were girls and 53.4% were boys, median age was 17 and median Glasgow Scale (GS) at presentation was 14. Recreational intoxication represented 56% of the total admissions due to intentional intoxication of which 60% were male. In this group it was reported alcohol (90%) and cannabinoids (10%) abuse, it occurred more commonly in social events, whereas 3 cases were at school. One adolescent was reported to have depression and another one had oppositional disorder. Mean blood alcohol concentration was 1.66g/L (range: 0.13-2.92). Intravenous fluids were provided in 58% of cases. Most teenagers were discharged and referred to adolescent's clinical outpatient for follow-up. Deliberate poisoning accounted for 44% of cases, of which 27% were male and median age was 14. Only one case had a second admission due to intoxication. In this group 47% had previous diagnosis of depression, anxiety or behaviour disorders and were under psychological or psychiatric treatment. Benzodiazepine was the main drug of choice, followed by opioids. Intravenous fluids were administrated in 73% of cases, gastric lavage with activated charcoal in 53% of cases. Only one adolescent was transferred to an intensive paediatric unit due to coma (GS 7). All cases were also evaluated at adolescent psychiatric department, after clinical stabilization. There were no fatal cases. Conclusion: Alcohol and psychotropic drugs were the most common agents of intoxication. Deliberate poisoning was associated with mental disorders or psychosocial problems, and was more frequent in females at younger age unlike recreation intoxications which were more frequent in males and older patients. Specific mental assessment in emergency department following deliberate self-harm may be associated with mental disorders and timely implementation of prevention and coping mechanisms. Intoxication can lead to other risk behaviours, so preventive measures should be promoted.

- Gricoletto V. ; Cognigni M.; Occhipinti A. "Rebound of Severe Alcoholic Intoxications in Adolescents and Young Adults After COVID-19 Lockdown". J Adolesc Health. 2020

**Palavras chave:** Adolescents; Intoxication; Poisoning

**ICCA2022-87222**

## **Impacto Do Confinamento Causado Pela Pandemia Covid-19 Em Idade Escolar**

Inês Gameiro <sup>1</sup>, Mariana Gouveia Lopes <sup>2</sup>, Beatriz Vala <sup>2</sup>, Maria Manuel Zarcos <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Departamento de Pediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

<sup>2</sup> *Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria*

Introdução A pandemia COVID-19 levou à aplicação de várias medidas de contingência, entre as quais, o confinamento obrigatório e consequente ensino a distância (ED). Tal levou a mudanças de rotina, da dinâmica familiar e escolar, com consequências a vários níveis. Objetivo: Caracterizar o impacto do confinamento causado pela pandemia COVID-19 em crianças/adolescentes em idade escolar, observadas em consulta de Pediatria num hospital nível II. Métodos Estudo prospetivo, descritivo e analítico, realizado através da aplicação de questionários a utentes que frequentam o 2º-12º ano de escolaridade, de 1 Outubro a 30 Novembro de 2021. Análise estatística em SPSS® v25 ( $\alpha=0,05$ ). Resultados Participaram 138 crianças/adolescentes, 53% do sexo masculino, em que 17% frequentava 1º ciclo, 15% 2º ciclo, 35% 3º ciclo e 33% ensino secundário. Todos frequentaram o ED, sendo o dispositivo eletrónico mais utilizado o computador portátil; 28% não possuía nenhum dispositivo, tendo sido adquirido ou emprestado. A maioria (83%) teve ajuda de adultos para os trabalhos escolares, sem diferença estatisticamente significativa quanto à existência de mais irmãos na mesma forma de ensino; quase todos tiveram acesso aos materiais necessários para a realização dos mesmos. Consideraram que os professores se empenharam em tornar o ED possível e eficaz 85% dos alunos, principalmente do 1º e 2º ciclos. Destes, 33% conseguiu aprender de forma semelhante ao ensino presencial. 43% sentiu que as suas notas foram prejudicadas pelo ED e 83% prefere frequentar o ensino presencial. Durante o período de confinamento, 60 (44%) crianças/adolescentes referiram que o seu humor foi afetado de modo negativo, sendo a frustração o sentimento mais evocado. Verificou-se uma associação com maior dificuldade em aprender no ED ( $p<0,017$ ), sentimento de piores resultados escolares ( $p<0,014$ ) e humor dos pais também afetado de forma negativa ( $p<0,005$ ). Este último foi evocado por 38% das crianças/adolescentes, sobretudo ansiedade. Cerca de 78% referiu que o que sentiu mais falta foi da convivência com os amigos. Neste período 14% não comunicou com os colegas, principalmente as crianças do 1º ciclo. Dos que comunicaram, usaram sobretudo as redes sociais (64%). Ver televisão/séries e jogar videogames foram as atividades mais realizadas fora do período de aulas online. No confinamento 77% das crianças suspendeu a prática de desporto, tendo retomado 21%. Aquando o fim do confinamento, 19% não se sentiu seguro em regressar ao ensino presencial. Foram vacinados contra a COVID19 91% dos adolescentes com 12-17 anos. Discussão Apesar da amostra não ser representativa, o ED - que não pode ser dissociado de todo o contexto pandémico e de confinamento - não parece ter sido benéfico para a saúde mental das crianças e das famílias, levando ao desenvolvimento de comportamentos sedentários e alterações do humor. É possível verificar que apesar do empenho dos professores e ajuda de adultos, o ED afetou de forma prejudicial a aquisição de conhecimentos e as avaliações escolares, em que apenas 17% gostaria de o manter. Assim, devem ser procuradas estratégias para diminuir o impacto negativo que este tipo de ensino teve nas crianças/adolescentes e suas famílias.

•Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res.* 2020;293:113429. doi:10.1016/j.psychres.2020.113429

•Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, et al. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 2021;67(1):fmaa122. doi:10.1093/tropej/fmaa122



- Engzell P, Frey A, Verhagen MD. Learning loss due to school closures during the COVID-19 pandemic. Proc Natl Acad Sci U S A. 2021;118(17):e2022376118. doi:10.1073/pnas.2022376118
- Andrew A, Cattan S, Costa Dias M, et al. Inequalities in Children's Experiences of Home Learning during the COVID-19 Lockdown in England. Fisc Stud. 2020;41(3):653-683. doi:10.1111/1475-5890.12240
- Sama BK, Kaur P, Thind PS, Verma MK, Kaur M, Singh DD. Implications of COVID-19-induced nationwide lockdown on children's behaviour in Punjab, India. Child Care Health Dev. 2021;47(1):128-135. doi:10.1111/cch.12816

**Palavras chave:** COVID-19; confinamento; saúde mental; ensino distância

**ICCA2022-89155**

## **Situações De Risco Social No Internamento Pediátrico De Um Hospital De Nível**

### **II**

Catarina Freitas <sup>1</sup>, Joana Machado Morais <sup>1</sup>, Ana Luísa Correia <sup>1</sup>, Sílvia Duarte Costa <sup>1</sup>, Maria José Costa <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano*

<sup>2</sup> *Coordenadora do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco*

**Introdução:** Os maus tratos nas crianças e jovens constituem um importante problema nesta faixa etária, com repercussões negativas no desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. Estes incluem qualquer ação ou omissão não acidental, praticada pelos cuidadores ou outrem, representando assim um verdadeiro problema de saúde pública. **Objetivo:** Caracterizar as situações de risco social num internamento pediátrico. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo dos doentes internados no Serviço de Pediatria num Hospital de nível II, entre 01/01/2020 e 30/11/21. Foi realizada uma avaliação epidemiológica sumária dos casos e uma avaliação do risco social com base no Guia Prático de Maus Tratos em Crianças e Jovens da Direção Geral de Saúde de 2011. **Resultados:** Dos 712 internamentos, 35 foram considerados de risco social e por isso sinalizados ao Serviço Social. A maioria dos menores (80%) apresentava idade inferior a 10 anos e os recém-nascidos representaram 40% das sinalizações. O agregado familiar era nuclear em 34,3% dos casos e em 42,9% dos casos as famílias já se encontravam sinalizadas por risco social. A idade média materna foi de 32,2 anos (16-56 anos) e paterna foi de 35,2 anos (20-67 anos). Relativamente à fonte de rendimento, na maioria dos casos (54,3%) pelo menos um dos pais estava desempregado e 11 casos beneficiavam do rendimento social se inserção. O nível médio de escolaridade dos pais foi o 2º ciclo e apenas uma das mães era analfabeta. A mediana da duração de internamento foi de 10,8 dias (1-44 dias). Os indicadores de risco social mais frequentes na nossa amostra foram: défice de competências parentais (68,6%); pobreza (18,4%) e relações familiares disfuncionais (15,3%). Todos os casos foram sinalizados para o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do nosso hospital. Em 24 casos (68,6%) foi necessário recorrer ao segundo patamar da pirâmide de subsidiariedade, ou seja, encaminhamento para a Comissão de Proteção Crianças e Jovens, da área

de residência. Salienta-se ainda que 6 dos casos foram encaminhados diretamente do internamento para casas de acolhimento. Conclusão: Este trabalho enfatiza a importância da avaliação do risco social das crianças e jovens internados no Serviço de Pediatria, sendo a caracterização sociofamiliar fundamental quando da realização da história clínica. Salienta-se ainda o papel fundamental quer do Serviço Social, quer do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do hospital, para uma intervenção o mais atempada possível e monitorização do cumprimento das medidas aplicadas por entidades de nível superior da pirâmide de subsidiariedade.

1 - Morone J. An Integrative Review of Social Determinants of Health Assessment and Screening Tools Used in Pediatrics. *J Pediatr Nurs.* 2017; 37: 22–28.

2 - Giardino AP, Hanson N, Hill KS, Leventhal JM. *Child Abuse Pediatrics: New Specialty, Renewed Mission.* American Academy of Pediatrics, 2015.

3 - Spencer AE, et al. The Relationship Between Social Risks and the Mental Health of School-Age Children in Primary Care. *Acad Pediatr.* 2020 March; 20(2): 208–215.

4 - Sternberg KJ, et al. Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect* 30 (2006) 283–306.

**Palavras chave:** Risco social; Internamento; Maus Tratos; Crianças

### Um Caso De Fagofobia

Inês Alexandra Azevedo <sup>1</sup>, Sara Alves Araujo <sup>1</sup>, Sara Sofia S. Rodrigues <sup>1</sup>, Cláudia Barroso <sup>1</sup>, Sara Oliveira <sup>1</sup>

<sup>1</sup> CHEDV

**Introdução:**A fobia alimentar, também designada de fagofobia, é uma forma de disfagia psicogénica, caracterizada pelo medo excessivo de comer ou engolir alimentos sólidos e/ou líquidos, sendo precipitada, na maioria dos casos, por um episódio de engasgamento. Os efeitos desta fobia podem incluir restrição e recusa alimentar, perda de peso e malnutrição. **Caso clínico:**Adolescente de 10 anos de idade, sexo feminino, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência, quatro vezes no período de duas semanas, por disfagia e odinofagia associada a recusa alimentar progressiva para sólidos por medo de engolir. A sintomatologia teve início após dois episódios de engasgamento ocorridos com um intervalo de quatro dias. Constatada perda ponderal de 5 kg durante esse período. Exame objetivo sem outras alterações. Estudo analítico sem alterações. Realizou endoscopia digestiva alta tendo sido excluída causa orgânica para a disfagia.Iniciou seguimento semanal em consulta de Psicologia. Orientada para consulta externa, mantendo recusa e restrição alimentar associada a ansiedade/medo de novo episódio de engasgamento. Sem distorção da imagem corporal. Perda ponderal de 8kg desde o início da sintomatologia. Foi solicitada avaliação Pedopsiquiatria, feita psicoeducação individual e familiar e iniciou terapêutica com clonazepam e sertralina. Quatro meses após o início do tratamento melhoria da sintomatologia ansiosa, ganho ponderal de 3 kg e eliminação progressiva das restrições alimentares, pelo que suspendeu medicação. Atualmente, após 12 meses de seguimento, mantém-se assintomática, sem restrições alimentares ou sintomas ansiosos associados.**Discussão:**Na literatura científica existem poucos casos descritos de fagofobia, pelo que não se sabe qual a sua prevalência. O seu reconhecimento é importante não só pelas possíveis complicações do ponto de vista nutricional e orgânico como para diagnóstico diferencial com outras perturbações do comportamento alimentar. Embora não haja evidência científica de qual a abordagem terapêutica mais adequada, destaca-se a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar, como no caso descrito. A integração da família no plano de tratamento é também essencial para o sucesso da terapêutica.

- Loureiro, E. R., Ferreira, A. C., Carvalho, J., Xará, M. J., & Pimentel, I. Um caso de fagofobia: quando o medo nos consome. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*. 2016 May; 32(3): 212–6.
- Çolak Sivri R, Hizarcioğlu Gülşen H, Yılmaz A. Phagophobia Successfully Treated With Low-Dose Aripiprazole in an Adolescent: A Case Report. *Clin Neuropharmacol*, 2018 Jul/Aug; 41(4):148-150
- Baijens LW, Koetsenruijter K, Pilz W. Diagnosis and treatment of phagophobia: a review. *Dysphagia*, 2013 Jun; 28(2): 260-70

- Suraweera C, Hanwella R, de Silva V. Phagophobia: a case report. BMC Res Notes, 2014 Aug; 27(7):574

**Palavras chave:** fagobofia, adolescente, disfagia

**ICCA2022-18620**

## **Crescer No Campo De Batalha Parental - Relato De Casos Clínicos**

Ana Costa <sup>1</sup>, Mariana Pessoa <sup>1</sup>, Lucas Lopes <sup>1</sup>, Joana Calejo Jorge <sup>1</sup>, Graça Mendes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho*

O divórcio parental, frequente nas famílias contemporâneas, acarreta por vezes situações de conflito. Este pode afetar a família e os seus elementos, podendo contribuir para aumento do risco de desenvolvimento de psicopatologia. Por outro lado, uma coparentalidade positiva no pós-divórcio poderá contribuir para reconstrução e estabilização após a rutura. O reconhecimento precoce dos fatores de risco e protetores poderá ser útil para prevenção e intervenção atempada. Este trabalho procura, através da ilustração de casos clínicos, fazer um levantamento de fatores que podem complexificar o processo de divórcio e, no futuro, condicionar problemas de saúde mental na criança. Cinco crianças de idade pré-escolar foram avaliadas em consulta de pedopsiquiatria. Identificaram-se a existência de dificuldades na sequência de conflito prolongado e separação mal resolvida. Dentro do processo desenvolvimental, a fase vivenciada pela criança influencia a vulnerabilidade ao processo de divórcio. O conflito prolongado e o menor esclarecimento quanto ao processo de divórcio também podem condicionar problemas comportamentais e emocionais. O próprio aparecimento de sintomatologia na criança influencia a persistência do conflito familiar e manutenção dos padrões de relações estabelecidas. O processo de divórcio não necessariamente conduz a psicopatologia. Situações de conflito prolongado, crítica ao ex-cônjuge e separações indefinidas poderão ser fatores de vulnerabilidade, sobretudo em fases de desenvolvimento que sejam mais exigentes para a família e respetivo subsistema filial. A criança deverá ser ouvida e respeitada, tendo em conta que necessita de previsibilidade, segurança e tempo de qualidade com cada um dos pais.

(1) PORDATA. (2021). Europa > População > Casamentos e divórcios. <https://www.pordata.pt/>.

(2) Hetherington EM. (2005). Divorce and the adjustment of children. *Pediatr Rev.* 26(5):163-9. doi: 10.1542/pir.26-5-163. PMID: 15863626.

(3) Spremo M. (2020). Children and Divorce. *Psychiatr Danub.* 32(Suppl 3):353-359. PMID: 33030452.

(4) Santos, Maria do Carmo. (2015). Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. Edições silabo.

(5) Lindström M, Rosvall M. (2016). Parental separation in childhood and self-reported psychological health: A population-based study. *Psychiatry Res.* 246:783-788. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.049. PMID: 28029439.

(6) Demby SL. (2016). Parenting Coordination: Applying Clinical Thinking to the Management and Resolution of Post-Divorce Conflict. *J Clin Psychol.* 72(5):458-68. doi: 10.1002/jclp.22261. PMID:

26828998.

(7)Bernet W. (2017). Understanding the reality of parental alienation. *Encephale*. Dec;43(6):507-509. doi: 10.1016/j.encep.2017.11.002. PMID: 29223448.

(8)Schaan VK, Vögele C. (2016). Resilience and rejection sensitivity mediate long-term outcomes of parental divorce. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. (11):1267-1269. doi: 10.1007/s00787-016-0893-7. Jul 26. PMID: 27460656.

(9)Lamela D, Figueiredo B, Bastos A, Feinberg M. (2016). Typologies of Post-divorce Coparenting and Parental Well-Being, Parenting Quality and Children's Psychological Adjustment. *Child Psychiatry Hum Dev*. 47(5):716-28. doi: 10.1007/s10578-015-0604-5. PMID: 26518292

(10)Riley DS, Barber MS, Kienle GS, et al. (2017). CARE Explanation and Elaborations: Reporting Guidelines for Case Reports. *J Clin Epi* 89:218-235. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026

(11)Baum N. (2003). Divorce process variables and the co-parental relationship and parental role fulfillment of divorced parents. *Fam Process*. Spring;42(1):117-31. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00117.x. PMID: 12698603.

(12)Xerxa Y, Rescorla LA, Serdarevic F, Van IJzendorp MH, Jaddoe VW, Verhulst FC, Luijk MPCM, Tiemeier H. (2019) The Complex Role of Parental Separation in the Association between Family Conflict and Child Problem Behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 49(1):79-93. doi: 10.1080/15374416.2018.1520118. PMID: 30657708.

(13)Bernet W, Baker AJ. (2013). Parental alienation, DSM-5, and ICD-11: response to critics. *J Am Acad Psychiatry Law*. 41(1):98-104. PMID: 23503183.

(14)Houchin TM, Ranseen J, Hash PA, Bartnicki DJ. (2012). The parental alienation debate belongs in the courtroom, not in DSM-5. *J Am Acad Psychiatry Law*. 40(1):127-31. PMID: 22396350.

(15)Sandler IN, Wheeler LA, Braver SL. (2013). Relations of parenting quality, interparental conflict, and overnights with mental health problems of children in divorcing families with high legal conflict. *J Fam Psychol*. 27(6):915-24. doi: 10.1037/a0034449. PMID: 24098960; PMCID: PMC3851590.

(16)General UN Assembly. (1989). Convention on the Rights of the Child, 20 November, United Nations. Treaty Series, 1577; p. 3.

**Palavras chave:** Divórcio, Dinâmica familiar, Parentalidade, Idade Pré-escolar.

**ICCA2022-22225**

## **Psychiatric Symptoms Among Siblings Of Children With Chronic Illness: Two Case Perspectives**

Márcia Rodrigues <sup>1</sup>, Pedro Cotta <sup>1</sup>, Graça Fernandes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar e Universitário do Porto*

Siblings of children with a chronic illness are at risk for negative psychological effects. Considering a psychiatric dimension, siblings of children with autism spectrum disorders (ASD) may be at increased risk not only of behavioral or emotional problems but also of neurodevelopmental abnormalities. On the other hand, psychiatric symptoms are common in typically developing siblings of children with

chronic diseases such as cardiac conditions. We present two case perspectives that picture the development of psychiatric symptoms among a child and an adolescent living with a sibling suffering from a chronic illness, firstly describing the experiencing of an ASD patient sibling and secondly reporting the presence of traumatic and somatic-related symptoms that were triggered after a cardiac event in an older sibling. We aim to highlight the importance of assessing the mental health functioning of children and adolescents with siblings suffering from a chronic disease, whether it is a neurodevelopmental or an organic condition.

Chikhradze N, Knecht C, Metzging S. (2017). Young carers: growing up with chronic illness in the family - a systematic review 2007-2017. *J of Compassionate Health Care*. doi: 10.1186/s40639-017-0041-3

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*. Washington, DC: The American Psychiatric Association (2013).

Jokiranta-Olkonemi E, Cheslack-Postava K, Sucksdorff D, Suominen A, Gyllenberg D, et al. (2016). Risk of Psychiatric and Neurodevelopmental Disorders Among Siblings of Proband With Autism Spectrum Disorders. *Jama Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0495

Lin H, Cheng C, Huang K, Hsu J, Bai Y, Tsai S, Chen T, Chen M. (2021). Developmental and mental health risks among siblings of patients with autism spectrum disorder: a nationwide study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-021-01784-9

Kovshoff H, Cebula K, Joy H, Hastings R. (2017). Siblings of Children with Autism: the Siblings Embedded Systems Framework. *Curr Dev Disord Rep*. doi: 10.1007/s40474-017-0110-5

Angell ME, Meadan H, Stoner JB. (2012). Experiences of siblings of individuals with autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment*. doi: 10.1155/2012/949586

Özdemir C, Harmanlı K, Eren M, et al. (2019). Quality-of-life Evaluation of Healthy Siblings of Children with Chronic Illness. *Balkan Med J*. doi: 10.4274/balkanmedj.galenos.2019.2019.7.142

Deavin A, Greasley P, Dixon C. (2018). Children's Perspectives on Living With a Sibling With a Chronic Illness. *Pediatrics*. doi: 10.1542/peds.2017-4151

Sharpe D, Rossiter L. (2003). Siblings of Children With a Chronic Illness: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. doi: 10.1093/jpepsy/27.8.699

Lovell B, Wetherell MA. (2016). The psychophysiological impact of childhood autism spectrum disorder on siblings. *Research in Developmental Disabilities*. doi: 10.1016/j.ridd.2015.11.023

Koukouri E, Soulis SG, Andreoulakis E. (2020). Depressive symptoms of autism spectrum disorder children's siblings in Greece: Associations with parental anxiety and social support. *Autism*. doi: 10.1177/1362361320966847

Shivers C, Jackson JB, McGregor CM. (2019). Functioning Among Typically Developing Siblings of Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology*. doi: 10.1007/s10567-018-0269-2

Dinleyici M, Carman BK, Özdemir CZ, Sahin F, et al. (2019). Quality-of-Life Evaluation of Healthy Siblings of Children with Chronic Illness. *Balkan Medical Journal*. doi: 10.4274/balkanmedj.galenos.2019.2019.7.142

Price M, Legrand A, Brier Z, Hébert-Dufresne L. (2019). The symptoms at the center: Examining the comorbidity of posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and depression with network analysis. *J Psychiatr Res*. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.11.016.

Hilkner SH, Beck AR, Tanaka EZ, Dini AP. (2019). Perceptions of siblings of children hospitalized due to chronic disease. *Revista de Enfermagem Referência*. doi: 10.12707/RIV18074

Dinleyici M, Dağlı FS. (2018). Evaluation of quality of life of healthy siblings of children with chronic disease. *Turk Pediatri Ars*. doi: 10.5152/TurkPediatriArs.2018.6778

Smith MM, Pereira SP, Shafran R, et al. (2018). Impact of Well-being Interventions for Siblings of Children and Young People with a Chronic Physical or Mental Health Condition: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. doi: 10.1007/s10567-018-0253-x

**Palavras chave:** chronic illness, neurodevelopment, anxiety, child and adolescent psychiatry.

**ICCA2022-43588**

## **Perturbação Obsessivo-Compulsiva E Perturbação Da Regulação Do Processamento Sensorial - Relato De Casos Clínicos**

Mariana Pessoa <sup>1</sup>, Ana Vera Costa <sup>1</sup>, Joana Calejo Jorge <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva é uma perturbação psiquiátrica que afeta crianças e adolescentes e é caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões que ocupam grande parte do quotidiano de jovens e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no seu funcionamento social. As Perturbações da Regulação do Processamento Sensorial estão descritas como entidade diagnóstica e são sugeridas quando a criança exibe um padrão de comportamento associado a alterações na regulação dos inputs sensoriais, prejudicando o seu funcionamento nas várias atividades diárias. Com este trabalho pretende-se, através da ilustração de quatro casos clínicos, apresentar uma súmula dos dados bibliográficos recentes sobre estas duas entidades nosológicas e a sua possível interligação. Para tal, foram efetuadas observações clínicas seriadas e consulta de registos clínicos dos quatro doentes em que estas hipóteses diagnósticas foram colocadas e foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os temas nas bases de dados Pubmed, Medline e Cochrane. Os sintomas de hipersensibilidade estão relacionados com sintomas obsessivo-compulsivos, estando descritos em alguns casos de POC sintomas sensoriais primários, na ausência de pensamentos intrusivos, como possíveis causadores dos rituais compulsivos. É descrita uma relação positiva entre a maior frequência de sintomas sensoriais e o início precoce da sintomatologia obsessivo-compulsiva e parece existir um maior impacto em doentes com POC que apresentam também história de tiques ou Síndrome de Tourette. Apesar dos escassos dados da literatura, a evidência suporta a possível existência de um subtipo específico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, identificando o subgrupo de pacientes que manifestam fenómenos sensoriais. O reconhecimento destes fenómenos e dos comportamentos conduzidos por estes devem ser explorados durante a realização de uma história clínica completa e minuciosa, de forma a permitir a identificação e intervenção neste subgrupo de doentes com características fenotípicas distintas numa fase de vida precoce.

Uhre, C. F. et al. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Jan;59(1):64-77. doi: 10.1016/j.jaac.2019.08.480.

American Psychiatric Association. (2013). Obsessive-Compulsive Disorder. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Hazen, A. P. et al. Case Series: Sensory Intolerance as a Primary Symptom of Pediatric OCD. *Ann Clin Psychiatry*. 2008; 20(4): 199–203. doi: 10.1080/10401230802437365.

ZERO TO THREE. (2021). Sensory Processing Disorder. In *DC:0–5™ Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (Version 2.0)*

Taylor, S., Ph.D. et al. Sensory Intolerance: Latent Structure and Psychopathologic Correlates. *Compr Psychiatry*. 2014 July ; 55(5): 1279–1284. doi:10.1016/j.comppsy.2014.03.007.

Russo, M. et al. (2013). Obsessive-compulsive disorder: A “sensory-motor” problem? *International Journal of Psychophysiology* 92 (2014) 74-78. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2014.02.007.

**Palavras chave:** Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação da Regulação do Processamento Sensorial, Série de Casos, Fenómenos Sensoriais.

**ICCA2022-74220**

## **Is My Kid On The Spectrum? - Parental Perceptions About Diagnostic's Disclosure In Child And Adolescent Psychiatry.**

Pedro Rebelo Cotta <sup>1</sup>, Francisca Bastos Maia <sup>1</sup>, Graça Fernandes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar Universitário do Porto*

Autism Spectrum Disorder is a neurodevelopmental disorder characterized by persistent deficits in social interaction and communication and by repetitive and restricted patterns of interests, activities and behaviours. Research in the field of autism focuses mainly on the objective issues of the pathology, namely its course, etiological factors and treatment. More recently, qualitative information about the subjective aspects of the disease have begun to emerge. These qualitative data are mainly about issues related to how patients and families deal with the various aspects related to the diagnosis and treatment of a child with autism spectrum disorder. We carried out a non-systematic review of the literature in order to better understand the perceptions and experiences of parents when an autism spectrum disorder was diagnosed in their children. A qualitative study that included 95 parents of children with ASD revealed that, during the diagnostic process, they are often in a state of heightened stress. In another qualitative study that included 40 parents of children with physical, intellectual and developmental disabilities, one of the reasons listed by parents to justify their state of concern was in fact the great need for information about access to services and treatments at the time of diagnosis. Another study, which obtained information from a focus group in a qualitative way, showed that parents wanted to obtain an objective answer about what was happening to their children and extract an exculpatory element from that answer. Looking at the results of another qualitative study that included 30 parents of children with ADHD, it showed that most parents exhibited negative affects of



shock, sadness and hopelessness at the time of diagnosis and that some problems in managing communication at the time of diagnosis were also central to these affective responses. Parents reported that they preferred empathic communication, with professionals who could alleviate the negative elements of the diagnosis. Thus, adopting a systemic model in the treatment of mental disorders in childhood and adolescence emphasizes the need to recognize parents and their mental well-being as important elements in the therapeutic process. It is noticeable that, before a diagnosis, the fear of parents is based on stereotypes about autism whose content comes from the media or popular movies. These stereotypes that fill the imagination of parents can range from profound intellectual weaknesses to savant syndromes. In conclusion, this theme is important since understanding the family's experiences in the course of the autism diagnosis process helps clinicians become more knowledgeable about the disorder and how to help in the therapeutic process.

Gray, D. E. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. *Journal of intellectual disability research*, 50(12), 970-976.

Jacobs, D., Steyaert, J., Dierickx, K., & Hens, K. (2020). Parents' views and experiences of the autism spectrum disorder diagnosis of their young child: a longitudinal interview study. *European child & adolescent psychiatry*, 29(8), 1143-1154.

Keenan, M., Dillenburger, K., Doherty, A., Byrne, T., & Gallagher, S. (2010). The experiences of parents during diagnosis and forward planning for children with autism spectrum disorder. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(4), 390-397.

K., Doherty, A., Byrne, T., & Gallagher, S. (2010). The experiences of parents during diagnosis and forward planning for children with autism spectrum disorder. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(4), 390-397.

Makino, A., Hartman, L., King, G., Wong, P. Y., & Penner, M. (2021). Parent Experiences of Autism Spectrum Disorder Diagnosis: a Scoping Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-18.

Poslawsky, I. E., Naber, F. B., Van Daalen, E., & Van Engeland, H. (2014). Parental reaction to early diagnosis of their children's autism spectrum disorder: an exploratory study. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(3), 294-305.

Aguiar, M. C. M. D., & Pondé, M. P. (2020). Autism: impact of the diagnosis in the parents. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.

Prochnow, A. (2014). An analysis of autism through media representation. *ETC: a review of general semantics*, 71(2), 133-149.

Alsehemi, M. A., Abousaadah, M. M., Sairafi, R. A., & Jan, M. M. (2017). Public awareness of autism spectrum disorder. *Neurosciences Journal*, 22(3), 213-215.

Bennett, M., Webster, A. A., Goodall, E., & Rowland, S. (2018). Translating autism myths into positive futures. In *Life on the autism spectrum* (pp. 1-15). Springer, Singapore.

Maich, K. (2014). Autism spectrum disorders in popular media: Storied reflections of societal views. *Brock Education Journal*, 23(2).

Resch, J. A., Mireles, G., Benz, M. R., Grenwelge, C., Peterson, R., & Zhang, D. (2010). Giving parents a voice: A qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities. *Rehabilitation psychology*, 55(2), 139.

**Palavras chave:** autism spectrum disorder, child and adolescent psychiatry, diagnosis.

**ICCA2022-84448**

## **Quais São Os Fatores Que Medeiam A Associação Entre Vinculação Insegura E Depressão?**

Francisca Bastos Maia <sup>1</sup>, Pedro Cotta <sup>1</sup>, Vânia Martins Miranda <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** Comportamentos internalizantes englobam sintomas relacionados com depressão, ansiedade, isolamento e inibição social. A literatura demonstrou associações significativas entre vinculação insegura e comportamentos internalizantes. A vinculação reflete as expectativas da criança relativamente à resposta do cuidador às suas necessidades. As crianças com vinculação segura, sabendo que podem contar com o seu cuidador quando estão angustiadas, utilizam a sua figura de vinculação como base segura para a exploração, regulando as emoções apropriadamente. Contrariamente, crianças com vinculação insegura adotam uma de duas estratégias para lidar com o cuidador que está indisponível ou é inconsistente: com uma expressão da necessidade de conforto e segurança reprimida (vinculação evitante) ou exagerada (vinculação resistente). **Objetivos:** Este trabalho visa compreender os fatores que medeiam a associação entre vinculação insegura e depressão. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa na PubMed com os termos MeSH “insecure attachment AND depression”. **Resultados/Discussão:** Abela et al. (2005) mostrou que crianças com vinculação insegura e excessiva procura de confirmação experienciam maiores níveis de sintomas depressivos do que crianças que só possuem um ou nenhum destes fatores de risco. Para além disso, a vinculação insegura e a excessiva procura de confirmação estão associadas a uma história passada e a uma maior severidade de episódios depressivos. A análise de mediação da vinculação insegura na depressão foi significativa considerando o papel mediador dos componentes do modelo tridimensional da autorregulação da personalidade (autoconhecimento, autocontrolo e autocompaixão) e explicou 42% da variância da depressão. Assim, a vinculação insegura conduz a depressão ao produzir défices ao nível do autoconhecimento, autocontrolo e autocompaixão. Liu et al. concluiu que a vinculação insegura se relaciona positivamente com a depressão e com a qualidade do sono. Se a vinculação insegura e a qualidade do sono forem tomadas como preditores, o efeito na depressão é significativo. A vinculação insegura aumenta o risco de depressão por processos cognitivos, particularmente, via atitudes disfuncionais, autocriticismo e baixa autocompaixão. Uma meta-análise de 2012 encontrou um efeito pequeno a médio entre a vinculação insegura e o comportamento internalizante. Os resultados desse estudo sugerem que uma criança com vinculação insegura tem duas vezes mais risco de desenvolver comportamento internalizante comparativamente com uma criança com vinculação segura. Altas taxas de comportamento externalizante concomitante fortalecem a associação entre vinculação insegura e comportamento internalizante. **Conclusões:** Em suma, é improvável que um único fator de risco como a vinculação insegura seja suficiente para causar psicopatologia. Os fatores de risco para os problemas internalizantes ocorrem em múltiplos níveis, incluindo fatores específicos do cuidador (emprego, retaguarda, história da infância e

psicopatologia), fatores específicos da criança (genéticos, temperamento, e afeto negativo), fatores relacionados com a família (parentalidade diferencial, conflito conjugal), contextos cultural e socioeconómico. Não obstante, é importante empreender intervenções baseadas na vinculação, visto que estas aumentam a capacidade de resposta e a sensibilidade parental, assim como promovem o desenvolvimento de vinculação segura, as quais são fatores protetores no contexto de problemas internalizantes e externalizantes. Para além disto, em termos psicoterapêuticos, mindfulness e autocompaixão podem ser métodos terapêuticos para pessoas com vinculação insegura que sofrem de depressão.

Abela, J. R., Hankin, B. L., Haigh, E. A., Adams, P., Vinokuroff, T., & Trayhern, L. (2005). Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: the role of insecure attachment and reassurance seeking. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 182–192.

Cortés-García, L., Takkouche, B., Rodriguez-Cano, R., & Senra, C. (2020). Mediation mechanisms involved in the relation between attachment insecurity and depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 706–726. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.082>

Liu, Y., Li, H., Xu, X., Li, Y., Wang, Z., Zhu, H., ... Huang, J. H. (2020). The Relationship between Insecure Attachment to Depression: Mediating Role of Sleep and Cognitive Reappraisal. *Neural Plasticity*.

Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and Internalizing Behavior in Early Childhood: A Meta-Analysis. *Developmental Psychology*, 49(4), 672–689. <https://doi.org/10.1037/a0028793>

Murray, C. V, Jacobs, J. I., Rock, A. J., & Clark, G. I. (2021). Attachment style, thought suppression, self-compassion and depression: Testing a serial mediation model. *PLoS ONE*, 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245056>

Valikhani, A., Abbasi, Z., Radman, E., Goodarzi, M. A., & Moustafa, A. A. (2018). Insecure Attachment and Subclinical Depression, Anxiety, and Stress : A Three-Dimensional Model of Personality Self-Regulation As a Mediator. *The Journal of Psychology*, 1–25. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1468727>

**Palavras chave:** vinculação insegura, depressão, comportamentos internalizantes.

### **Preliminary Efficacy Of A Portuguese Social-Emotional Learning Program On Elementary School Children: A Quasi-Experimental Study**

Carla Peixoto <sup>1</sup>, Vera Coelho <sup>1</sup>, Patrícia Duarte <sup>1</sup>, Mónica Dias <sup>1</sup>, Francisco Machado <sup>1</sup>,  
Andreia Espain <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Universidade da Maia*

<sup>2</sup> *Associação Mente de Principiante*

Interest in promoting students' social and emotional skills (SES) through universal evidence-based programs is spreading around the world, including in Portuguese schools in the last decade (Bowles et al., 2017; Cristovão et al., 2017; Marques-Pinto & Raimundo, 2016). Since 2018 Calouste Gulbenkian Foundation supported financially about 100 local projects, called "Gulbenkian Academies for Knowledge", aiming to promote key SES in children and youth under 25 years old. Nevertheless, there is an urgent need to expand research on developmentally appropriate SEL programs in Portugal, and its efficacy, in order to inform future program delivery. Research shows that students with higher socioemotional skills feel more bounded to school, more comfortable in the school environment and more supported by teachers and peers, thus having more positive school experiences (e.g., Allen et al., 2017; Panayotou et al., 2019). Additionally, it is recognized that SEL interventions can contribute to support students in foster positive relationships with their peers, teachers, families, and with the school community in general, as well as to foster a positive classroom climate which, in turn, contributes to higher academic achievement (Berkowitz et al., 2017). In this context, the purpose of this study was to examine the preliminary efficacy of a social and emotional classroom-based program, infused into the school curriculum, on elementary school children's perceptions about their classroom peer context. This program was delivered in 16-weekly sessions by an external facilitator. Two hundred and eight third to fourth grade students from three Portuguese public elementary schools participated in this study: 143 in the intervention group (8 classes; 54.5% boys; Mage = 8.72; SD = 0.61) and 65 in the control group (4 classes; 52.3% boys; Mage = 8.66; SD = 0.59). The total number of participants per class ranged between 11 and 23 (M = 17; SD = 4.00). Children's perceptions of classroom peer context were measured at pre and post-test by self-report (Boor-Klip et al., 2016). Results from this quasi-experimental revealed the absence of statistically significant differences between groups regarding gender and age, as well as outcomes variables at pre-test. Moreover, a positive effect of the program in classroom conflict ( $F(1, 202) = 4.59, p = .03, \eta^2 = .02$ ), and cooperation ( $F(1, 202) = 1.72, p = .06, \eta^2 = .02$ ) as reported by students in the experimental group compared to the control group was observed. Specifically, there were a statistically significant decrease in conflict, and a marginally significant increase in cooperation. Implications and future directions will be discussed. By sharing our findings, we hope to validate, inspire and/or expand knowledge on implementation efforts strengthening social emotional learning initiatives in Portuguese school settings.

- Allen, K., Vella-Brodrick, D., & Waters, L. (2017). School belonging and the role of social and emotional competencies in fostering an adolescent's sense of connectedness to their school. In E. Frydenberg, A. J. Martin, & R. J. Collie (Eds.), *Social and emotional learning in Australia and the Asia-Pacific: Perspectives, programs and approaches* (83–100). Springer.
- Berkowitz, R., Moore, H., Astor, R. A., & Benbenishty, R. (2017). A research synthesis of the associations between socioeconomic background, inequality, school climate, and academic achievement. *Review of Educational Research*, 87, 425–469. <https://doi.org/10.3102/0034654316669821>
- Boor, K. H. J., Segers, E., Hendrickx, M. M. H. G., & Cillessen, A. H. N. (2016). Development and Psychometric Properties of the Classroom Peer Context Questionnaire. *Social Development*, 25(2), 370–389. <https://doi.org/10.1111/sode.12137>
- Bowles, T., Jimerson, S., Haddock, A., Nolan, J., Jablonski, S., Czub, M., & Coelho, V. (2017). A Review of the Provision of Social and Emotional Learning in Australia, the United States, Poland, and Portugal. *Journal of Relationships Research*, 8(e16), 1-13. <https://doi.org/10.1017/jrr.2017.16>
- Coelho, V., Sousa, V., Raimundo, R., & Figueira, A. (2017). The impact of a Portuguese middle school social-emotional learning program. *Health Promotion International*, 32(2), 292-300. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav064>
- Cristóvão, A., Candeias, A., & Verdasca, J. (2017). Social and emotional learning and academic achievement in Portuguese schools: A bibliometric study. *Frontiers in Psychology*, 8, 1913. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01913>
- Marques-Pinto, A., & Raimundo, R. (2016). Quadro de estudo da Aprendizagem Socioemocional: Evolução e desafios. In A. M. Pinto, & R. Raimundo (Eds.), *Avaliação e promoção de competências socio-emocionais em Portugal* (pp. 15-36). *Coisas de Ler*.
- Panayiotou, M., Humphrey, N., & Wigelsworth, M. (2019). An empirical basis for linking social and emotional learning to academic performance. *Contemporary Educational Psychology*, 56, 193-204. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.01.009>

**Palavras chave:** Social and emotional learning; School-based program; Classroom peer context; Elementary students.

**ICCA2022-11596**

## **Self-Regulation Growth By Child Functioning: Relationships With Child Engagement, Prosocial And Hyperactivity Behaviors**

Vera Coelho <sup>1</sup>, Joana Cadima <sup>2</sup>, Catarina Grande <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *University of Maia - ISMAI*

<sup>2</sup> *Faculty of Psychology and Educational Sciences, Porto University*

Inclusion in early childhood education (ECEC) portrays a complex process that targets all children (Ebersold, 2015; OECD, 2019), with current approaches highlighting classroom diversity and child functioning as key elements. ECE settings are expected to create opportunities to promote all

children's participation, aiming to increase their functioning, wellbeing, and other positive outcomes. Nevertheless, studies often show that children with disabilities or at risk (biological and/or environmental) often present lower functioning profiles and lower results in several outcomes during preschool years, with lasting effects for the formal years education. Among key competencies for preschool years, self-regulation has been identified as pivotal for all children's learning, adjustment, engagement, and social competences (e.g., Eisenberg et al., 2001; Lin et al., 2019; McClelland et al., 2007; Williford et al., 2013). Although most studies on self-regulation focus on typical developing children, the role of transactional processes for self-regulation has been underlined for children at risk or with certain types of disabilities (e.g., Crnic et al., 2004; Nader-Grosbois & Vieillevoys, 2012). Thus, evidence on the extent to which self-regulation and functioning interact with and may influence children's positive outcomes – such as prosocial and engagement – and negative behaviors – such as hyperactivity – can increase knowledge of children trajectories in ECE and inform practitioners actions. This longitudinal study aims to investigate whether gains in self-regulation vary according to child functioning, and whether initial levels and growth in self-regulation predict later (end of preschool) engagement, prosocial and hyperactivity behaviors. Participants were 247 preschoolers: 54 with low-functioning/disabilities; 78 with low-medium functioning/at-risk; 115 with medium-high functioning. Data was collected in three time points (six months apart). Functioning was assessed with the Matrix of Assessment of Activities and Participation (Castro et al., 2015); self-regulation with Head-toes-knees-shoulders (Ponitz et al., 2008); engagement with Child observation in preschool (Farran & Anthony, 2014) and Child Engagement Questionnaire (McWilliam, 1991); prosocial and hyperactivity with Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 2001). Analyses were conducted with MPlus Version 7. Results show that low-functioning/disabilities was significantly associated with lower levels of initial self-regulation skills ( $\beta = -.21$ ,  $SE = .07$ ,  $p = .002$ ); medium-high functioning was significantly associated with higher self-regulation ( $\beta = .42$ ,  $SE = .07$ ,  $p < .001$ ), as opposed low-medium functioning/at-risk. All groups improved self-regulation over time, although with different initial levels and growth. Children with low-functioning/disabilities and medium-high functioning presented less gains in self-regulation than children with low-medium functioning/at-risk ( $\beta = -.29$ ,  $SE = .10$ ,  $p = .002$  and  $\beta = -.20$ ,  $SE = .09$ ,  $p = .029$ , respectively; model fit,  $\chi^2(3) = 0.42$ ,  $p = .94$ ,  $CFI = 1.00$ ,  $RMSEA = .00$ ). Gains in self-regulation were associated with lower hyperactivity and higher engagement, for all groups. Higher functioning was related to higher prosocial behaviors and engagement. Implications of the findings will be discussed, namely, the importance of raising awareness of professionals in inclusive educational settings regarding the relevance of monitoring children's functioning and developing activities to promote self-regulation skills to prevent later prosocial and engagement difficulties.

Castro, S., & Pinto, A. (2015). Matrix for assessment of activities and participation: Measuring functioning beyond diagnosis in young children with disabilities. *Developmental Neurorehabilitation*, 18(3), 177-189. <https://doi.org/10.3109/17518423.2013.806963> Castro et al., 2013

Crnic, K., Hoffman, C., Gaze, C., & Edelbrock, C. (2004). Understanding the emergence of behavior problems in young children with developmental delays. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Early Childhood Intervention*, 17(3), 223-235. <https://doi.org/10.1097/00001163-200407000-00004>

Ebersold, S. (2015). Accessibilité, politiques inclusives et droit à l'éducation: considérations

- conceptuelles et méthodologiques. *European Journal of Disability Research*, 9, 22–33. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.06.001>
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M. . . . Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72(4), 1112-1134. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00337>
- Farran, D. & Anthony, K. (2014). *Child observation in preschool*. Peabody Research Institute. Unpublished manual. Vanderbilt University. Nashville, TN.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Lin, T., Chen, J. Justice, L. M., & Sawyer, B. (2019). Peer interactions in preschool inclusive classrooms: The roles of pragmatic language and self-regulation. *Exceptional Children*. <https://doi.org/10.1177/0014402919828364>
- McClelland, M. M., Cameron, C. E., Connor, C. M., Farris, C. L., Jewkes, A. M., & Morrison, F. J. (2007). Links between behavioral regulation and preschoolers' literacy, vocabulary, and math skills. *Developmental Psychology*, 43(4), 947-959. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.4.947>
- McWilliam, R. (1991). *Children's Engagement Questionnaire*. Frank Porter Graham Child Development Center. Unpublished instrument.
- Nader-Grosbois, N., & Vieillevoys, S. (2012). Variability of self-regulatory strategies in children with intellectual disability and typically developing children in pretend play situations. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(2), 140-156. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01443.x>
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2019). *TALIS 2018 Results (Volume I): Teachers and School Leaders as Lifelong Learners, TALIS*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/1d0bc92a-en>
- Ponitz, C. C., McClelland, M. M., Jewkes, A. M., Connor, C. M., Farris, C. L., & Morrison, F. J. (2008). Touch your toes! Developing a direct measure of behavioral regulation in early childhood. *Early Childhood Research*
- Williford, A. P., Whittaker, J. E., Vitiello, V. E., & Downer, J. T. (2013). Children's engagement within the preschool classroom and their development of self-regulation. *Early Education and Development*, 24, 162–187. <https://doi.org/10.1080/10409289.2011.628270>

**Palavras chave:** self-regulation; inclusive preschools; engagement, prosocial.

**ICCA2022-13681**

## **Orientação Sexual, Sexismo E Violência Nos Relacionamentos Íntimos Em Adolescentes Brasileiros**

Thays Carolyna Pires Mazzini Bordini <sup>1</sup>, Thaís de Castro Jury Arnoud <sup>1</sup>, Gabriel Reis <sup>1</sup>, Luísa Fernanda Habigzang <sup>1</sup>

<sup>1</sup> PUCRS

As desigualdades sexuais e de gênero influenciam as experiências de vitimização nos relacionamentos íntimos entre adolescentes. Por um lado, o sexismo (hostil e benevolente), contribui para que meninas sejam mais vulneráveis a terem seus direitos violados. Já a heteronormatividade invisibiliza populações não heterossexuais, fazendo com que estas não sejam incluídas nos estudos sobre a temática e, por consequência, nas ações de enfrentamento à violência. Objetivo deste estudo: Investigar diferenças entre adolescentes que se identificam como heterossexuais e não heterossexuais nos níveis de sexismo ambivalente e nos índices de vitimização em relação à violência nos relacionamentos íntimos. Trata-se de um estudo transversal e correlacional. Participaram 706 adolescentes brasileiros com idades entre 16 e 19 anos (média = 17,00; DP = 1,018). A maior parte da amostra foi composta por mulheres cis (65,0%; n = 459), seguida de homens cis (22,7%; n = 160) e pessoas não-cis (11,3%; n=80). Em relação à orientação sexual, 36,5% (n=258) da amostra se identificou como heterossexual e 63,1% como não heterossexual (n=446). Foi uma coleta online, através da plataforma Qualtrics e a divulgação da pesquisa se deu a partir das redes sociais (facebook e instagram). Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Dados Sociodemográficos e Presença de Histórico de Violência nas Relações Íntimas e o Inventário de Sexismo Ambivalente. Inicialmente, foram realizadas análises de frequência a fim de caracterizar a amostra. A distribuição dos dados comportou-se de forma não paramétrica, portanto foi utilizado o Teste U de MannWhitney para comparar os níveis de sexismo ambivalente entre os dois subgrupos: heterossexual e não heterossexual. Para verificar os níveis de vitimização de violência entre os dois grupos da amostra, fez-se o teste de Qui-Quadrado. O intervalo de confiança de 95% para a razão de chances foi de 1,33 a 2,73. Como resultados, encontrou-se que adolescentes que identificam-se como não heterossexuais apresentam níveis mais baixos de sexismo ambivalente ( $w=0,896$ ;  $p<0,001$ ) em comparação aos heterossexuais ( $w=0,935$ ;  $p<0,001$ ), apesar de ambos os grupos apresentarem baixos escores. Além disso, observou-se que pessoas não heterossexuais possuem 1,90 mais chances de terem seus direitos violados em um namoro em relação a pessoas heterossexuais. Mulheres cis possuem 1,90 mais chances de terem seus direitos violados no namoro comparado a homens cis. Os resultados encontrados indicam a importância da estruturação de políticas sociais de prevenção e enfrentamento da violência nos relacionamentos íntimos que não reproduzam normativas sexistas e que incluam ativamente a população LGB.

Costa, Â. B., & Nardi, H. C. (2015). Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. *Temas em psicologia*, 23(3), 715-726.

Muñoz, J. M., & Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 2-12.

Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of personality and social psychology*, 70(3), 491.

**Palavras chave:** Sexismo, Violência, Adolescentes, Orientação Sexual.



## Atitudes Frente Ao Gênero E À Violência Em Adolescentes Brasileiros

Thais de Castro Jury Arnoud <sup>1</sup>, Clarissa Pinto Pizarro de Freitas <sup>2</sup>, Luísa Fernanda Habigzang <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

<sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Sofrer violência nos relacionamentos íntimos na adolescência pode contribuir para diversos desfechos negativos em termos de saúde mental. O objetivo deste trabalho foi investigar se as características sociodemográficas (gênero, orientação sexual, tipo de escola), experiência de vitimização em relacionamento afetivo e os níveis de sexismo hostil e benevolente atuavam como antecedentes dos níveis de atitudes frente ao gênero e à violência dos participantes. Participaram 550 adolescentes com idades entre 16 e 19 anos. Destes, 66,4% declararam-se mulheres cis (n=362), 22,2% homens cis (n=121) e 11,35% (n=62) como pessoas não cis. Em relação à orientação sexual, 34,1% da amostra se identificava como heterossexual, 35,4% como bissexual, 9,8% como indefinido, 6,7% como gays, 4,74% como lésbica e 9,8% como outra orientação não citada. Foi realizada coleta online, através da plataforma Qualtrics e a divulgação da pesquisa se deu a partir das redes sociais. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Dados Sociodemográficos e Histórico de Violência, Inventário de Sexismo Ambivalente e Questionário de Atitudes frente ao Gênero e à Violência. Para análise, utilizou-se o modelo de Multiple Indicators Multiple Causes (MIMIC) com o método de estimação WLSMV. Os resultados evidenciaram que o gênero, o tipo de escola, a orientação sexual, níveis de sexismo benevolente e hostil estavam associados às atitudes frente ao gênero e violência. O gênero apresentou uma relação positiva às atitudes frente ao gênero e violência (b = 0,28, p < 0,01). Meninos cis apresentaram os níveis mais altos de atitudes não equânimes frente ao gênero e de legitimação da violência (M = 1,9; DP = 0,8), seguidos pelos indivíduos não cis (M = 1,7; DP = 0,5), sendo que as mulheres cis apresentaram os escores mais baixos (M = 1,6; DP = 0,3). A orientação sexual esteve negativamente associada às atitudes frente ao gênero e violência (b = - 0,25, p < 0,01). Os resultados evidenciaram que indivíduos heterossexuais apresentavam níveis mais altos (M = 1,8; DP = 0,6) em comparação aos participantes que se identificaram como não heterossexuais (M = 1,6; DP = 0,3). O tipo de escola estava negativamente relacionada às atitudes frente ao gênero e violência (b = - 0,11, p < 0,01), mas essa relação apresentou baixa magnitude. Os níveis de sexismo benevolente (b = 0,32, p < 0,01) e hostil (b = 0,67, p < 0,01) associaram-se positivamente às atitudes frente ao gênero e violência, indicando que maiores níveis de sexismo benevolente e hostil podem atuar como antecedentes das atitudes frente ao gênero e violência. Por fim, foi observado que estar em um relacionamento afetivo (b = 0,05, p > 0,01) e ter sido vítima de violência em algum relacionamento afetivo (b = 0,06, p > 0,01) não influenciaram os níveis das atitudes frente ao gênero e violência. A partir dos resultados encontrados, entende-se que as intervenções preventivas e de enfrentamento à violência devem partir de uma leitura interseccional e também incluir fatores socioculturais – como o sexismo e as atitudes frente ao gênero.

Lee, N., Cadogan, J. W., & Chamberlain, L. (2013). The MIMIC model and formative variables: problems and solutions. *AMS review*, 3(1), 3-17.

Reed, L. A., Tolman, R. M., & Ward, L. M. (2017). Gender matters: Experiences and consequences of digital dating abuse victimization in adolescent dating relationships. *Journal of adolescence*, 59, 79-89.

**Palavras chave:** Gênero; Adolescentes; Violência.

**ICCA2022-37256**

## **Revisitando O Emocional Do Adolescente No Século Xxi: O Legado De Helena Jardim**

Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo <sup>1</sup>, Rita Maria Lemos Baptista Silva <sup>2</sup>, António José de Olim Marote Quintal <sup>3</sup>, Noemí Serrano-Díaz <sup>4</sup>, Márcia Lúcia Sousa Dias Alves <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *CLEPUL*

<sup>2</sup> *Universidade da Madeira*

<sup>3</sup> *Hospital Dr. Nélio de Mendonça, SESARAM*

<sup>4</sup> *Universidade de Cádiz*

A adolescência corresponde ao período desenvolvimental de transição entre a infância e a adultez emergente, que ocorre entre os 10 e os 19 anos (WHO, 1986), caracterizada por transformações anátomo-fisiológicas da puberdade, às quais se aliam as alterações no pensamento, na construção da identidade, na relação com os outros e na construção de um sistema ético de valores (Medeiros, 2015). Os adolescentes representam a geração que se prepara para assumir o futuro (Freire & Silva, 2015) e enquadram-se numa etapa decisiva para a intervenção educativa (Caldas, 2017), preventivo-terapêutica (Miguel-Tobal & Orosco, 2015), visando o seu bem-estar emocional. A voz da Professora Doutora, Helena Jardim, sobre o emocional do adolescente no século XXI, subsiste à sua partida desta vida através da obra que legou, designadamente, o “Emocional do jovem do século XXI” e “Contemplar o adolescente no 3.º milénio” que discorre sobre a depressão, a ansiedade e o risco de suicídio (Jardim, 2015; 2016). Neste âmbito, pretende-se visitar o emocional do adolescente no século XXI, situando o legado da autora num amplo espectro das interfaces com a saúde e a educação. Os resultados da investigação que realizou na Madeira, no ano 2014, denunciam que a maioria dos adolescentes não apresenta depressão, nem risco suicidário; manifesta valores baixos de ansiedade estado, valores moderados de ansiedade de perceção e mais elevados de ansiedade traço, principalmente nas dimensões, avaliação social, perigo físico e situação nova; sugerem associação significativa e positiva entre a ansiedade, depressão e ideação suicida, que diferencia nas variáveis incluídas no estudo segundo o sexo, a idade, o percurso escolar prévio, a situação marital dos pais, o consumo de álcool e/ou drogas, a prática desportiva e a socialização com os pares, entre outros. Ilustra o emocional de um grupo de jovens (n= 1557) que vivencia um período crucial e transformacional do seu desenvolvimento, enfrentando obstáculos procedentes da deterioração das condições socioeconómicas, confrontado com consequências nefastas na saúde mental. Apesar da prevalência das perturbações psicopatológicas evidenciadas não se apresentar elevada e corroborar

estudos internacionais, a autora almeja uma atenção especial para os adolescentes mais vulneráveis ou com transtornos psicológicos. Sugere a criação e aplicação precoce de estratégias tendentes a prevenir ou a mitigar os problemas de saúde mental dos adolescentes de modo intersectorial, aliando a saúde e a educação. Presentemente, o emocional do adolescente reportado foi suplantado pela conjuntura atípica e pandémica que, severa e negativamente, tem impactado o mundo. Como os transtornos psicológicos deterioram significativamente o processo de desenvolvimento psicossocial dos adolescentes (Freire & Silva, 2015; Medeiros, 2015; Miguel-Tobal & Orzeo, 2015), urge uma tomada de consciência da problemática, para que seja colocado em marcha uma intervenção diagnóstica e preventivo-terapêutica, tendente a beneficiar o emocional deste grupo populacional. Recomenda-se a leitura integral da obra da Professora Doutora, Helena Jardim a todos aqueles que busquem um caminho, para a compreensão do emocional do adolescente em tempos de pandemia, ou simplesmente para aqueles que estejam à procura de subsídios para uma prática terapêutica ou educacional consciente, nesta etapa da adolescência.

Caldas, J. M. P. (2017). Prefácio. In Lilia Braga Maia, Ana Maria Fontenelle Catrib, Francisca Bertília Chaves Costa (Org.). *A adolescência e as interfaces com a saúde e a educação*. Fortaleza: Edições UFC, p. 9-10.

Freire, T. & Silva, E. (2015). Adolescentes e desenvolvimento positivo: para uma abordagem inovadora da adolescência. In Teresa Medeiros (Coord.) *Adolescência Desafios e Riscos*, Ponta Delgada: Letras Lavadas edições, p. 47-70.

Jardim, M. H. A. G. (2015). *O emocional do jovem no século XXI*. Funchal: Eco do Funchal.

Jardim, M. H. A. G. (2016). *Contemplar o adolescente no 3.º Milénio*. Funchal: Associação Académica da Universidade da Madeira e Helena Gonçalves Jardim.

Medeiros, T. (2015). O conceito de adolescente revisitado. In Teresa Medeiros (Coord.) *Adolescência Desafios e Riscos*, Ponta Delgada: Letras Lavadas edições, p. 27-46 .

Miguel-Tobal, J. J. & Orosco, M. T. (2015). Transtornos de ansiedade em la infancia y la adolescencia. In Teresa Medeiros (Coord.) *Adolescência Desafios e Riscos*, Ponta Delgada: Letras Lavadas edições, p. 363-398.

WHO Study Group on Young People and 'Health for All by the Year 2000' & World Health Organization (1986). *Young people's health - a challenge for society : report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000" [meeting held in Geneva from 4 to 8 June 1984]*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>

**Palavras chave:** adolescentes, ansiedade, depressão, risco de suicídio.

**ICCA2022-38231**

## **Uma Revisão Sistemática Sobre O Papel Da Psicopatia No Reconhecimento De Emoções**

Eduarda Ramião <sup>1</sup>, Patricia Figueiredo <sup>1</sup>, Matilde Silva <sup>1</sup>, Ricardo Barroso <sup>2</sup>, Fernando Barbosa <sup>1</sup>

A psicopatia refere-se a um construto multidimensional que engloba dimensões afetivas, interpessoais e comportamentais. Especificamente, esta dimensão tem sido nomeada de Callous-unemotional Traits (CU), em português Traços de Frieza Emocional, constituindo a primeira extensão do conceito de psicopatia atribuída às crianças (Viding & Kimonis, 2019). Vários autores sugerem que os traços de frieza emocional poderão ser úteis para identificar crianças e adolescentes que exibem problemas de conduta iniciais, severos, crónicos e agressivos (Frick et al., 2014; Viding et al., 2007). Sabe-se que características relacionadas à personalidade, como psicopatia, traços de frieza emocional, déficits de empatia, entre outras, podem influenciar na habilidade de reconhecimento de emoções. Assim, esta revisão sistemática e meta-análise teve como objetivo sintetizar os achados a respeito do papel da psicopatia nos processos de reconhecimento de emoções, a fim de responder à seguinte questão de pesquisa: Como a psicopatia pode influenciar o reconhecimento de expressões faciais? Após o processo de triagem dos artigos, respeitando as diretrizes do PRISMA, 40 estudos foram incluídos, e os principais achados de cada estudo foram analisados. Vários estudos analisaram associações entre pontuações psicopáticas ou pontuações de traços de frieza emocional e reconhecimento emocional. Embora não seja possível comparar diretamente as amostras de adultos com as de crianças e adolescentes, parece que o padrão dos resultados é semelhante para diferentes grupos de idade. A generalidade dos resultados indica uma pior capacidade de reconhecimento de emoção em indivíduos com altas pontuações de psicopatia ou traços de frieza emocional. Na verdade, a psicopatia é um transtorno de personalidade sério no qual os indivíduos apresentam uma capacidade alterada de inibir comportamentos socialmente repreensíveis, com ênfase nos déficits afetivos como o componente central do transtorno (Cleckley, 1941). Em suma, existem evidências que sustentam a associação negativa das características psicopáticas com a capacidade de reconhecer emoções nas expressões faciais, embora também seja necessário considerar a influência de outros fatores. Conforme sugerido por Blair e Coles (2001), os prejuízos no processamento das expressões faciais podem ser, de alguma forma, causados por uma falha na socialização, que está relacionada ao processamento da expressão de tristeza e medo. Assim, a dificuldade de reconhecer várias emoções faciais pode promover diretamente ou estar correlacionada com fatores de socialização que impedem o ajustamento comportamental.

Blair, R., & Coles, M. (2000). Expression recognition and behavioural problems in early adolescence. *Cognitive Development*, 15(4), 421–434. [https://doi.org/10.1016/S0885-2014\(01\)00039-9](https://doi.org/10.1016/S0885-2014(01)00039-9)

Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity; an attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality*. Mosby.

Frick, P. J., Ray, J.V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problem in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin*, 140, 1–57

Viding, E., Frick, P. J., & Plomin, R. (2007). Aetiology of the relationship between callous-unemotional traits and conduct problems in childhood. *British Journal of Psychiatry*, 190(S49), s33–s38. <https://doi.org/10.1192/bjp.190.5.s33>

Viding, E., & Kimonis, E. (2019) Callous-Unemotional traits. In C. J. Patrick, (Ed.), Handbook of Psychopathy. New York, NY: Guilford Press

**Palavras chave:** Traços de frieza emocional, psicopatia, reconhecimento de faces.

**ICCA2022-39429**

## **The Impact Of Covid-19 On The Socioemotional Functioning Of Portuguese Toddlers**

Carolina Toscano <sup>1</sup>, Patrícia Lopes <sup>1</sup>, Cláudia Ramos <sup>1</sup>, Joana Baptista <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *ISCTE-IUL, Centro de Investigação e de Intervenção Social (CIS-IUL)*

The COVID-19 pandemic led to significant changes in the lives of families that may have resulted in toddlers' social isolation from their peers and extended family members with impact on their socioemotional functioning. Social isolation might be particularly threatening for toddlers' functioning in the case of families experiencing higher levels of parenting stress, which has reportedly increased during the pandemic and is a strong predictor of child well-being. Limited evidence on the impact of the COVID-19 pandemic on children has suggested a negative effect on the socioemotional functioning of children aged 3-18 years old (e.g., Jiao et al., 2020) but less is known about the impact in younger children, particularly in Portugal. Furthermore, most studies have examined the impact of COVID-19-related familial socioeconomic factors and did not consider factors related to toddlers' social isolation. In an attempt to shed light on how the pandemic affected the wellbeing of Portuguese toddlers, this study aimed to explore the effect of COVID-19-related social isolation experienced by toddlers on their socioemotional functioning during the third – and worse to date – peak of infections in Portugal, and the potential moderating effect of parenting stress on this relation. Participants included 344 toddlers (191 boys) aged 18 to 36 months old ( $M = 24.20$  months;  $SD = 5.45$ ) and their primary caregivers recruited from childcare centers and social media platforms in Portugal. Caregivers completed a set of questionnaires online. COVID-19-related social isolation was measured through a checklist assessing whether the toddler experienced the following items due to the pandemic: (1) limited opportunities to interact with other significant family members, (2) limited opportunities to interact with other children, and (3) limited opportunities to participate in activities outside the house. Parenting Stress was measured using the Daily Hassles Questionnaire (Kanner et al., 1981). Toddlers' socioemotional functioning was measured using the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA; Briggs-Gowan et al., 2004), yielding two subscales: socioemotional competence and socioemotional problems. To examine the main and interaction effects of COVID-19 related social isolation and parenting stress on toddlers' socioemotional functioning, two moderation analyses were performed separately for toddlers' socioemotional competence and toddlers' socioemotional problems using the PROCESS macro for SPSS (Hayes, 2012). Family socioeconomic risk and child sex were included as control variables due to their significant correlation with toddlers' socioemotional functioning. Results revealed no significant main and interaction effects of social isolation and parenting stress on toddlers' socioemotional competence, all  $p > .05$ . COVID-19-related

social isolation and parenting stress were positively associated with toddlers' socioemotional problems,  $b = 0.59$ ,  $p = .03$  and  $b = 0.55$ ,  $p = .04$  respectively. However, there was no significant interaction effect between COVID-19-related social isolation and parenting stress in the prediction of toddlers' socioemotional problems,  $b = -0.05$ ,  $p = .14$ . Results will be discussed in terms of implications for children's development and family functioning.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D. V. (2004). The brief infant-toddler social and emotional assessment: Screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (2), 143-155. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh017>

Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling 1. Retrieved from <http://www.afhayes.com/>

Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J. , Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *Journal of Pediatrics*, 221, 264–266.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaffer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two models of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1–39. <https://doi.org/10.1007/BF00844845>

**Palavras chave:** COVID-19; social isolation; socioemotional functioning; parenting stress.

**ICCA2022-42511**

## **Covid-19 Related Distress, Adolescents And Internalizing Symptomatology – How Are The Youngsters Doing?**

Oliveira, M. <sup>1</sup>, Fernandes, C. <sup>1</sup>, Barbosa, F. <sup>1</sup>, Ferreira-Santos, F. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*

Since March 2020, Portugal has been under restrictive measures to contain the SARS-CoV-2. With many advances and retreats regarding the reports on spreading, infections and deaths, the pandemic has negatively influenced the Portuguese population and became a persistent stressor. In adolescents, the impact of the COVID-19 pandemic was mainly related to the lockdowns and decreased social interaction, along with the health concerns. Stress, loneliness, and anxiety became evident with the closure of schools, separation from friends, home confinement, disruption of daily routines and, in some cases, lack of access to educational resources (Ellis et al., 2020; Oliveira & Fernandes, 2020). In this work, COVID-19 related distress is assessed by “The COVID Stress Scales” (CSS; Taylor et al., 2020) adapted to Portuguese adolescents. This instrument evaluates the danger of the pandemic reported by the adolescent, the fear of the socioeconomic consequences of the pandemic, the symptoms of Traumatic Stress and the behaviors related to Compulsive Checking and Reassurance Seeking. All of these dimensions quantify the adolescent's stress associated with COVID-19. The internalizing symptomatology of the adolescent, namely symptoms of anxiety, depression, isolation and somatic complaints, was further assessed through the internalizing cluster of “The Youth Self-

Report Inventory” (YSR; Achenbach, 1991), which evaluates the adaptative vs. psychopathological functioning of the youngster. The sample is composed of 277 adolescents (11-16 years), recruited from six schools in the North and Centre regions of Portugal. After collecting the guardians’s permissions and the participants’ agreements, the sample attending 7th, 8th and 9th grades completed an online protocol including the above-mentioned measures (and others). Results show that almost 60% of the sample reported some symptoms of traumatic stress related to COVID-19, and more than 80% exhibited compulsive checking and reassurance seeking behaviors, as well as the danger of the pandemic and the fear of the socioeconomic consequences. Regarding the internalizing symptomatology, 94% of the adolescents reported anxiety, 93% reported isolation, and 87% reported somatic complaints. The danger of the pandemic, the fear of the socioeconomic consequences, and the internalizing symptomatology were significantly higher in girls than boys. Finally, results reveal a significant positive correlation between anxiety and somatic complaints, and all the dimensions of COVID-19 related distress. Interestingly, previously isolated and depressed adolescents appear to be less affected by the pandemic, possibly because the global isolation imposed by the confinement periods may have reduced the pathological weight of isolation. The conclusions of this work can help clinicians and other technicians working with adolescents to plan efficient interventions focused on the internalizing symptomatology that will minimize the effects of the pandemic during this vulnerable developmental period.

Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, V.T.: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 52(3), 177-187. <https://doi.org/10.1037/cbs0000215>

Oliveira, M. & Fernandes, C. (2020). Managing the Coronavirus Pandemic in Portugal: a step-by-step adjustment of health and social services. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12 (5), 536-538. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000879>

Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D. & Asmundson, G. J. G. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*. [doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232)

**Palavras chave:** ADOLESCENT; COVID-19; COVID STRESS SCALES; YSR.

**ICCA2022-50611**

## **Self-Compassion And Social Anxiety: Differential Associations Between Normative And Socially Anxious Adolescents**

Diana Vieira Figueiredo, Rita Ramos Miguel <sup>1</sup>, Maria do Céu Salvador <sup>1</sup>, Luiza Nobre-Lima <sup>1</sup>, Daniel Rijo <sup>1</sup>, Paula Vagos <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *University of Coimbra, Center for Research in Neuropsychology and Cognitive and Behavioral Intervention (CINEICC) Faculty of Psychology and Educational Sciences*

<sup>2</sup> *Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Instituto de Desenvolvimento Humano Portucalense*

Social anxiety is a common experience particularly during adolescence, that may, nonetheless, exacerbate to psychopathological levels. Social Anxiety Disorder (SAD) is characterized by a marked and persistent fear of social or performance situations in which one may be exposed to the scrutiny of others. It has been associated with self-compassion, but mostly in non-clinical adults/adolescents samples. Self-compassion can be defined as the ability to be touched by one's own suffering, with a desire to alleviate it and involving a nonjudgmental attitude towards pain, inadequacies, and failures, so that one's experience is seen as part of the human experience. Little is known about how social anxiety and self-compassion are associated in clinical samples of adolescents with SAD. Moreover, specific associations between social anxiety and the components of Self-compassion (i.e., self-kindness versus self-judgment, common humanity versus isolation, and mindfulness versus over-identification) are yet to be examined. The present study investigated the moderating role of a clinical versus non-clinical sample in the pathways linking the components of self-compassion and social anxiety. The sample consisted of 32 adolescents (Mage = 15.88, SD = .833) of which 23 were girls. They were assessed through a clinical structured interview that led to 17 pertaining to the clinical group (i.e., 53.1% presenting with a primary diagnosis of SAD) and 15 pertaining to the non-clinical group (i.e., 46.9% presenting with no clinical diagnosis). Self-report measures were used to assess social anxiety, self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness, and over-identification. Six separate moderation models were tested, each with one of the self-compassion components as the independent variable and social anxiety as the dependent variable. All models were statistically significant, with self-compassion explaining between 67.5% (i.e., Common-humanity) and 81% (i.e., Over-identification) of the variance of social anxiety. The moderating effect of group was only significant when linking self-judgment and over-identification to social anxiety: self-judgment and over-identification were positively associated with social anxiety for the SAD group, but not for the non-clinical group. In line with previous findings, higher levels of self-compassion were found to be associated with experiencing lower levels of social anxiety overall. However, self-judgment and over-identification seem to have a specific role concerning clinical levels of social anxiety. These components of self-compassion may reflect pathological processes that are proposed to be distinctive of SAD, namely negative expectations and evaluations about ones' social performance and a ruminative thinking style both before and after the feared social events. As such, addressing self-judgment and over-identification may be particularly relevant when designing compassion-focused approaches to adolescent's SAD, as they seem to sustain social anxiety in its clinical presentation.

American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5.a ed.)*. American Psychological Association.

Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. P., & Salvador, M. C. (2008). Social fears in adolescence – The social anxiety and avoidance scale for adolescents. *European Psychologist*, 13(3), 197–213. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.3.1974>

Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). *Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: Adaptação*



e qualidades psicométricas da Escala de Auto-Compaixão. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 4(2), 95–117.

Gill, C., Watson, L., Williams, C., & Chan, S. W. Y. (2018). Social anxiety and self-compassion in adolescents. *Journal of Adolescence*, 69, 163–174. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.10.004>

Makadi, E., & Koszycki, D. (2020). Exploring Connections Between Self-Compassion, Mindfulness, and Social Anxiety. *Mindfulness*, 11(2), 480–492. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01270-z>

Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

Ştefan, C. A. (2019). Self-compassion as mediator between coping and social anxiety in late adolescence: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescence*, 76, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.013>

Vagos, P., & Pereira, A., & Cunha, M. (2013). Evaluating social fears in late adolescence: Study with a Portuguese Sample. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(3), 373–385. <https://doi.org/10.1080/17405629.2013.841093>

Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-Compassion and Social Anxiety Disorder. *Anxiety, stress, and coping*, 25(5), 543–558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>

**Palavras chave:** Social Anxiety Disorder; Self-Compassion; Adolescents; Clinical and Non-Clinical.

**ICCA2022-52608**

## **Benefícios De Um Novo Programa De Aprendizagem Socioemocional Na Redução Da Sintomatologia Psicopatológica E Na Promoção Das Competências Socioemocionais Globais, Na Perspetiva Das Crianças**

Rita Antunes <sup>1,2</sup>, Maryse Guedes <sup>1,2,3</sup>, Joana Alexandre <sup>4</sup>, Manuela Veríssimo <sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> *William James Center for Research, ISPA-Instituto Universitário*

<sup>2</sup> *Hospital CUF Descobertas*

<sup>3</sup> *ISPA-Instituto Universitário*

<sup>4</sup> *ISCTE, CIS\_IUL*

A investigação mostrou que os programas de aprendizagem socioemocional se revestem de benefícios significativos não apenas na promoção das competências socioemocionais, mas também na redução da sintomatologia psicopatológica (Corcoran et al., 2018; Taylor et al., 2017). Porém, a maioria dos estudos sobre os benefícios percebidos pelas crianças com a participação nos programas SEL em idade escolar, na perspetiva das crianças, que foram conduzidos até à data incidiram essencialmente em intervenções de longa duração (Aber et al., 2003; Chuang & Muñoz, 2006; Jones et al., 2010, 2011).

Assim, o presente estudo teve como objetivo examinar os benefícios da participação num novo

programa de aprendizagem socioemocional, composto por oito sessões com periodicidade semanal ou bissemanal, na redução dos sintomas psicopatológicos (depressão e stresse) e na melhoria das competências socioemocionais globais, na perspetiva das crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos (57% rapazes, 43% raparigas, considerando o sexo e a faixa etária (8-9 vs. 10-12 anos).

Noventa e cinco crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos, recrutadas em nove escolas e uma instituição de solidariedade social da região de Lisboa e Vale do Tejo, participaram num programa de prevenção universal, fundamentado no modelo teórico de Sroufe (2005), destinado à promoção de competências socioemocionais (e.g. autorregulação, autorreflexão e regulação e expressão de emoções), ao reforço da relação interpessoal com os pares e ao aumento os seus níveis de flexibilidade cognitiva (Lin & Bratton, 2015; Meany-Walen & Telling, 2016), com recurso a dinâmicas de relaxamento e treino cognitivo-comportamental (Carsey et al., 2015; Huguet et al., 2017; Vickery & Dorjee, 2015). Os participantes preencheram a Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse para Crianças e a escala Para mim é fácil, no pré-teste, pós-teste e seis meses após a participação (follow-up) no novo programa de intervenção para avaliar a sintomatologia psicopatológica (depressão e stresse) e as competências socioemocionais, respetivamente.

As ANOVAs mistas com correções de Bonferonni mostraram que as crianças mais novas (8-9 anos) e mais velhas (10-12 anos) de ambos os sexos relataram uma diminuição de magnitude pequena ao nível da depressão do pré-teste para o pós-teste [ $t(91) = 3.69, p < .001, d = 0.29$ ] e do pré-teste para o follow-up [ $t(93) = 4.49, p < .001, d = 0.37$ ]. Além disso, os participantes perceberam uma redução de magnitude pequena nos relatos de stresse do pré-teste para o follow-up [ $t(93) = 4.02, p < .001, d = 0.34$ ]. Foi ainda observada uma melhoria significativa de magnitude pequena do pré-teste para o pós-teste [ $t(91) = -3.46, p < .001, d = 0.33$ ] e do pré-teste para o follow-up [ $t(93) = -2.58, p = .01, d = 0.23$ ] ao nível das perceções das crianças acerca das suas competências socioemocionais.

Estes resultados mostram que a participação no novo programa de aprendizagem socioemocional de curta duração é percebida como benéfica para a redução da sintomatologia psicopatológica e para a promoção das competências socioemocionais globais pelas crianças mais novas (8-9 anos) e mais velhas (10-12 anos) de ambos os sexos.

Aber, J. L., Brown, J. L., & Jones, S. M. (2003). Developmental trajectories toward violence in middle childhood: Course, demographic differences, and response to school-based intervention. *Developmental Psychology, 39*(2), 324-348. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.39.2.324>

Carsley, D., Heath, N. L., & Fajnerova, S. (2015). Effectiveness of a classroom mindfulness coloring activity for test anxiety in children. *Journal of Applied School Psychology, 31*, 239–255. <https://doi.org/10.1080/15377903.2015.1056925>

Corcoran et al. (2018). Effective Universal school-based social and emotional learning programs for improving academic achievement: A systematic review and meta-analysis of 50 years of research. *Educational Research Review 25*. DOI:10.1016/j.edurev.2017.12.001

Huguet et al. (2017). A pilot study of the efficacy of a mindfulness program for children newly diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder: Impact on core symptoms and executive functions. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy 17*(3): 305-316

Jones, S. M., Brown, J. L., & Aber, J. L. (2011). Two-year impacts of a universal school-based social-emotional learning and literacy intervention: An experiment in translational developmental research.

Child Development, 82(2), 533-554. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01560.x>

Jones, S. M., Brown, J. L., Hoglund, W. L. G., & Aber, J. L. (2010). School-randomized clinical trial of an integrated social-emotional learning and literacy intervention: Impacts after 1 school year. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(6), 829-842. <https://doi.org/10.1037/a0021383>

Lin, Y., & Bratton, S. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development, 93*(1), 45-58. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x>

Meany-Walen, K. K., & Teeling, S. (2016). Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills. *International Journal of Play Therapy, 25* (2), 64 –77. <https://doi.org/10.1037/pla0000022>

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development, 7*(4), 349-367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>

Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development, 88*(4), 1156-1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>

Vickery & Dorjee (2015). Training in Primary Schools Decreases Negative Affect and Increases Meta-Cognition in Children. *Frontiers in Psychology. Educational Psychology.* <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02025>

**Palavras chave:** programa de aprendizagem socioemocional, sintomas psicopatológicos, competências socioemocionais, idade, sexo.

**ICCA2022-53726**

## **Representações Sobre A Epilepsia Pediátrica: Diferenças Entre Pais E Filhos E Associação Com Variáveis Demográficas E Clínicas**

Bárbara Nazaré <sup>1</sup>, Teresa Mendes, Carla Crespo <sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Universidade Católica Portuguesa*

<sup>2</sup> *Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias*

<sup>3</sup> *Universidade de Lisboa*

**Introdução:** A epilepsia é a doença neurológica mais comum em idade pediátrica, afetando as crianças/adolescentes diagnosticados e seus pais. Segundo o modelo de autorregulação de Leventhal, as representações de doença ajudam a explicar as respostas de coping das pessoas com doença e, conseqüentemente, os seus resultados de saúde. No âmbito da epilepsia pediátrica, os objetivos deste estudo foram: 1) descrever as representações de doença de crianças/adolescentes e seus pais; 2) comparar as representações de doença em crianças/adolescentes e seus pais; e 3) comparar as representações de doença considerando variáveis demográficas (sexo e grupo etário da criança/adolescente) e clínicas (gravidade e controlo da doença). **Método:** A amostra incluiu 184 crianças/adolescentes (dos 8 aos 18 anos) com epilepsia diagnosticada há pelo menos seis meses e um dos seus pais (85,3% de mães), recrutados em três instituições do Sistema Nacional de Saúde.

Não foram incluídas crianças/adolescentes com atraso global do desenvolvimento ou atraso cognitivo. Os participantes responderam a uma ficha de dados sociodemográficos e à versão portuguesa do Brief Illness Perceptions Questionnaire (BIPQ). A caracterização clínica da epilepsia coube aos neuropediatras que acompanhavam as crianças/adolescentes. Resultados: Relativamente ao primeiro objetivo, a representação de controlo da doença através do tratamento foi a mais acentuada para crianças/adolescentes ( $M = 8,36$ ,  $DP = 2,18$ ) e para pais ( $M = 9,01$ ,  $DP = 1,77$ ); a representação de identidade da doença foi a menos acentuada para crianças/adolescentes ( $M = 2,44$ ,  $DP = 2,59$ ) e para pais ( $M = 3,08$ ,  $DP = 2,51$ ). Relativamente ao segundo objetivo, verificaram-se diferenças entre as representações de crianças/adolescentes e seus pais ( $F = 18,61$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2p = 0,46$ ), cujas médias foram significativamente mais elevadas em todas as representações - exceto curso da doença e controlo pessoal, em que não se verificaram diferenças. A diferença de maior magnitude foi a de preocupação com a doença ( $F = 114,70$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2p = 0,39$ ). Relativamente ao último objetivo, nas representações das crianças/adolescentes, houve diferenças de acordo com a faixa etária ( $F = 4,63$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2p = 0,18$ ) e gravidade da doença ( $F = 2,54$ ,  $p = 0,012$ ,  $\eta^2p = 0,11$ ). Nas representações dos pais, houve efeito principal da faixa etária ( $F = 3,55$ ,  $p = 0,001$ ,  $\eta^2p = 0,14$ ), gravidade da doença ( $F = 4,58$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2p = 0,18$ ) e controlo da doença ( $F = 2,41$ ,  $p = 0,017$ ,  $\eta^2p = 0,10$ ). Os valores médios foram mais elevados quando as pessoas diagnosticadas eram adolescentes, e não crianças, e quando a doença tinha maior gravidade. Conclusões: As representações de crianças/adolescentes e seus pais diferem - com os pais a perceberem maior ameaça - e estão associadas a algumas variáveis demográficas e clínicas. Dada o potencial impacto que as representações têm na saúde das crianças/adolescentes com epilepsia, estes resultados suportam a relevância da sua avaliação. Caso as representações não sejam congruentes com a informação médica disponível, é importante promover o desenvolvimento de crenças mais precisas e adaptativas.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>

Fischer, M. J., Ketelaar, M., van der Veere, P. J., Verhoef, M., Wadman, R. I., Visser-Meily, J. M. A., van der Pol, W. L., & Schröder, C. D. (2020). Illness perceptions in pediatric spinal muscular atrophy: Agreement between children and their Parents, and its association with quality of life. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 33(2), 297–310. <https://doi.org/10.1007/s10882-020-09749-7>

Fisher, P. L., Reilly, J., & Noble, A. (2018). Metacognitive beliefs and illness perceptions are associated with emotional distress in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 86, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.07.008>

Rizou, I., De Gucht, V., Papavasiliou, A., & Maes, S. (2015). Illness perceptions determine psychological distress and quality of life in youngsters with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 46, 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.03.022>

Turner-Cobb, J. (2014). *Child health psychology: A biopsychosocial perspective*. SAGE.

**Palavras chave:** epilepsia pediátrica, representações de doença, crianças/adolescentes, pais.

## **Eu Aos 80: Ação Intergeracional Com Tema Longevidade Para Combate Ao Ageismo E Estímulo Ao Plano De Vida Com Jovens**

Fernanda Gouveia-Paulino <sup>1</sup>, Luana Man <sup>1</sup>, Catharina Franzoi Magliano <sup>1</sup>, Laura Silva Vicente de Azevedo <sup>1</sup>, Maria Eduarda Franquini Pierro <sup>1</sup>

<sup>1</sup> PUC-SP

**INTRODUÇÃO:** A maior longevidade carrega a perspectiva de mudança populacional que requer que a sociedade se prepare para lidar com idosos e com processos de envelhecimento. Estudos sobre discriminação etária contra o idoso apontam que estereótipos negativos são comuns e interferem na experiência de envelhecimento. Para combater esta realidade, uma alternativa de intervenção é a atuação com projetos sociais e campanhas que reduzam o etarismo, com destaque a ações intergeracionais. Discussões sobre longevidade com população jovem pode envolver planejamento futuro e discussões sobre Projeto de Vida, tema relevante. O projeto social “Eu aos 80” envolve campanha informativa e ação com jovens e pessoas idosas para criação de conteúdo para construção de plataforma digital gameficada com o desafio de ser ferramenta transformadora contra etarismo e permita planejamento de vida considerando contextos e realidades de forma não estereotipada.**OBJETIVOS:** Avaliar resultados de piloto do projeto “Eu a 80” em adolescentes em duas frentes: 1) redução de discriminação etária e visão de envelhecimento, e, 2) reflexão sobre longevidade e plano de vida /perspectivas de futuro.**MÉTODO:** Para coleta e análise dos resultados foram utilizadas duas escalas para rastreio de preconceito etário: Escala de discriminação etária FSA (Fabroni) e Escala Neri – Atitudes em Relação à Velhice, desenhos com tema do projeto, indicação, pelos jovens, de características da velhice, além de entrevista em profundidade para compreensão de características que favoreçam a discriminação etária, visão de envelhecimento e plano futuro no público selecionado para a pesquisa. A análise dos resultados envolveu tratamento estatístico (quanti) e análise de conteúdo (quali).**RESULTADOS:** Foi realizado estudo piloto do projeto social “Eu aos 80” com 2 grupos socioeducativos em formato online (remoto) de jovens de 13 a 14 anos de idade. Participaram do estudo 29 adolescentes por 9 semanas consecutivas. Resultados preliminares apontaram estratégias, conteúdos e formatos de estímulos que fossem mais mobilizadores para a faixa etária. Verificou-se redução de estereótipos com visão mais inclusiva e diversa. O tema envelhecimento pode ser usado como instrumento de reflexão sobre projeto de vida.**DISCUSSÃO:** Apesar da distância no ciclo vital, com estratégias adequadas, foi possível que tema envelhecimento servisse de estímulo para os objetivos do estudo. Compilação de resultados permitiu próxima etapa do estudo (em construção) com criação de aplicativo de fácil acesso com experiências diversas, gameficação envolvendo pontuação, temas que aproximem jovens, contato com pessoas idosas e curiosidades para redução de discriminação etária contra os mais velhos.

CACHIONI, M. AGUILAR, L.E. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores- professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. Revista Kairós, São Paulo, 11(2), dez. 2008, pp. 95-119.

COUTO, M.C.P.P.; KOLLER, S. H.; NOVO, R.; SOARES, P.S. Avaliação de Discriminação contra idosos em Contexto Brasileiro – Ageismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2009, V.25(4), 509-518.

FERREIRA, A. V.; NETO, F. Quem são os mais preconceituosos em relação à idade e os mais sós: jovens, adultos ou idosos? Influência da religiosidade. *INFAD Revista de Psicología, Espanha*, v. 1, n. 2, p. 115-122, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10662/4321> . Acesso em: 09/01/2018

FERREIRA-ALVES, J.; NOVO, R. F. Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology, Espanha*, v. 6, n. 1, p. 65-77, 2006. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4466/1/5.%20Jos%C3%A9%20Ferreira-Alves.pdf> . Acesso em: 10/01/2018.

KRUGER, H. Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In.: LIMA, M.E.O. e PEREIRA, M.M. (orgs). *Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas*. Salvador. EDUFBA, 2004.

França, L.H.F.P, et al. Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro: 2010; 13(3):519-531.

NERI, A.L. *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas. Alínea, 2005.

PALMORE, E.B. *Ageism: negative and positive*. New York: Springer, 1999.

PAPALÉO NETTO, et.al. Longevidade: desafio no terceiro milênio. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. *Bioética e Longevidade Humana*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2006. P259-288.

RUPP, D. E.; VODANOVICH, S. J.; CREDÉ, M. Age Bias in the Workplace: The Impact of Ageism and Causal Attributions. *Journal of Applied Social Psychology, Inglaterra*, v. 36, n. 6, p. 1337-1364, 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Stephen\\_Vodanovich/publication/228658996\\_Age\\_Bias\\_in\\_the\\_Workplace\\_The\\_Impact\\_of\\_Ageism\\_and\\_Causal\\_Attributions1/links/0deec5315ed0c7d19b000000/Age-Bias-in-the-Workplace-The-Impact-of-Ageism-and-Causal-Attributions1.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Stephen_Vodanovich/publication/228658996_Age_Bias_in_the_Workplace_The_Impact_of_Ageism_and_Causal_Attributions1/links/0deec5315ed0c7d19b000000/Age-Bias-in-the-Workplace-The-Impact-of-Ageism-and-Causal-Attributions1.pdf) . Acesso em: 09/01/2018.

SANTOS, B.F. ORDONEZ, T.N., SILVA, T.B.L, CACHIONI, M. Identificação das crenças em relação à velhice e ganhos percebidos de professores do CIEJA. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(2), São Paulo, junho 2011: 119-141.

VIEIRA, S. Relações intergeracionais: as barreiras da institucionalização. *Revista Kairós: Gerontologia* , São Paulo, v. 15, n. 1, p. 119-133, 2012.

WHO. *World Report On Aging and Health*. 2015 Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1)> Acesso em 15 de out. de 2016.

**Palavras chave:** Adolescência, Longevidade, Ageismo, Estilo de vida saudável.

**ICCA2022-56824**

## **O Bem-Estar E Saúde Psicológica Dos Alunos No Início Do Ano Letivo Em Tempos De Pandemia**

Ana Salomé de Jesus <sup>1</sup>, Ricardo Pocinho <sup>2</sup>, Cristóvão Margarido <sup>2</sup>, Eva María Torrecilla Sanchez <sup>1</sup>,  
Susana Palmeiro <sup>3</sup>

Nos últimos tempos, crianças e jovens têm-se deparado com diversos constrangimentos causados pela COVID-19, sejam os confinamentos, o ensino à distância, a diminuição de contacto presencial com amigos e familiares, o cancelamento ou adiamento de atividades, as incertezas em relação ao futuro ou a constante ameaça que o vírus representa para si e para a sua família (Branquinho et al., 2020). Todos estes constrangimentos podem resultar em consequências invisíveis para a saúde psicológica das crianças e jovens, podendo comprometer o seu desenvolvimento holístico, tendo em conta que este é um período do ciclo vital marcado por interações, aquisições e aprendizagens (Francisco, et al, 2020; Santos et al., s.d.). De forma a poder dar resposta especializada às necessidades emocionais e psicológicas evidenciadas pelas crianças e jovens, foi pensado o presente estudo, cujo objetivo é avaliar o bem-estar e saúde psicológica de alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico no início do ano letivo. Participaram nele 112 alunos (F=41%; M=59%), entre os 10 e os 15 anos, de um agrupamento de escolas do Alto Alentejo. Foi aplicado a todos os participantes um questionário composto por duas partes, com questões relacionadas com comportamentos, sentimentos e emoções; em ambas as partes foram utilizadas escalas de resposta tipo Likert de 5 pontos. Os resultados obtidos demonstram que ao nível das emoções predominam as positivas (e.g., alegria, amor/amizade, gratidão), comparativamente às negativas (e.g., medo, tristeza, raiva). Destaca-se o facto de a maioria dos alunos (76%) referir sentir muita ou bastante alegria e de não sentir nenhuma solidão (55%), nada de medo (53%) e nenhuma raiva (49%) ou tristeza (48%). Comparando os resultados obtidos por rapazes e raparigas, verificamos que os rapazes evidenciam ligeiramente mais emoções positivas do que as raparigas, como por exemplo, na calma (58% de rapazes referem sentir muita ou bastante calma, face a 43% das raparigas) ou no medo (93% dos rapazes afirmam não sentir nada de medo ou muito pouco, face a 75% das raparigas); exceção verificada em relação ao amor/amizade, onde as raparigas se destacam (79% sente muito ou bastante) comparativamente aos rapazes (68%). Os resultados relativos à segunda parte do questionário corroboram os resultados da primeira, prevalecendo, também aqui, comportamentos, sentimentos e emoções positivos. A maioria dos alunos afirma ser muito ou totalmente verdade sentirem-se motivados e interessados (60%), tranquilos e calmos (52%), terem vontade de estar com amigos e outras pessoas (81%), e refere ser nada ou pouco verdade sentirem-se sozinhos (82%), sem energia (73%), discutirem frequentemente com os outros (77%) ou terem problemas de sono (59%) ou alimentação (71%). Os resultados do presente estudo mostram-se mais positivos do que os resultados de outros estudos nacionais ao nível da saúde psicológica (Branquinho et al, 2020; Francisco, et al., 2020), o que se pode dever ao facto de estes alunos terem beneficiado no ano letivo anterior de vários projetos de prevenção e intervenção especializada desenvolvidos neste agrupamento de escolas, nomeadamente ao nível da prática de mindfulness e gestão emocional.

Branquinho, C., Santos, A.C., Matos, M.G. (2020). A Covid-19 e a Voz dos Adolescentes e Jovens em Confinamento. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 21(3), 624-632. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210307>

Francisco, R., Pedro, M., Delvecchio, E., Espada, J.P., Morales, A., Mazzeschi, C., & Orgilés, M. (2020). Psychological Symptoms and Behavioral Changes in Children and Adolescents During the Early Phase of Covid-19 Quarantine in Three European Countries. *Front. Psychiatry* 11:570164. DOI:10.3389/fpsyt.2020.570164

Santos, P.I, Saraiva, J.R., Mesquita, E. & Silva, M. (s.d.). O impacto da Covid-19 na saúde mental da população portuguesa. Disponível em: [https://www.ordemdos psicólogos.pt/ficheiros/documentos/covid\\_19\\_e\\_saaode\\_mental.pdf](https://www.ordemdos psicólogos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_e_saaode_mental.pdf)

**Palavras chave:** bem-estar, saúde psicológica, alunos, pandemia.

**ICCA2022-57189**

## **Do Prazer Da Caverna Online Ao Tabuleiro De Chá Partilhado. Arte-Terapia Em Instituição De Acolhimento**

Sónia Brito Esteves <sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia*

A Arte-Terapia/Psicoterapia destaca-se como um método de tratamento psíquico que utiliza mediadores artísticos no contexto de um processo terapêutico específico. Isto resulta numa relação terapêutica própria baseada na interação entre o sujeito (criador), o trabalho artístico (criação) e o/a arte-terapeuta/psicoterapeuta. O recurso à imaginação, simbolismo e metáforas enriquece o processo. As características acima referidas facilitam a comunicação, o ensaio de relações de objeto e a reorganização de objetos internos, uma expressão emocional significativa e um maior autoconhecimento, libertando assim a capacidade de pensar e a criatividade. (Ruy de Carvalho, 2001). Arte em Ti é um grupo terapêutico desenvolvido em meio institucional, no centro de acolhimento “temporário” da AIPAR, em Faro, desde 2017. Perante a realidade de confinamento, o grupo passou do modo presencial, para o modo online. Esta mudança proporcionou uma diferença significativa no envolvimento e empoderamento das adolescentes. O setting terapêutico transformou-se, passando a operar num sistema de inter-relação solidária, em que a confiança, a empatia e a solidariedade, construídas anteriormente, foram postas à prova a fim do sucesso das atividades propostas. Os ciclos técnico-conceituais propostos reforçaram a autonomia, adaptação e resiliência das adolescentes. O regresso a si mesmas através dos mediadores artísticos, proporcionaram a criação artística, integrada num processo terapêutico de Arte-Terapia Vivencial Potencial, o qual perante o cenário covidiano, ativou a sua capacidade de se Ser em si mesma, perante a dificuldade real, e reafirmou o potencial da Arte-Terapia em contexto institucional.

- A Arte de Sonhar Ser. Fundamentos da Arte-Psicoterapia Analítica-Expressiva : Ruy de Carvalho
- The Revealing Image: Analytical Art Psychotherapy in Theory and Practice: Joy Schaverien
- Trauma and Expressive Arts Therapy: Brain, Body, and Imagination in the Healing Process (English Edition): Cathy A. Malchiodi
- Handbook of Art Therapy, Second Edition (English Edition): Cathy A. Malchiodi



**Palavras chave:** Autonomia, Adaptação, Resiliência, Grupo.

**ICCA2022-58182**

## **A Entrevista "Me & My Child": Um Contributo Para A Avaliação Da Aceitação-Rejeição Parental**

Adriana Carrolino <sup>1</sup>, Joana Baptista <sup>1</sup>, Vânia Pires <sup>1</sup>

<sup>1</sup> ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

A aceitação-rejeição parental, de acordo com a Teoria da Vinculação (Ainsworth, 1969), refere-se à capacidade da mãe/pai para integrar de forma adequada sentimentos de conflito e alcançar um equilíbrio entre sentimentos negativos e positivos que podem emergir da tarefa de cuidar da sua criança. A aceitação-rejeição parental tem sido conceptualizada como um contínuo, em que no polo positivo se encontra a aceitação, caracterizada por sentimentos, emoções e comportamentos positivos do cuidador face à criança (e.g., deleite, interesse, amor), e em que no polo negativo se situa a rejeição, caracterizada por sentimentos, emoções e comportamentos negativos do cuidador face à criança (e.g., raiva, ressentimento, frustração). A literatura tem salientado o impacto da aceitação-rejeição parental na saúde psicológica e ajustamento dos indivíduos ao longo da sua vida, podendo refletir-se na sua autoestima e autoeficácia, na qualidade das relações estabelecidas com outros, bem como em problemas de internalização e externalização (e.g., Ildiz & Ayhan, 2020; Baker & Hoerger, 2012; Khaleque & Rohner, 2012). A investigação sobre a temática, no entanto, tem estado alicerçada sobretudo em questionários, no geral, retrospectivos sobre as experiências passadas de parentalidade. O presente estudo teve como objetivo alargar o conhecimento sobre a aceitação-rejeição parental, tendo desenvolvido um novo sistema de cotação para a avaliação da aceitação-rejeição parental a partir de uma entrevista aos próprios cuidadores. A amostra incluiu 56 mães com filhos/as entre os seis e os 12 anos de idade (53.6% do sexo masculino). Relativamente aos instrumentos utilizados, foi solicitado às mães que preenchessem um questionário sociodemográfico, o que permitiu a criação de um compósito de risco socioeconómico, e o questionário Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (World Health Organization, 2012), para avaliar as experiências de adversidade na infância. As mães responderam à entrevista semiestruturada Me & My Child: The Parental Acceptance-Rejection Scale (Carrolino & Baptista, 2021), para cotação da aceitação-rejeição parental numa escala de 1 (aceitação extremamente baixa) a 5 (aceitação elevada) pontos. As entrevistas foram transcritas para posterior cotação. Os desacordos foram resolvidos por consenso. O acordo interjuízes revelou-se adequado (ICC = .92). No que concerne aos resultados, a média da aceitação-rejeição parental situou-se em 3.73 (DP = .96, 1-5). Não foram observadas quaisquer associações estatisticamente significativas entre a exposição a experiências adversas precoces e a aceitação-rejeição parental. O sexo da criança e a idade da mãe também não se revelaram associados à aceitação-rejeição parental. O risco socioeconómico emergiu como negativamente associado à aceitação-rejeição parental, pelo que mães expostas a maior risco socioeconómico evidenciaram níveis mais baixos de aceitação parental. Os resultados serão

discutidos refletindo-se acerca da utilidade da presente escala para a avaliação da aceitação-rejeição parental e considerando as implicações dos resultados deste estudo para a intervenção com famílias em desvantagem socioeconómica.

Ainsworth, M. S. (1969). Maternal Sensitivity Scales. [http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/ainsworth\\_scales.html](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/ainsworth_scales.html)

Baker, C. N., & Hoerger, M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 800-805. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.034>

Carrolino, A., & Baptista, J. (2021). Me & My Child: The Parental Acceptance-Rejection Scale. Manuscrito não publicado. Iscte-IUL.

Ildiz, G. I., & Ayhan, A. B. (2020). A study of predictive role of parental acceptance rejection perceived by children on secure attachment level. *Current Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00897-9>

Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2012). Transnational relations between perceived parental acceptance and personality dispositions of children and adults: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 16(2), 103-115. <https://doi.org/10.1177/1088868311418986>

World Health Organization. (2012). Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ) – rationale for ACE-IQ. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/adverse\\_childhood\\_experiences/questionnaire.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/questionnaire.pdf)

**Palavras chave:** Aceitação-Rejeição Parental, Mau Trato Precoce, Risco Socioeconómico, Entrevista.

**ICCA2022-58620**

## **O Papel Da Empatia No Reconhecimento De Emoções Em Adolescentes: Uma Revisão Sistemática**

Eduarda Ramião <sup>1</sup>, Patrícia Figueredo <sup>1</sup>, Matilde Silva <sup>1</sup>, Ricardo Barroso <sup>2</sup>, Fernando Barbosa <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*

<sup>2</sup> *Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*

Perceber as emoções dos outros é importante para manter relações interpessoais bem-sucedidas. Este construto inclui conceitos como teoria da mente, empatia (Quesque & Rossetti, 2020) e percepção de emoções (Mitchell & Phillips, 2015), elementos fundamentais para compreender os estados mentais e as emoções das outras pessoas. A empatia pode ser definida como a competência para partilhar experiências emocionais e sensoriais de outras pessoas (Bajouk & Hansenne, 2019). É um elemento crucial para o sucesso das relações interpessoais, da socialização e raciocínio moral, e uma motivação acrescida para ajudar os outros e responder às suas emoções de forma congruente. A empatia é influenciada por vários fatores contextuais e, bem como, por diferenças individuais. Assim, a investigação da relação entre a empatia e a capacidade para reconhecer expressões faciais

é importante, uma vez que as expressões faciais são pistas cruciais que orientam as interações sociais (Holland et al., 2020) e a empatia é responsável pela descodificação dessas pistas. Sabe-se que características relacionadas com a personalidade, como psicopatia, traços de frieza emocional, défices de empatia, entre outros podem influenciar a capacidade de reconhecimento de emoções. Assim, esta revisão sistemática visou sintetizar as conclusões sobre o papel da empatia no processo de reconhecimento de emoções, a fim de responder à seguinte questão de investigação: Como é que a empatia pode influenciar o reconhecimento de expressões faciais? Após o processo de seleção dos artigos, respeitando as diretrizes da PRISMA (Moher et al., 2015), foram incluídos 21 estudos e foi possível analisar as principais conclusões de cada estudo. Os resultados indicam que, quer para amostras comunitárias de adolescentes ou crianças, quer para os agressores adolescentes, características como a preocupação empática, a empatia cognitiva e afetiva, a reatividade emocional, as competências sociais e a tomada de perspetiva estão positivamente relacionadas com o reconhecimento de expressões faciais de emoção. Embora a presente revisão destaque limitações na literatura, a identificação do papel da empatia no reconhecimento de emoções em adolescentes é importante para esclarecer o fenómeno, para o desenvolvimento da teoria e também para desenvolver e aprimorar intervenções mais adequadas e especificadas. Recomendações para pesquisas futuras também são apresentadas.

Bajouk, O., & Hansenne, M. (2019). Dispositional Perspective-Taking and Empathic Concern Modulate the Impact of Cognitive Load on Empathy for Facial Emotions. *Psychological Reports*, 122(6), 2201–2219. <https://doi.org/10.1177/0033294118799337>

Holland, A., O'Connell, G., & Dziobek, I. (2020). Facial mimicry, empathy, and emotion recognition: a meta-analysis of correlations. *Cognition and Emotion*, 0(0), 1–19. <https://doi.org/10.1080/02699931.2020.1815655>

Mitchell, R., & Phillips, L. (2015). The overlapping relationship between emotion perception and theory of mind. *Neuropsychologia*, 70, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2015.02.018>

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 264–270. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>

Quesque, F., & Rossetti, Y. (2020). What Do Theory-of-Mind Tasks Actually Measure? *Theory and Practice. Perspectives on Psychological Science*, 15(2), 384–396. <https://doi.org/10.1177/1745691619896607>

**Palavras chave:** reconhecimento de expressões faciais, reconhecimento de emoções, empatia, adolescentes.

**ICCA2022-64052**

## **Adesão Ao Tratamento Em Adolescentes Com Epilepsia: Barreiras E Facilitadores Que Fazem A Diferença.**

Mendes, Teresa <sup>1</sup>, Nazaré, Bárbara <sup>2</sup>, Crespo, Carla <sup>3</sup>

**Introdução:** A epilepsia é a doença neurológica mais comum em idade pediátrica. A adesão ao tratamento (toma da medicação antiepiléptica e seguir as recomendações médicas) constitui uma via fundamental para minimizar o impacto da doença na vida dos doentes e suas famílias. Entre os adolescentes com epilepsia, a adesão ao tratamento é inferior ao verificado na população infantil e na população adulta. Importa identificar barreiras e facilitadores à adesão ao tratamento, passíveis de modificação. São objetivos do presente estudo: 1.Descrever a adesão ao tratamento na perspetiva dos adolescentes com epilepsia e dos neuropediatras que os acompanham;2.Analisar descritivamente facilitadores e barreiras na adesão ao tratamento;3.Correlacionar as medidas de adesão com variáveis clínicas e sociodemográficas;4.Identificar os preditores da adesão ao tratamento autorreportada pelos adolescentes.**Método:** Este estudo transversal incluiu 73 adolescentes (13-19 anos) com epilepsia e um dos seus pais, recrutados durante as consultas de rotina em duas instituições do Sistema Nacional de Saúde; e o neuropediatra de referência. Adolescentes com atraso global do desenvolvimento foram excluídos do estudo. Os participantes responderam separadamente a questionários para avaliar variáveis sociodemográficas (pais); clínicas (neuropediatras); adesão ao tratamento (adolescentes e neuropediatras); conhecimento sobre a doença e o tratamento, crenças sobre a eficácia da medicação e barreiras à adesão (adolescentes).**Resultados:** Os médicos avaliaram a adesão ao tratamento pela família como elevada ou extremamente elevada em 73.7% dos casos. Em média os adolescentes reportaram valores elevados de adesão ao tratamento e às recomendações médicas (1-5, M=4.54, DP=.72). Em 31.5% dos casos a responsabilidade pela toma da medicação era exclusivamente do adolescente e em 54.8% dos casos era partilhada com os pais. Quarenta e três por cento dos adolescentes referiu algum nível de esquecimento na toma de medicação nas últimas semanas. Setenta e oito por cento dos adolescentes conhecia os riscos de interromper a medicação; 89% considerava que a equipa de saúde ouvia as suas preocupações, ainda que 29% referisse algum nível de dificuldade no contacto com a equipa médica. A adesão autorreportada pelos adolescentes correlacionou-se significativamente com a medida de adesão percebida por médicos ( $r=.51$ ,  $p<.001$ ), mas não com o controlo das crises ou com a idade dos adolescentes. Níveis de adesão autorreportada pelos adolescentes estavam positivamente correlacionados com o conhecimento/expetativas sobre o tratamento ( $r=.58$ ,  $p<.001$ ), com as crenças sobre a importância da medicação ( $r=.39$ ,  $p<.001$ ); e negativamente com interferências do tratamento nas atividades diárias ( $r=-.48$ ,  $p<.001$ ) e com a ocorrência de falhas no acesso à medicação ( $r=-.35$ ,  $p<.001$ ).O modelo de regressão múltipla, incluindo variáveis clínicas (bloco1), facilitadores (bloco2) e barreiras à adesão (bloco 3) revelou-se significativo ( $F(11, 60)=11.11$ ,  $p<.001$ , explicando 67% da adesão ao tratamento autorrelatada pelos adolescentes, tendo-se destacado como preditores significativos a gravidade da epilepsia ( $B=.236$ ,  $p<.001$ ), a crença de que a epilepsia exige que se tome medicação ( $B=.236$ ,  $p=.009$ ), o facto da medicação ser fácil de encaixar nas rotinas diárias ( $B=.328$ ,  $p=.002$ ) e o conhecimento sobre a doença e o tratamento ( $B=.263$ ,  $p=.014$ ).**Conclusão:** Intervenções que fomentem os níveis de conhecimento do adolescente sobre a epilepsia e o seu plano de tratamento e que ajudem a família a

encaixar a toma da medicação nas rotinas diárias minimizando os esquecimentos, constituem facilitadores modificáveis que farão a diferença na adesão ao tratamento dos adolescentes.

Gutierrez-Colina, A. M., Smith, A. W., Mara, C. A., & Modi, A. C. (2018). Adherence barriers in pediatric epilepsy: From toddlers to young adults. *Epilepsy & Behavior : E&B*, 80, 229–234. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.01.031>

Modi, A. C., Monahan, S., Daniels, D., & Glauser, T. A. (2010). Development and validation of the Pediatric Epilepsy Medication Self-Management Questionnaire. *Epilepsy & Behavior : E&B*, 18(1-2), 94-9. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.03.009>

**Palavras chave:** epilepsia pediátrica; adolescentes; adesão ao tratamento; barreiras e facilitadores.

**ICCA2022-66902**

## **O Trabalho Dos Doutores Palhaços No Contexto Hospitalar Pediátrico: Um Estudo Qualitativo**

Bárbara Nazaré <sup>1</sup>, Inês Guerra <sup>1</sup>, Ana Prioste <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Universidade Católica Portuguesa*

<sup>2</sup> *Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*

**Introdução:** A experiência de hospitalização pediátrica é potencialmente indutora de stresse para crianças/adolescentes e familiares, dada a existência de múltiplos stressores (e.g., fazer exames médicos dolorosos, ver outras crianças doentes e/ou com dor, estar afastado de familiares e amigos, não ir à escola). As reações de stresse de crianças/adolescentes hospitalizados são influenciadas por variáveis individuais (e.g., percepção de ameaça) e clínicas (e.g., tipo de doença). O humor pode ajudar crianças/adolescentes a perspetivar a hospitalização como menos ameaçadora e a geri-la de forma mais eficaz, facilita a realização de alguns procedimentos médicos e contribui para um melhor ajustamento das crianças/adolescentes. Dado que o humor constitui o principal componente das visitas dos Doutores Palhaços, estas têm potencial para ter um impacto positivo nas crianças/adolescentes hospitalizados. O objetivo deste estudo foi descrever o trabalho dos Doutores Palhaços no contexto hospitalar pediátrico, identificando especificidades (e.g., ferramentas, objetivo) e fatores de influência (i.e., facilitadores, barreiras e condicionantes). **Método:** A amostra englobou 17 participantes, que trabalhavam como Doutores Palhaços no contexto hospitalar pediátrico português através da Operação Nariz Vermelho. Os participantes foram divididos em dois grupos, tendo-se realizado dois grupos focais (com 8 e 9 participantes, respetivamente), dos quais foi feito um registo áudio e vídeo. A entrevista estruturada englobou perguntas focadas nas especificidades do trabalho (e.g., “Como é que o trabalho dos Doutores Palhaços se diferencia do trabalho de outros profissionais nos contextos de saúde?”) e nos fatores que o influenciam (e.g., “Que adaptações têm de fazer no trabalho consoante estejam com adolescentes ou com crianças?”). As gravações foram transcritas e analisadas de forma independente por duas investigadoras, recorrendo à análise temática. As codificações das duas investigadoras foram comparadas e discutidas com uma terceira investigadora.

Resultados: Foram identificados três temas principais: características dos profissionais (i.e., características que os Doutores Palhaços devem ter para desempenhar o trabalho eficazmente), processo de trabalho (i.e., objetivos, atividades e destinatários das visitas dos Doutores Palhaços) e impacto (i.e., resultados das visitas dos Doutores Palhaços). O primeiro tema englobou três subtemas: competência técnica, características humanas (e.g., generosidade) e recursos pessoais (e.g., capacidade de regulação emocional). O segundo tema englobou cinco subtemas: pressupostos (e.g., respeito total pela autodeterminação da criança/adolescente, foco na parte saudável da criança/adolescente), ferramentas (e.g., recurso à arte, promoção da imaginação), objetivos (e.g., fazer rir, humanizar), alvo (e.g., criança como alvo primordial) e fatores de influência (e.g., faixa etária como condicionante; trabalho em dupla como facilitador; falta de apoio da equipa de saúde como barreira). O último tema englobou dois subtemas: alívio da tensão e promoção da alegria. Conclusões: Os Doutores Palhaços são profissionais do contexto hospitalar pediátrico com características e um processo de trabalho distinto do de outros profissionais, o que potencia resultados específicos. Como o humor constitui um recurso promotor da adaptação de crianças/adolescentes hospitalizados, o trabalho dos Doutores Palhaços assume muita relevância, ao ter como resultado a promoção da alegria no contexto hospitalar pediátrico.

Cammarata, C., Bujoreanu, S., & Wohlheiter, K. (2020). Hospitalization and its impact: Stressors associated with inpatient hospitalization for the child and family. In B. D. Carter, & K. A. Kullgren (Coords.), *Clinical handbook of psychological consultation in pediatric medical settings* (pp. 37-49). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-35598-2\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-35598-2_4)

Lopes-Júnior, L. C., Bomfim, E., Olson, K., Neves, E. T., Silveira, D. S. C., Nunes, M. D. R., Nascimento, L. C., Pereira da Silva, G., & Lima, R. A. G. (2020). Effectiveness of hospital clowns for symptom management in paediatrics: Systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *BMJ*, 371, Artigo 4290. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4290>

Martin, R. A. (2019). Humor. In M. W. Gallagher, & S. J. Lopez (Coords.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (2.<sup>a</sup> ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000138-019>

Sridharan, K., & Sivaramakrishnan, G. (2016). Therapeutic clowns in pediatrics: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pediatrics*, 175(10), 1353–1360. <https://doi.org/10.1007/s00431-016-2764-0>

**Palavras chave:** doença pediátrica, Doutores Palhaços, hospitalização, humor.

**ICCA2022-71075**

## **Regulação Emocional E Competências Sociais Em Crianças E Jovens Institucionalizadas**

Tânia Pinto <sup>1</sup>, Ana Gaspar <sup>1</sup>, Rosina Fernandes <sup>2</sup>, Emília Martins <sup>2</sup>, Francisco Mendes <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Técnica Superior de Educação Social*

<sup>2</sup> *ESEV e CI&DEI - Instituto Politécnico de Viseu*

As situações de risco na infância e juventude caracterizam-se, frequentemente, pela omissão na satisfação de necessidades físicas e socioemocionais com impacto no desenvolvimento das crianças e jovens. A institucionalização surge como uma medida de promoção e proteção, assumindo um papel fundamental na promoção da regulação emocional e desenvolvimento de competências sociais. Procurou-se, neste estudo quantitativo, não experimental e exploratório, avaliar a qualidade da regulação emocional e o domínio de habilidades sociais em crianças e jovens institucionalizadas. A amostra foi selecionada por conveniência e incluiu 24 participantes, entre os 10 e os 21 anos ( $15.63 \pm 2.20$ ), institucionalizadas em casa de acolhimento residencial para crianças e jovens do género feminino. Procedeu-se à organização de dois grupos etários (ponto de corte 16 anos) para as comparações a efetuar. A maioria frequentava o 2º ciclo (50%) e secundário (41.7%). Preencheram a versão portuguesa do Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA). O Questionário de Habilidades de Interação Social, para avaliação de competências sociais, foi preenchido pelas educadoras responsáveis pelas 24 crianças e jovens. Na análise de dados, recorreu-se ao SPSS – IBM 27, assumindo-se um grau de confiança de 95% na interpretação dos resultados dos testes não paramétricos utilizados. Na generalidade, as crianças/jovens apresentaram uma regulação emocional adaptativa e funcional, ainda que com valores moderados ( $3.20 \pm 0.52$ ) atendendo à escala de 1 a 5 do instrumento. Destacou-se, pela negativa, a subescala do Controlo Emocional ( $2.96 \pm 0.68$ ) e, pela positiva, porque próxima do nível elevado, a subescala da Responsabilidade Emocional ( $3.93 \pm 0.79$ ). No que se refere às habilidades de interação social, na perspetiva das educadoras, as crianças/jovens apresentaram um nível moderado de competência social ( $3.09 \pm 0.33$ ), numa escala de resposta de 1 a 5, com melhores resultados nas Habilidades de Conversação ( $3.29 \pm 0.34$ ). Por sua vez, as subescalas de Resolução de Problemas e Habilidades Sociais Básicas destacaram-se pela negativa ( $2.78 \pm 0.46$  e  $2.88 \pm 0.42$ , respetivamente). Não se verificaram diferenças etárias ou em função do nível de escolaridade, na regulação emocional e competências sociais. Nesta última, excetua-se a subescala da Assertividade, com diferenças estatisticamente significativas ( $p=.04$ ) em função da idade, favoráveis às mais velhas. A regulação emocional mostrou-se positivamente correlacionada com as competências sociais ( $r=.48$ ,  $p=.015$ ) e respetivas subescalas de Assertividade ( $r=.49$ ,  $p=.013$ ) e Habilidades de Conversação ( $r=.53$ ,  $p=.007$ ); esta, por sua vez, correlacionou-se com as dimensões da escala de regulação emocional, Controlo Emocional ( $r=.42$ ,  $p=.041$ ) e Autoconsciência Emocional ( $r=.47$ ,  $p=.021$ ). A atenção e adoção de estratégias promotoras e reparadoras ao nível do desenvolvimento socioemocional deve assumir-se como uma preocupação central, a par da garantia de necessidades de cuidado básicas, pelos profissionais das instituições de acolhimento, sobretudo com as competências aqui menos desenvolvidas. Potenciar a regulação emocional destas crianças e jovens em risco terá efeitos no desenvolvimento de competências sociais essenciais para a vida em sociedade, rompendo com padrões disfuncionais de relacionamento que frequentemente caracterizam as experiências precoces desta população.

Jacobsen, H., Bergsund, H. B., Wentzel-Larsen, T., Smith, L., & Moe, V. (2020). Foster children are at risk for developing problems in social-emotional functioning: A follow-up study at 8 years of age. *Children and Youth Services Review*, 108, 104603. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104603>

Leuzinger-Bohleber, M., Läzer, K., Pfenning-Meerkötter, N., Neubert, V., Rüger, B., & Fischmann, T. (2016). Preventing socio-emotional disturbances in children at risk. The EVA study *Journal for*

educational research online, 8 (1), 110-131. [https://www.pedocs.de/volltexte/2016/12044/pdf/JERO\\_2016\\_1\\_Leuzinger\\_Bohleber\\_et\\_al\\_Preventing\\_socio\\_emotional\\_disturbances.pdf](https://www.pedocs.de/volltexte/2016/12044/pdf/JERO_2016_1_Leuzinger_Bohleber_et_al_Preventing_socio_emotional_disturbances.pdf)

Sanchis-Sanchis, A., Grau, M. D., Moliner, A.-R., & Morales-Murillo, C. P. (2020). Effects of Age and Gender in Emotion Regulation of Children and Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11, 946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00946>

**Palavras chave:** Regulação emocional; Competências sociais; Institucionalização; Crianças/jovens.

**ICCA2022-75511**

## **Dependência Online, Interações Familiares, Atividade Física, Comportamento Alimentar E Sono: Qual O Impacto Numa Amostra De Adolescentes Portugueses Em Contexto De Pandemia Covid-19?**

Inês Borges <sup>1</sup>, Ivone Patrão <sup>1</sup>, Isabel Leal <sup>1</sup>, Rui Costa - ISPA <sup>1</sup>, Ana Moreira <sup>1</sup>

<sup>1</sup> ISPA - Instituto Universitário - Psicologia, Biociências e Educação

A maioria dos estudos realizados anteriormente durante épocas de pandemia, têm examinado consequências psicológicas na população em geral (Brooks et al., 2020). Contudo, no caso da COVID-19, a literatura no âmbito da psicologia ainda é escassa (Paulino & Dumas-Diniz, 2020). Becker e Gregory (2020) referem que, no caso específico dos adolescentes, estes podem ser particularmente vulneráveis aos efeitos do isolamento social relacionado com a pandemia COVID-19. Inevitavelmente distanciaram-se fisicamente dos seus amigos e, em alguns casos, dos seus parceiros amorosos, enquanto experimentam simultaneamente uma proximidade de quase 24/24 horas com os seus cuidadores. Visto que os adolescentes priorizam cada vez mais, principalmente nesta fase das suas vidas, os relacionamentos com colegas e a própria autonomia, a situação atual pode resultar em solidão e desafios únicos na relação entre pais e adolescentes (Lesser & Nienhuis, 2020). Adicionalmente, em média os pais relataram que os seus filhos (especialmente adolescentes entre os 13 e os 18 anos), aumentaram o uso de tecnologia desde o início da quarentena (Wiederhold, 2020) o que, em alguns casos, pode levar a uma dependência online. Neste sentido, alterações funcionais como a prática de atividade física, uma boa higiene do sono e uma alimentação equilibrada, devem ser consideradas como atividades essenciais durante a pandemia, uma vez que podem ser fundamentais na promoção do bem-estar dos jovens e das suas famílias, nestes tempos de incerteza a nível mundial. (Wang et al., 2020a). Posto isto, a presente investigação tem como objetivo compreender a importância que a Dependência Online tem como preditor das Interações Familiares e das Alterações Funcionais (Atividade Física, Comportamento Alimentar e Sono) em jovens, no contexto da pandemia COVID-19. Deste modo, colocam-se as hipóteses: (1) A Dependência Online por parte dos jovens exerce um impacto positivo e significativo nas Interações Familiares Negativas; (2) As Alterações Funcionais nos jovens (Atividade Física, Comportamento Alimentar e Sono), moderam a Dependência Online sobre as Interações Familiares Positivas e Negativas. A amostra deste estudo (N=311), respondeu a um protocolo online que incluía: um questionário Sócio-Demográfico, um questionário de Comportamentos Online: Uso e Acesso, a escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet – AFUPI, o Internet Addiction Test



– IAT, a Athens Insomnia Scale – AIS, a FAD (Family Assessment Device), a P –YFAS (Yale Food Addiction Scale) e um breve questionário sobre os efeitos da Pandemia Covid-19. Os resultados encontrados apontam para um impacto positivo e significativo da Dependência Online nas Interações Familiares Negativas, o que indica que quanto mais Dependência Online, mais Interações Familiares Negativas tendem a existir. No modelo moderador, apenas foi encontrado um efeito positivo e significativo por parte da Atividade Física na relação entre a Dependência Online e as Interações Familiares Positivas, o que não acontece com o Comportamento Alimentar e o Sono. Em estudos futuros, será relevante comparar várias amostras de diferentes fases de confinamento e verificar se existe maior impacto das Alterações Funcionais, fatores tão relevantes para o bem-estar individual e relacional do ser humano.

Becker, S. P., & Gregory, A. M. (2020). Editorial Perspective: Perils and promise for child and adolescent sleep and associated psychopathology during the COVID-19 pandemic. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61 (7), 757-759.

Brooks, S.K., Webster R. K., Smith L. E., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920.

Lesser, I., & Nienhuis, C. (2020). The Impact of COVID-19 on Physical Activity Behavior and Well-Being of Canadians. *International Journal Environmental Research and Public Health*. 17 (11):3899. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113899> PMID:32486380

Paulino, M. & Dumas-Diniz, R. (2020). *A Psicologia da Pandemia – Compreender e enfrentar a COVID-19*. Lisboa: Pactor.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., et al., (2020a). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (5), 1729.

Wiederhold, B. K. (2020). Social Media Use During Social Distancing. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23 (5), 275–276. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.29181.bkw>

**Palavras chave:** Dependência Online; Interações Familiares; Alterações Funcionais; COVID-19.

**ICCA2022-75823**

## **The Role Of Parental Education And Family Income In Children’s Cognitive Abilities**

Graça Boal-Palheiros <sup>1</sup>, Pedro Figueira <sup>1</sup>, Gina C. Lemos <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *CIPEM/INET-md, School of Education, Porto Polytechnic*

<sup>2</sup> *University of Minho*

Children’s cognitive abilities have been studied as a product of biological and environmental factors. Some important environmental factors are Parental Education and Family Income (Alves et al., 2016). Lemos et al. (2011) revealed that when these two factors are taken together, only the first is relevant

for individual differences in the intelligence of young Portuguese adolescents (12-19 years). According to the authors, family income is directly related to parental education, that is, better education leads to jobs with higher income. Thus, family income should result from better education, not being relevant for children's cognitive abilities. In another study, Ganzach (2014) used a similar sample with American adolescents showing that both factors predict intelligence. In the author's perspective the different results of these two studies can be due to a) different ways of measuring family income and b) possible socio-cultural differences that influence how important is family income to cognitive abilities. Lemos et al. (2011) measured family income based on job's classifications (below vs above average), while Ganzach (2014) used the actual family income. Some studies also show that family income is especially important for children's IQ and education, in economically disadvantaged families (e.g. Rasheed et al., 2008). Our study also explored the role of parental education and family income in children's cognitive abilities, but in different ways. First, participants are school-aged children, rather than adolescents. This allows to explore effects of parental education and family income in the cognitive development of children at an earlier age. Second, to understand if family income is relevant for the cognitive abilities in children from economically disadvantaged families, the study focuses on children attending TEIP primary schools (i.e., schools signaled by the Portuguese government as located in areas of poverty and social exclusion). Third, as a measure of family income a governmental social measure (ASE) was used that provides financial help to children in families with a yearly income of less than 9215 euros. By using a direct measure of income, the study accounts for Ganzach (2014)'s critic. Fourth, whereas previous studies focused only on intelligence as a measure of children's cognitive abilities, the present study used 5 WISC-III subtests (Wechsler, 1991). These allow to study the effects of parental education and family income not only on intelligence measures, but also on working memory capacity (WMC). Although these measures are correlated, they are two distinct constructs (see Conway & Kovacs, 2013). Participants were 169 children (84 girls and 85 boys;  $M_{age}=6.85$ ,  $SD=.45$ ) at the beginning of their second school year in eight TEIP primary schools in Porto. By using a Structural Equation Modeling approach, the present data replicate the findings of Lemos et al. (2011). Parental education is associated with children's cognitive ability (both IQ and WMC), while family income is not. However, family income was found to be relevant for one WISC III subtest – Pictures Arrangement, suggesting that it mediates the effect of parental education in this subtest. Implications of these findings will be further discussed.

Conway, A. R. A., & Kovacs, K. (2013). Individual differences in intelligence and working memory. In B Ross (Ed.), *Psychology of Learning and Motivation* (Vol. 58, pp. 233-270). Cambridge, MA: Academic Press.

Davis-Kean, P. E. (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment. *Journal of Family Psychology*, 19 (2), 294 -304.

Ganzach, Y. (2014). Adolescents' intelligence is related to family income. *Personality and Individual Differences*, 59, 112-115.

Lemos, G. C., Almeida, L. S., & Colom, R. (2011). Intelligence of adolescents is related to their parents' educational level but not to family income. *Personality and Individual Differences*, 50, 1062-1067.

**Palavras chave:** children, cognitive abilities, parental education, family income.

**ICCA2022-79815**

## **The Fear Of Failure And Criticism In Anxious Portuguese Adolescents**

Oliveira, M. <sup>1</sup>, Almeida, R. <sup>1</sup>, Barbosa, F. <sup>1</sup>, Ferreira-Santos, F. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*

Anxiety is an emotional state that can interfere with cognitive processing speed. In fact, individuals with higher levels of anxiety tend to show a cognitive bias, detecting threatening stimuli more rapidly while delaying its cognitive processing due to a deficit on pre-frontal regulation that maintains hypervigilance over time (Adolphs, 2008). This negativity bias also reflects in a more extended removal of the attention and the avoidance of previous locations of the threats (Lee & Park, 2011; Whalen, 2007). The fear of failure and criticism concerns a variety of fears (e.g. failing a test; looking foolish; being teased) that are related to the individual's interpretation of social threats, and can compromise the adolescent's academic and social adjustment. The current work focuses on the fear of failure and criticism, and its connection with adolescent's anxiety. "The Youth Anxiety Measure for DSM-5" (YAM-5; Muris et al., 2017) and "The Fear Schedule Survey for Children-Revised" (FSSC-R; Ollendick, 1983) were administered in a sample of 277 adolescents attending public schools from Porto's district. Results show that the fear of failure and criticism is significantly positively correlated with the level of anxiety, and that it coexists more frequently with other types of fear (such as fear of the unknown or fear of danger and death). So, less anxious participants tend to also show lower levels (or adaptive levels) of the fear of failure and criticism. This work enlightens the importance of an effective screening of anxiety disorders in adolescents due to its influence on the adolescent's adjustment seen, for example, in peer relationships, and also in its academic achievement due to the cognitive interference of higher levels of anxiety.

Adolphs, R. (2008). Fear, faces, and the human amygdale. *Current Opinion in Neurobiology*, 18, 1-7.

Lee, S.-H. & Park, G (2011). Psychophysiological markers of anxiety disorders and anxiety symptoms. In V. Kalinin (Ed.) *Anxiety Disorders* (pp. 203-226). InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/anxiety-disorders/psychophysiological-markers-of-anxiety-disorders-and-anxiety-symptoms> DOI: 10.5772/20164

Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale III, W. & Schmeitz, K. (2017). The youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatry Human Development*, 48, 1-17.

Ollendick, T. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.

Whalen, P. J. (2007). The uncertainty of it all. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 11 (12), 499-500.

**Palavras chave:** ANXIETY; FEAR OF FAILURE AND CRITICISM; YAM-5; FSSC-R.

## Evolución Del Bienestar Psicológico Infantil Tras Recibir El Programa Super Skills For Life En Versión Individual

Silvia Melero <sup>1</sup>, Iván Fernández-Martínez <sup>1</sup>, José P. Espada <sup>1</sup>, Mireia Orgilés <sup>1</sup>, Alexandra Morales <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Miguel Hernández University*

Los problemas emocionales son altamente prevalentes en la población infantil de edad escolar y suponen una alta demanda asistencial en salud mental. El programa Super Skills for Life (SSL) se dirige a la prevención indicada de los problemas emocionales infantiles y otros problemas comórbidos. Esta intervención combina diferentes técnicas cognitivo-conductuales que proporcionan a los niños y niñas estrategias para gestionar sus emociones y pensamientos, mejorar su autoestima y autoconcepto, relajarse, relacionarse con los demás y resolver problemas. Este protocolo transdiagnóstico ha mostrado su eficacia para mejorar el bienestar psicológico infantil en su versión grupal, pero se desconocen los efectos del programa aplicado individualmente. Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar la eficacia de SSL en modalidad individual para mejorar los síntomas emocionales y el autoconcepto a lo largo del tiempo. Los participantes fueron 68 menores (39,7% niñas) de 8 a 12 años ( $M = 9,29$ ;  $DT = 1,27$ ) con síntomas emocionales subclínicos que fueron evaluados en tres tiempos de medida: pretest, postest y seguimiento a un año. Los resultados indicaron que los síntomas de depresión, ansiedad, trastornos de ansiedad (ansiedad por separación, generalizada, social, fobias, pánico-agorafobia y TOC) y las dimensiones académica, social, emocional, familiar y física del autoconcepto mejoraron significativamente tras recibir el programa SSL y un año después ( $p \leq 0,001$ ). Concretamente, los cambios significativos en dichas variables en el postest se mantuvieron estables en el seguimiento, produciéndose además una mayor reducción de los síntomas de ansiedad por separación y aumento del autoconcepto emocional 12 meses después ( $p \leq 0,005$ ). El presente estudio apoya nuevamente la eficacia del programa SSL para mejorar el bienestar emocional y el autoconcepto infantil, esta vez en su modalidad individual. Asimismo, corrobora el mantenimiento a largo plazo de los beneficios obtenidos tras la aplicación del protocolo transdiagnóstico.

Melero, S., Morales, A. y Orgilés, M. (2019). Eficacia de la aplicación individual del programa Super Skills for Life para reducir síntomas emocionales en menores. En M Orgilés y I. Fernández-Martínez (Eds.), 5th International Congress of Clinical and Health Psychology on Children and Adolescents. Book of Abstracts. (p. 45). Ediciones Pirámide.

Melero, S., Orgilés, M., Espada, J. P. y Morales, A. (2021). Spanish version of Super Skills for Life in individual modality: Improvement of children's emotional well-being from a transdiagnostic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 1-16. <https://doi.org/10.1002/jclp.23148>

Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P. y Morales, A. (2019). Spanish version of Super Skills for Life: short- and long-term impact of a transdiagnostic prevention protocol targeting childhood anxiety and depression. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(6), 694-710. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1645836>

**Palavras chave:** Super Skills for Life; transdiagnóstico; niños; problemas emocionales; modalidad individual.

**ICCA2022-87021**

## **Percepções De Adolescentes Acolhidos Em Abrigo Em Tempos De Pandemia De Covid-19**

Matheus Freitas Alves Correia <sup>1</sup>, Susana Engelhard Nogueira <sup>1</sup>, Giulia Santos Antunes <sup>1</sup>, Thais da Paz Gadelha <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Instituto Federal do Rio de Janeiro*

A adolescência caracteriza-se como uma etapa do ciclo vital atravessada por modificações biopsicossociais (COSTA et al, 2019). O estabelecimento de vínculos afetivos pode ser influenciado por contextos ambientais e impactar o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Quando o contexto envolve acolhimento institucional durante o período de pandemia de COVID-19, compreender as percepções de adolescentes pode auxiliar no levantamento de suas vulnerabilidades e possibilidades adaptativas. Busca-se apresentar e discutir, a partir de um estudo exploratório e transversal, as percepções de adolescentes em relação ao seu acolhimento institucional em tempos de pandemia. Participaram 7 adolescentes do sexo masculino com idade média de 14,7 anos (dp=1,6) acolhidos em um abrigo no Rio de Janeiro, Brasil. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada para levantamento de suas percepções sobre acolhimento e cotidiano. Os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente, por meio do cálculo de frequências das respostas e por categorias temáticas. 85,7% dos adolescentes, apesar de estarem no abrigo, mantêm vínculo familiar, sendo o tempo de permanência na instituição variável entre 2 e 17 meses. Os principais motivos que levaram ao acolhimento envolveram situação de rua, risco no território, orfandade, negligência e conflitos familiares. Apesar de 100% estarem matriculados na escola e relatarem gostar da mesma, 71,4% afirmaram realizar atividades de forma remota durante a pandemia, enquanto 28,6% sentiram-se desmotivados. Todos apontaram possuir perspectivas de futuro, as quais envolveram ser bem-sucedidos, ter fama, acesso a bens materiais e construir uma família. Do total, 85,7% avaliaram positivamente a instituição, destacando que se sentiram acolhidos pelos funcionários e livres (não são trancados). Apenas 1 adolescente descreveu a instituição como “péssima”, justificando haver conflitos com outros jovens. 71,4% responderam que mudariam algo na instituição, sendo identificadas categorias como: infraestrutura (ter ar condicionado, colocar fechadura nos quartos para privacidade) e relacionamentos (diminuir conflitos entre os adolescentes). Todos afirmaram ter vontade de voltar para casa. Com relação à pandemia de COVID-19, 71,4% avaliaram satisfatoriamente a qualidade das informações recebidas sobre a doença e 100% tiveram acesso a equipamentos de proteção oferecidos pela instituição (máscaras e álcool 70%). Ademais, 85,7% destacaram que a principal mudança vivenciada foi o isolamento social para diminuição dos riscos de contágio. No entanto, identificaram impactos deste isolamento em si mesmos nas categorias: Pensamentos (85,7%), Comportamentos (71,4%), Emoções (57,1%), Planejamento (57,1%), Humor

(42,8%), Apetite (42,8%), Concentração (28,5%) e Espiritualidade (14,3%). Ainda, 71,4% relataram preocupações quanto ao risco de adoecimento ou morte de familiares. Apesar da maior parte dos adolescentes apresentar percepções positivas quanto ao acolhimento, todos mantêm o desejo de reinserção familiar. Prejuízos nas relações entre si apontam para a necessidade de manutenção desta convivência. Ademais, alguns impactos identificados em áreas como pensamentos (aumento de preocupações), comportamentos (mudança de hábitos) e emoções (medo do adoecimento e da morte) remetem à importância de sensibilidade e cuidados específicos. Estes resultados apontam que características do acolhimento são primordiais para a saúde física e mental de jovens, levando à necessidade de reflexões sobre o modo como estes processos podem se tornar mais adaptativos, principalmente em tempos de pandemia.

COSTA, CC; FRANCO, ECD; SANTOS, TM; SILVEIRA, EAA; CARVALHO, MS & RESENDE, MAA. Perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes institucionalizados. Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health. Vol.11(17) | e1671 | 2019 DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1671.2019>

**Palavras chave:** adolescentes, acolhimento, percepção, pandemia.

### **Autonomia E Habilidades De Vida Adulta: Impacto De Uma Intervenção Socioeducativa Em Jovens Institucionalizadas**

Ana Gaspar <sup>1</sup>, Tânia Pinto <sup>1</sup>, Rosina Fernandes <sup>2</sup>, Emília Martins <sup>2</sup>, Francisco Mendes <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Técnica Superior de Educação Social*

<sup>2</sup> *ESEV e CI&DEI - Instituto Politécnico de Viseu*

A autonomização em jovens institucionalizados é um processo com dificuldade acrescida, pela ausência de suporte e de modelos de aprendizagem ajustados nos contextos familiares, após a saída da casa de acolhimento residencial. Promover a autonomia é fundamental para evitar escolhas de vida frequentemente nocivas, muito comuns nesta população na vida adulta. Procurou-se avaliar o impacto de uma intervenção socioeducativa numa casa de acolhimento residencial, com o propósito de promover a autonomia e preparar a transição para a vida adulta independente, num grupo de 20 jovens do género feminino (dos 14 aos 21 anos), com média de idades de 16.35(±3.50), 50% a frequentar o 3º ciclo e as restantes o ensino secundário. Preencheram o Questionário de Habilidades de Vida Adulta (QHVA), subescalas de Apoio Social, Estudos e Trabalho, Dinheiro, Sobre si mesmo e Casa. Para avaliar a autonomia funcional, cognitiva e emocional, recorreu-se ao Questionário de Autonomia nos Adolescentes (QAA). Após o pré-teste, implementaram-se, de fevereiro a maio de 2021, ateliês socioeducativos, com recurso a uma metodologia ativa e participativa, centrados em: i) gestão doméstica; ii) documentos pessoais; iii) aconselhamento de carreira; iv) serviços públicos; e v) competências de autocuidado. Recorreu-se ao SPSS-IBM 27 para a análise de dados (Wilcoxon,  $p < .05$ ). Verificaram-se diferenças significativas ( $p < .05$ ), com resultados superiores pós-intervenção, em todas as subescalas do QHVA, exceto na dimensão Dinheiro. Destaca-se a subescala Sobre si mesmo, com o score final mais elevado (4.24±.81). No QAA a evolução foi apenas significativa e favorável à intervenção na Autonomia Cognitiva ( $p = .002$ ). Sugere-se uma avaliação follow up para aferir a manutenção destas competências. Apesar de bem-sucedida, a intervenção foi breve para mudanças que requerem tempo. O foco na gestão financeira, aspeto deficitário neste grupo, será crucial para prevenir a repetição de padrões de pobreza e exclusão social, que caracterizam as famílias da maioria destas jovens. Atender à autonomia funcional e emocional, para uma vida adulta independente e emocionalmente estável, deve constituir uma preocupação destas instituições. É comum a crença nestes jovens de que a vida se encarregará de resolver as dificuldades por si, desresponsabilizando-se, frequentemente, do envolvimento necessário ao desenvolvimento destas competências e da programação ajustada da saída da instituição. A educação não formal, mais especificamente a intervenção socioeducativa, pelo seu carácter prático e instrumental, poderá constituir-se um meio de atuação privilegiado de promoção destas mudanças, incentivando-se o recurso a programas estruturados, com evidência científica da sua eficácia na promoção da inclusão na sociedade e melhoria das condições de vidas destes jovens.

Gaspar, M., & Gaspar, J. (2017). Desafios de Autonomização com Jovens (Ex)acolhidos. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1), 187–203. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2486>

Oliveira, L., Fernandes, R., Martins, E. & Mendes, F. (2020). Institutional care and autonomy in children and teenagers. *European Proceedings of International Conference on Education & Educational Sciences EpICEEPSY*, 2672-8141 10.15405/epiceepsy.20111.28

Santos, L., Velho, C., Pinheiro, M., & Palaio, C. (2018). PROJET'AR-TE - Desenvolvimento de competências para a vida: Estudo de eficácia e follow-up de um Programa de Desenvolvimento de Autonomia para jovens em Acolhimento Residencial. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 9(2), 43–61. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2710>

**Palavras chave:** Autonomia; Institucionalização; Jovens; Intervenção socioeducativa.

**ICCA2022-12041**

## **Os Estágios Na Formação De Assistentes Sociais: Experiências No Sistema De Promoção E Proteção Às Crianças E Jovens Em Perigo.**

Sidalina Almeida <sup>1,2</sup>, Madalena Sofia Oliveira <sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> ISSSP

<sup>2</sup> CLISSIS

<sup>3</sup> JusGov- UM

Esta comunicação centra-se no modelo de formação inicial de assistentes sociais do Instituto Superior de Serviço Social do Porto que, na sua experiência de estágio, atuaram com crianças e jovens em perigo em entidades do sistema de promoção e proteção, em particular em comissões de proteção e casas de acolhimento. O seu objetivo geral é contribuir para o fortalecimento do processo de formação prática em Serviço Social no desenvolvimento de saberes e competências que permitam aos assistentes sociais ser mais competentes e bem-sucedidos profissionalmente na atuação preventiva e protetiva no perigo. A complexidade das situações que envolvem as crianças e jovens em perigo, os seus contextos familiares e sociais locais requer assistentes sociais capazes de uma visão holística, sustentada em saberes multidisciplinares e que tenham o domínio de estratégias de intervenção, simultaneamente, sistémicas, com vista a considerar em cada situação todos os fatores envolvidos e as suas respetivas interligações, e especializadas, com vista a atender às especificidades de cada situação, considerando as várias tipologias de perigo e as diferentes medidas de promoção e proteção. Num contexto de constantes mudanças na realidade de vida das crianças e jovens, em particular no concernente às situações em que se encontram em perigo, e em que continuamente são produzidos novos saberes científicos e (re)definidas novas orientações, é fundamental apostar na qualidade da formação inicial dos assistentes sociais com vista à aquisição de saberes científicos e práticos e ao desenvolvimento de competências que lhes permitam (re)pensar e adaptar as suas práticas, de modo a melhor corresponderem aos desafios com que são confrontados nos contextos de intervenção. A formação assenta numa abordagem teórico-conceitual



em paralelo com uma perspetiva interrogativa, reflexiva dos espaços de intervenção, num quadro teórico interdisciplinar, com destaque para a teoria sistémica e em particular para a perspetiva ecológica, de modo a desenvolver competências profissionais de avaliação diagnóstica de situações de perigo, de planeamento e implementação de estratégias e modelos de intervenção, tendo em vista uma prática preventiva e protetiva mais qualificada. De extrema importância é o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação que contribuem positivamente para o agir dos assistentes sociais. É, ainda, crucial fornecer ferramentas de avaliação das estratégias de intervenção adotadas com vista a perceber o seu potencial para satisfazer as múltiplas necessidades das crianças e jovens, no sentido do seu desenvolvimento integral e para reequacionar os modelos de intervenção nos contextos familiar, institucional e comunitário. Metodologicamente, apoiamo-nos na abordagem qualitativa através da utilização de fontes documentais, os relatórios de estágio, que foram sujeitas a uma análise de conteúdo temática para conhecer a intervenção desenvolvida pelos estagiários nos três últimos anos letivos nos diversos contextos de intervenção, os problemas identificados, os objetivos de intervenção e as ações desenvolvidas. Da análise dos resultados destaca-se que os estágios se constituem em dimensões fundamentais do processo ensino-aprendizagem, com centralidade na investigação e na articulação conhecimento-ação, permitindo evidenciar objetivos de criatividade e inovação nas práticas inventivas.

Ilyas, F., Leventhal J., Magalhaes T, Oliveira M S, Oral R., Soldatou A., Stathi A., Stefano F., Zafar N. 2018. Child Abuse and Neglect. Successful Collaborations With International Partners. World Perspectives on Child Abuse, 13th Ed: 27-34

Oliveira, M. S. & Pinto, P. (2018). Da infância à terceira idade: intervenção em contextos de violência e crime-Guia prático para estudantes e profissionais. Porto: Legis |Mais Leituras Editora

Peixoto, C. S., & Oliveira, M. S. (2021). Acolhimento residencial de crianças e jovens em perigo. Conceitos, prática e intervenção. Lisboa: Pactor

**Palavras chave:** estágio, processo de ensino-aprendizagem, assistentes sociais, risco/perigo.

**ICCA2022-15445**

## **Intervenção Social Numa Unidade De Neonatologia – Realidade Dos Últimos 4 Anos**

Tânia Pessoa <sup>1</sup>, Joana Extreia <sup>1</sup>, Sandra Santos <sup>1</sup>, Catarina Nolasco <sup>2</sup>, Isabel Bretes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro Montijo*

<sup>2</sup> *Serviço Social, Centro Hospitalar Barreiro Montijo*

Introdução: A criança, enquanto ser vulnerável que é, está exposta ao risco de maus-tratos. É na sua família e meio ambiente que deveria encontrar o suporte, a segurança e os instrumentos para o seu desenvolvimento integral. As mudanças demográficas, socioeconómicas e culturais que se têm verificado nas últimas décadas, têm alterado as dinâmicas familiares, podendo favorecer a ocorrência de situações de maus-tratos. Assim, o papel do profissional de saúde na identificação destas

situações é de extrema importância. Objetivos: caracterizar os internamentos com necessidade de intervenção social, na Neonatologia de um Hospital de nível II, durante um período de 4 anos (2017-2020). Métodos: Estudo retrospectivo descritivo dos internamentos na Neonatologia com necessidade de intervenção pelo Serviço Social, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2020, realizado através da consulta de processos clínicos. Análise estatística feita com recurso ao Microsoft Office Excel® 2010. Resultados: foram identificados 79 recém-nascidos com necessidade de avaliação pelo Serviço Social, correspondendo a 10,7% do total de internamentos. A taxa destes internamentos foi semelhante nos anos estudados: 10,9% (20/184) em 2017, 11% (20/181) em 2018, 10,5% (22/210) em 2019 e 10,5% (17/162) em 2020. Em termos demográficos, não houve predominância de género e a média de idades foi de 5,7 dias [mín 0; máx 75]. As famílias eram migrantes em 41,8% (33/79), sendo que 3 delas se encontravam em situação irregular. Verificou-se desemprego parental em 53,2% (42/79) e insuficiência económica em 48,1% (38/79) das famílias. O motivo de internamento foi exclusivamente social em 7,5% (6/79) dos casos. A média de internamento foi de 13,8 dias [mín 0; máx 52], protelando-se a alta por motivos sociais em 38,8% (31/79). O único tipo de maus-tratos identificado foi a negligência (48,1%, N=38). Foram identificados vários fatores de risco, como pobreza e/ou isolamento (57%), baixa escolaridade (24,1%), mães adolescentes (13,9%), desorganização familiar (7,6%), doença psiquiátrica materna (6,3%) e comportamentos aditivos (5,1%), nalguns casos presentes em simultâneo. Foi necessária a intervenção de entidades de nível 1 em 78,5% (62/79), nível 2 em 16,5% (13/79) e nível 3 em 5,1% (4/79). A generalidade dos recém-nascidos ficou integrada nas suas famílias, sendo elas maioritariamente nucleares (35,4%), alargadas (25,3%) ou monoparentais (17,7%). Cinco crianças foram institucionalizadas, 4 delas em conjunto com as suas mães. Conclusões: A maioria das referenciações ao Serviço Social ocorreu em recém-nascidos internados por causas orgânicas (não exclusivamente sociais), o que sugere que os profissionais de saúde estão alerta para a identificação de situações de perigo e risco social. A maioria dos casos foi gerida apenas por entidades de nível 1, com integração da generalidade dos recém-nascidos nas suas famílias, o que reflete uma boa articulação com o Serviço Social. O internamento na Neonatologia, mesmo em contexto de doença aguda, deve constituir um momento para a identificação de potenciais situações de perigo e fatores de risco social. A identificação destas situações em idade tão precoce, permite intervir e orientar as crianças e suas famílias desde cedo. A existência de um ambiente propício ao desenvolvimento das crianças, refletir-se-á positivamente no seu futuro.

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Manual Crianças e Jovens Vítimas de Violência: compreender, intervir e prevenir. Lisboa: APAV; 2011. 289 pp
- Lei nº 147/99, D.R. Série I-A, 204 (1999-09-01), 6115- 6132.
- Lei nº31/2003, D.R. Série I-A, 193 (2003-08-22), 5313-5329.
- Lei nº142/2015, D.R. Série I-A, 175 (2015-09-08), 7198-7232.
- Lei nº23/2017, D.R. Série I-A, 99 (2017-05-23), 2494-2494.
- Lourenço AP. O Invisível da Sociedade - Crianças e Jovens em Risco. [Trabalho de Investigação no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação]. Lisboa: Instituto de Ciências da Educação, Universidade Lusófona; 2010. 195 pp.
- Nascimento J et al., O impacto do risco social num internamento pediátrico, Acta Pediatr Port 2013; 44(1):15-9.

- Teufel S, Martínez Fernández MJ, Banacloig EM et al. Promoção e proteção dos direitos das crianças – Guia de orientações para os profissionais de saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo. 1ª ed. Generalitat Valenciana; Jun 2006. 163 pp

**Palavras chave:** Risco Social, Sinalização, Internamento, Intervenção.

**ICCA2022-29218**

## **Perceção De Suporte Social De Pares E De Familiares De Crianças E Jovens Portuguesas Integrados Em Distintas Tipologias De Agregados**

Paula Ferreira <sup>1</sup>, Fátima Gameiro <sup>1</sup>, Ana Pedro <sup>2</sup>, Joana Costa Santos <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Instituto de Serviço Social/ULHT*

<sup>2</sup> *Lar dos Rapazes e Primeiro Passo/SCMS*

De acordo com a literatura o desenvolvimento humano requer um ajuste psicológico e social e este parece ser determinado pela qualidade das interações interpessoais. Tem vindo a ser demonstrado que a perceção de suporte social adequado pode constituir-se como um fator protetor em crianças e adolescentes, diminuindo os efeitos stressores e favorecendo a competência social, estratégias de coping adaptativas, afeto positivo, bem-estar psicológico e autoconceito positivo, ou seja, estabilidade psicoemocional e relacional. Com o objetivo de comparar a perceção de suporte social de crianças/jovens que vivem em distintas tipologias de agregados foram aplicadas, via presencial e googleforms, as Escalas de Perceção de Suporte Social dos Amigos e da Família de Procidano e Heller (1983), junto de 250 crianças/jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 21 anos de idade, sendo a média de idades de 16,43 (DP= 2,84), 63 a residir em casa de acolhimento residencial (25,2%), 129 em família biológica (51,6%), 33 em família monoparental (13,2%) e 25 em família reconstituída (10%), sendo a maioria do sexo feminino (55,2%). Como resultados, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $F(3;246)=22,83$ ;  $p=.000$ ) relativamente à perceção de suporte social dos pares entre as crianças e jovens que habitam em acolhimento residencial ( $M=9,75$ ;  $DP=5,42$ ) e em famílias biológica ( $M=15,09$ ;  $DP=3,92$ ), monoparental ( $M=15,09$ ;  $DP=3,67$ ) e reconstituída ( $M=13,68$ ;  $DP=4,22$ ). Quanto à perceção de suporte social da família também se encontraram diferenças estatisticamente significativas ( $F(3;245)=9,10$ ;  $p=.000$ ) entre as crianças e jovens em acolhimento residencial ( $M=9,25$ ;  $DP=6,26$ ) e as crianças e jovens que habitam em família biológica ( $M=13,51$ ;  $DP=5,30$ ) e em família reconstituída ( $M=5,50$ ;  $DP=1,12$ ). Como conclusão, verificamos que as crianças e jovens em acolhimento residencial apresentam uma perceção de suporte social dos pares mais fragilizada que as restantes crianças e jovens. Quanto à perceção de suporte social da família, as crianças e jovens em acolhimento manifestam uma perceção mais frágil do que as que se encontram inseridas nas famílias biológicas. No entanto, são as que se encontram inseridas em famílias reconstituídas aquelas que se apresentam mais fragilizadas a este nível. Logo, é urgente intervir de forma multidisciplinar junto das crianças e jovens e das respetivas famílias promovendo a perceção de suporte social enquanto variável de proteção do seu desenvolvimento psicoemocional, relacional e social.

Goncalves, M., Baptista, M. & Farcas, D. (2016). IPSF: análise da estrutura interna em uma amostra de jovens adultos portugueses. *Avaliação Psicológica*, 15(1), 115-123.

Matos, M. (2008). A saúde do adolescente: o que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2(26), 251-263.

Palácios, J. & Hidalgo, V. (2007). Desenvolvimento da personalidade dos seis anos até a adolescência. In C. Coll, A. Marchesi, J. Palácios & cols., *Desenvolvimento psicológico e educação. Psicologia Evolutiva* (pp.252-267). Porto Alegre: Artmed.

Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 1 (XXII): 235-244

Rigotto, D. M. (2006). Evidência de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito. (Dissertação de mestrado). Universidade São Francisco, Itatiba, SP.

Sánchez, V., Ortega, R. & Menesini, E. (2012). La competencia emocional de agresores y víctimas de bullying. *Anales de psicología*, 28(1), 71-82.

**Palavras chave:** Suporte social; Família; Pares; Crianças e jovens; Tipologia de agregado.

**ICCA2022-36799**

## **Pobreza, Exclusão Social E Rendimento Social De Inserção: As Vozes Das Crianças E Dos Jovens**

Bárbara Rios <sup>1</sup>, Idalina Machado <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Associação de Solidariedade Social de Alquerubim*

<sup>2</sup> *Instituto Superior de Serviço Social do Porto*

A pobreza e exclusão social são fenómenos transversais às diversas sociedades. Afetam indivíduos e famílias de formas distintas, mas a sua presença deixa marcas profundas, muito particularmente nas crianças e nos jovens. Em Portugal, as famílias com crianças e jovens a cargo são particularmente afetadas pela pobreza e pela exclusão social. Dados publicados pelo INE mostram que, desde 2003, os agregados com crianças dependentes apresentam uma taxa de risco de pobreza sempre próxima dos 20%. O Rendimento Social de Inserção, medida de combate à pobreza e exclusão social, tem, desde 2004, entre 40 a 50% de beneficiários com menos de 25 anos. Apesar de se tratar de uma medida que atenua a dificuldade de satisfação das necessidades básicas, surge associada a representações sociais menos positivas sobre as famílias que dela beneficiam, estigma ainda mais reforçado quando ao apoio social se associa a pertença à comunidade cigana. Assim, quer as condições objetivas de vida marcadas pela carência a vários níveis, quer o estigma de que as famílias beneficiárias do RSI são alvo no seu quotidiano têm, necessariamente, impacto no modo como as crianças e jovens constroem a sua identidade, como perspetivam a vida presente e o futuro. Partindo de entrevistas a 32 crianças e jovens entre 7 e 18 anos de idade, acompanhadas no âmbito do SAAS de uma associação da zona centro do país, 20 pertencentes a famílias de etnia cigana e 12 a famílias de etnia não cigana, pretendeu-se ouvir a voz daqueles membros dos agregados familiares

que, quanto a este assunto, são geralmente menos ouvidos. Qual o impacto das condições objetivas de vida marcadas pela pobreza na subjetividade destas crianças e jovens?; Como se vêem a si próprios?; O que pensam da pobreza, da exclusão, do RSI?; O que esperam do futuro? - foram algumas das questões que nortearam esta pesquisa. Os resultados evidenciam de forma clara como a pobreza material é uma constante na vida destas crianças, quer de um modo objetivo – porque vivem em situações de carência – quer de um modo subjetivo – porque a preocupação central para o futuro é não ser pobre, ter dinheiro e ter trabalho. O problema da discriminação aparece, também, com visível impacto na vida destas crianças e jovens, particularmente para as de etnia cigana que o destacam nas respostas dadas às diversas questões. Deste modo, conhecer o que pensam estas crianças e jovens é fundamental para trabalhar no sentido da interrupção de processo de reprodução intergeracional da pobreza e da exclusão.

Diogo, F., Castro, A. & Perista, P. (2015). Pobreza e exclusão social em Portugal: contextos, transformações e estudos. V. N. Famalicão: Húmus

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4, 361-371.

Ferreira, R. S. (2015). Rendimento Social de Inserção, tolerância zero: o embrutecimento do estado. *Sociologia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXIX, 147-169.

Mendes, M. (2005). Nós, os Ciganos e os Outros: etnicidade e exclusão social. Lisboa: Livros Horizonte.

Mendes, M., Magano, O. Costa, A., R. (2020). Ciganos portugueses: Escola e mudança social. *Sociologia, problemas e práticas*, 93, 109-126.

Montenegro, M. (2001). O que aprendi com as crianças e famílias? In A. Almeida et. al, *Sastipen ta li saúde e liberdade: Ciganos, número, abordagens e realidades*. Lisboa: SOS Racismo.

Mosquera, J. J. M. (1977). *Adolescência e provocação: a auto-estima no adolescente*. Porto Alegre: Sulina.

Paugam, S. (2003). *Desqualificação social: Ensaio sobre a nova pobreza*. Porto: Porto Editora.

Santos, M. R., & Costa, L. F. (2015). Da invisibilidade à participação: A expressão da criança em disputas de guarda. *Revista de Psicologia*, 24(2), 1-15.

Sarmiento, M. & Veiga, F. (2010). *Pobreza infantil: realidades, desafios, propostas*. Vila Nova de Famalicão: Edições Húmus.

Wall, K. et al. (2015). *Impactos da Crise nas Crianças Portuguesas. Indicadores, Políticas, Representações*. Lisboa: ICS.

**Palavras chave:** Pobreza; Exclusão social; Rendimento Social de Inserção; Crianças; Jovens.

**ICCA2022-52953**

## **Sinalizações Ao Núcleo Hospitalar De Apoio A Crianças E Jovens Em Risco No Período Pré E Pós-Pandemia: Há Diferenças?**

Helena Marques da Silva <sup>1</sup>, Ana Sofia Rodrigues <sup>1</sup>, Beatriz Parreira de Andrade <sup>1</sup>, Susana Gama de Sousa <sup>1</sup>, Sónia Lemos <sup>2,3</sup>, Susana Lopes<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Médio Ave (CHMA)

<sup>2</sup> Serviço Social do Centro Hospitalar de Médio Ave (CHMA)

<sup>3</sup> Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Centro Hospitalar de Médio Ave

**INTRODUÇÃO:** A situação pandémica da COVID-19 e os vários confinamentos poderão ter potenciado situações de risco/perigo em idade pediátrica. Por outro lado, a impossibilidade de a maioria das equipas de intervenção manterem o seu padrão de atividade habitual poderá ter levado a uma sinalização e intervenção mais tardias. **Objetivo:** comparar as novas referências a um NHACJR de hospital distrital entre o período pré-pandemia e a era pandémica. **MÉTODOS:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos casos referenciados no período pré-pandemia (junho de 2018 a fevereiro de 2020) e na pandemia (março de 2020 a novembro de 2021). **RESULTADOS:** Realizaram-se 55 novas sinalizações no período pré-pandemia e 31 na pandemia, tendo-se verificado uma redução de 44% no número de novos casos sinalizados ( $p < 0,001$ ). Nos dois períodos, a idade mínima foi 1 dia de vida e a idade máxima de 17 anos. A média de idades foi de 6,5 anos no período pré-pandemia e de 7,4 anos na era pandémica ( $p < 0,05$ ). Relativamente à origem das referências, no período pré-pandemia predominou o internamento (60%), seguido da consulta externa (23,6%) e serviço de urgência (14,6%); na era pandémica predominou a consulta externa (32,2%), seguida do internamento (25,8%), equipas multidisciplinares de apoio técnico aos tribunais (19,4%), serviço de urgência (12,9%) e cuidados de saúde primários (9,7%). O risco social predominou na pré-pandemia (35%) e a negligência foi o tipo de situação de perigo mais referenciada na era pandémica (39%), seguido das situações de abuso (26%). Na pré-pandemia a principal causa de sinalização foi carência económica (23%), seguida de mãe adolescente (13%) e de disfunção familiar (5%). Na era pandémica, os principais motivos de referência foram má adesão ao tratamento e faltas a consultas externas (50% e 12% dos casos de negligência, respetivamente), seguidos de abuso psicológico/emocional (26%), abuso físico (10%) e abuso sexual (10%). Foram referenciados menos casos de abusos na era pandémica (19 vs 14), contudo com maior preponderância de abuso físico e sexual. Na pré-pandemia, 40% dos casos foram referenciados à comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ), 27% a equipas/projetos de intervenção na comunidade e 13% ao ministério público. Na pandemia, 42% dos casos foram referenciados à CPCJ, 29% a equipas/projetos de intervenção na comunidade e 16% ao ministério público. **CONCLUSÕES:** Os dados obtidos são concordantes com a literatura, verificando-se uma diminuição das sinalizações ao NHACJR durante a pandemia. A redução dos internamentos e episódios de urgência durante a pandemia pode justificar a referência sobretudo a partir do ambulatório. Ao contrário do esperado, a carência económica não foi o principal motivo de sinalização na era pandémica. O aumento relativo da percentagem de casos de abuso físico e sexual foi provavelmente potenciado pelo confinamento. O NHACJR assume um papel fundamental na proteção das crianças e jovens em risco/perigo, alertando-se os profissionais de saúde para a importância da referência precoce em caso de suspeita.

Direção Geral da Saúde. Resumo Atividade 1ª fase COVID-19. Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. Dezembro de 2020

XXII Governo Constitucional. GUIA DE INTERVENÇÃO INTEGRADA JUNTO DE CRIANÇAS OU

JOVENS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. Maio de 2020.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDP/CJ).  
Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2020. Junho de 2021

**Palavras chave:** Risco; Pré-pandemia; Pandemia; NHACJR.

## ICCA2022-53274

### **Projeto-Piloto Para A Prevenção Da Violência “Re(Com)Pensar As Palavras”**

Ana Marques dos Santos <sup>1, 2</sup>, Catarina Ribeiro Gomes <sup>1, 3</sup>, Maria da Conceição Fernandes <sup>1, 3</sup>, Teresa Pereira <sup>1, 3</sup>, Madalena Sofia Oliveira <sup>4, 5</sup>

<sup>1</sup> IDIS

<sup>2</sup> Universidade Aberta

<sup>3</sup> Crescer Ser

<sup>4</sup> ISSSP

<sup>5</sup> JusGov-UM

Em contexto de Acolhimento Residencial de Crianças a existência de elevados conflitos com recurso à agressividade física e verbal no grupo de pares, foi o principal motivador para a elaboração deste projeto. A necessidade de avaliar e intervir nas crenças que as crianças têm sobre a violência, devido a modelos e experiências vivenciadas em ambientes familiares vulneráveis e disruptivos (Dias, 2004; Sani, 2002; 2006; Oliveira 2015), apresentam um inegável impacto nos comportamentos adotados pelas crianças (Machado & Gonçalves, 2003) em momentos de frustração e conflitos internos e sociais em contexto residencial (Paulino, 2019). Como objetivos, pretendeu-se: i) Avaliação das crenças das crianças sobre a violência; ii) Gestão comportamental, estimulando o autocontrolo e autorregulação; iii) Diminuição/eliminação de atitudes violentas; iv) Promoção de comportamentos mais adaptativos na resolução de conflitos. Material e métodos Foram utilizados dois recursos distintos, dirigidos à totalidade das crianças acolhidas em idade escolar (6-10 anos): i) “Sexta-feira, a noite preferida!”; ii) “Palavras Bonitas”. i) “Sexta-feira, a noite preferida!” - história co-construída com a criança, com uma vertente simultaneamente avaliativa e interventiva. A construção da história teve como base a criação de diferentes cenários e contextos, nos quais a maioria das crianças se pudesse rever, tendo ou não experienciado violência. Para o desenho destes cenários foram tidos em conta os 4 fatores: origem da violência, características individuais, educacionais e socioculturais. Ao longo da história encontram-se indicações para os técnicos como a) escolhas que devem ser feitas pela criança – promovendo o seu envolvimento e participação; b) pedidos de colaboração ou questões a colocar à criança – explorando a temática da violência, sob a orientação dos quatro fatores anteriormente referidos, que resultará em indicadores sobre as crenças que a criança tem sobre a violência. ii) “Palavras Bonitas” - estratégia de intervenção da equipa da CAR, através de uma atuação positiva, igualitária e que permite uma recompensa, anteriormente combinada. Elaboração de um quadro com definição temporal quinzenal em que todas as crianças têm a pontuação máxima (bolas verdes). Estas poderão ser mantidas ou perdidas mediante a adoção de comportamentos que envolvam algum tipo de violência, comportamentos estes previamente definidos. As recompensas

implicam normalmente uma experiência individual (com um adulto ou escolha de atividade). Conclusões preliminares Com a aplicação desta técnica ao longo de dois meses com o grupo de crianças da CAR foi possível verificar a diminuição do recurso à violência (bater, insultar, uso de palavrões) como forma privilegiada de resolver os conflitos intragrupais, bem como a diminuição das frustrações individuais na generalidade das crianças acolhidas na CAR, revelando-se a intervenção no âmbito da medida de acolhimento residencial como reparadora de situações adversas anteriormente vivenciadas pelas crianças nos seus contextos familiares. Considera-se ainda que este projeto-piloto poderá ter impactos significativos quando articulada com os contextos em meio natural de vida, nomeadamente através da implementação de métodos e técnicas adaptados a pais, cuidadores ou representantes legais das crianças acolhidas em CAR.

Dias, I. (2004). *Violência na família – Uma abordagem sociológica*. Edições Afrontamento. Porto.

Oliveira, M.S. (2015). *Transmissão Intergeracional da Violência*. Lisboa: Chiado Editora.

práctica clínica baseada en la evidencia. *Clínica y Salud*, 20, 261-272.

Machado, C. & Gonçalves, R. (2003). *Violência e vítimas de crime*. Coimbra: Quarteto Editora.

Paulino, M. (2019). *Violência doméstica: impacto na estabilidade emocional das crianças acolhidas conjuntamente com familiar(es) em casa abrigo*. In *Prevenir ou Promover – Uma solução para cada criança*. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.

Sani, A. I. (2002). *As crianças e a violência. Narrativas de crianças vítimas e testemunhas de crime*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sani, A. I. (2006). *Vitimação indirecta de crianças em contexto familiar*. *Análise Social*. XLI (180).

**Palavras chave:** Violência; Crenças acerca da Violência; Crianças; Acolhimento Residencial; Intervenção.

**ICCA2022-61269**

## **O Trabalho Em Rede Como Possibilidade Para A Intervenção Com Famílias Nas Instituições De Acolhimento Para Crianças E Adolescentes**

Raffaella Canini <sup>1</sup>, Maria Inês Amaro <sup>1</sup>, Maria do Socorro de Souza Vieira <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ISCTE-IUL

<sup>2</sup> UFPB/PPGSS

O trabalho em rede não é novidade, a temática já foi tratada por várias disciplinas académicas, gerando diferentes definições. Castell (1998) define rede a partir de uma perspectiva descentralizada “uma rede, por definições, não tem centro, mas apenas nós de diferentes dimensões e relações intermodais, que são frequentemente assimétricas. Entretanto, em última instância, todos os nós são necessários para a existência da rede” (p.11). Existem tipos de redes, por exemplo as redes primárias que tecem o cotidiano por meio de apoio mútuo da solidariedade e dos vínculos afetivos, são as redes espontâneas que envolvem familiares e vizinhança (Amorim; Teixeira, 2017). Todavia, o trabalho em rede como forma de gerir políticas públicas surgiu como uma nova abordagem, a partir



de troca de saberes e práticas entre o Estado, empresas e sociedade civil, uma forma para gerir recurso, diminuir custos e flexibilizar o trabalho (Pereira; Teixeira, 2013; Teixeira, 2017). No campo das políticas sociais o trabalho em rede remete para a noção de interconexão, parceria, interação, cooperação entre diferentes instituições, públicas e privadas, um pluralismo de bem-estar social na proteção social (Pereira; Teixeira, 2013). Ao conceito de rede se junta a perspectiva da intersetorialidade propondo uma articulação de ações entre serviços de políticas setoriais no atendimento as demandas dos usuários, ainda envolve a interdisciplinaridade, uma articulação entre saberes e práticas de diversas disciplinas e profissões. No Brasil, a política de assistência social vem fortalecendo o trabalho em rede, as ONG's atuam como parte integrante da rede socioassistencial, uma participação ativa que objetiva superar ações fragmentadas (Brasil, 2005). Dessa forma, o trabalho em rede torna-se parte da metodologia de trabalho do assistente social que atua na política de assistência social e, assim, nas instituições de acolhimento para crianças e adolescentes. A complexidade da sociedade contemporânea e a necessidade de respostas diferenciadas tornam necessário uma intervenção que saiba analisar o contexto dos indivíduos e das famílias como um todo, dialogando com diferentes saberes e práticas na perspectiva de superar "a competência de uma única política setorial" (Teixeira, 2017). Ressalta-se que no Brasil, o cotidiano dos usuários da política de assistência social e em especial das famílias de crianças e adolescentes em acolhimento institucional é determinado pela precariedade das condições socioeconômicas. Para Fávero, Vitale e Baptista (2008) "são aquelas que na divisão social do trabalho situam-se na condição mais precária", vidas marcadas pelo trabalho infantil, falta de escolarização, desemprego, trabalho precário, baixos salários. São realidades de sobrevivência em que o limitado acesso aos direitos sociais e a precariedade das políticas pública pode agravar o cotidiano dessas famílias, aumentando situações de violação de direitos e riscos sociais. Não obstante os limites estruturais e conjunturais da sociedade atual, o trabalho em rede pode ser visto como uma possibilidade para o assistente social, não uma transferência de responsabilidade, mas, como afirmam Cronemberger e Teixeira (2018), um acompanhamento sistemático das famílias nos diferentes espaços, "ao potencializar a ação integrada, volta-se para a totalidade, sem se restringir apenas ao foco setorial ou à necessidade específica" (Teixeira, 2017, p.107).

Amorim, T.A.; & Teixeira, S.M. (2017). A gestão em redes no contexto neoliberal: o exemplo da política de assistência social brasileira. *Revista de Políticas Públicas*, 21-39.

Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2005). Secretaria de Nacional Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Distrito Federal, Brasília.

Castells, M. (1998). *A sociedade em rede*. Paz e Terra, São Paulo.

Cronemberger, I. H. G. M., & Teixeira, S. M. (2018). Trabalho social com famílias nos serviços de acolhimento institucional. *Argumentum*, 10(1), 276–292.

Fávero, E.T., & Vitale, M.A.F., & Baptista, M.V. (2008). *Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam*. Paulus, São Paulo.

Pereira, K.Y.L. & Teixeira, S.M. (2013). Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. *Textos & Contextos*, 12, 114-127.

Teixeira, S.M. (2017). *Trabalho social com família: fundamentos históricos, teórico-metodológicos e técnico-operativos*. EDUFPI, Teresina.

**Palavras chave:** Rede, intersetorialidade, acolhimento institucional, famílias.

**ICCA2022-67696**

## **Avaliação Longitudinal Do Impacto Causado Pela Pandemia Do Covid-19 No Burnout Em Estudantes Universitários De Serviço Social.**

Hélder Alves <sup>1</sup>, Idalina Machado <sup>1</sup>, Sara Melo <sup>1</sup>, Joana Guedes <sup>1</sup>, Sidalina Almeida <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Instituto Superior de Serviço Social do Porto*

Os estudos que estudam o Burnout em estudantes de ensino superior são bastante frequentes, no entanto, a avaliação longitudinal deste sintoma é muito escassa, exceto em áreas como a militar. O presente estudo examinou até que ponto os sintomas de esgotamento escolar (i.e., exaustão, descrença e eficácia), avaliados pelo inventário de Burnout de Maslach para estudantes (MIB-SS Estudantes), sofreram alteração com o desenrolar da pandemia de Covid-19. A validação da estrutura fatorial do instrumento, teve em consideração a estabilidade da estrutura fatorial entre a percepção temporal das duas avaliações (invariância), tendo o ajuste do modelo sido o mais parcimonioso tendo em consideração os dois “momentos” de avaliação. Os índices de qualidade do ajustamento utilizados, foram: 2/df, CFI, GFI e RMSEA e  $P(rmsea < 0.05)$ . Adicionalmente, utilizaram-se os critérios de informação AIC, BIC e BCC para a comparação dos modelos alternativo. A amostra consistiu em 171 estudantes maioritariamente do sexo feminino (97%), com idade média de 24,1 ( $\pm 7,4$ ) anos de todos os cursos (84% do 1º ciclo e 16% do 2º ciclo), e anos curriculares (32% 1º e 2º anos, 25% 3º ano e 11% 4º ano) de uma instituição de ensino superior de serviço social da cidade do Porto (ISSSP), avaliados antes e durante a atual pandemia. Ambos os modelos modificados para a escala de Burnout, (antes e durante), revelaram uma adequada validade fatorial. Os resultados das comparações emparelhadas evidenciaram um aumento estaticamente significativo do Burnout dos estudantes, durante a pandemia.

Carlotto M.; & Câmara, S. (2008). Preditores da Síndrome de Burnout em estudantes universitários. *Pensamiento Psicológico*, 4(10):101-109.

Maroco, J., & Tecedero, M. (2009). Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(2): 227-235.

Maslach, C.; & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2:99-113.

Maslach, C.; Jackson, S.; & Leiter, M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory - test manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Pereira A. et al. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 1(24):51-59.

Tarnowski, M. & Carlotto, M. (2007). Síndrome de burnout em estudantes de psicologia. *Temas em Psicologia*, 15(2):173-180.

Tecedero M. (2010). Estudo exploratório sobre burnout numa amostra portuguesa: O narcisismo como variável preditora da síndrome de burnout. *Análise Psicológica*, 2(28):311-320.

**Palavras chave:** Burnout, Estudantes Universitários, Covid-19, Impacto.

**ICCA2022-72137**

## **Sinalização De Crianças E Jovens Em Risco – Casuística De Um Hospital Nível**

### **li**

Sónia Andrade Santos <sup>1</sup>, Sandra Soares Cardoso <sup>1</sup>, Jessica Sousa <sup>1</sup>, Sofia Reis <sup>1</sup>, Clara Gueidão <sup>2</sup>,  
Cristina Faria <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu*

<sup>2</sup> *Serviço Social, Centro Hospitalar Tondela-Viseu*

**Introdução e objetivos:** A proteção das crianças tem sido uma preocupação crescente em todos os países do mundo, ao longo dos séculos XX /XXI, sendo criados mecanismos e instrumentos jurídicos de promoção e proteção dos seus direitos, a nível nacional e internacional. Em Portugal, os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e os Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) criados no âmbito da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, nos termos do Despacho n.º 31292/2008, vieram estruturar e operacionalizar a intervenção neste domínio. Face a uma situação de risco, a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental para prevenir a sua evolução para perigo. O risco diz respeito á vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus-tratos, sendo o perigo a objetivação desse risco. É urgente intervir no risco para prevenir o perigo e todos somos responsáveis pela proteção destas crianças. Os autores analisaram os casos de crianças/jovens sinalizadas pelo NHACJR de um hospital nível II, com o objetivo de determinar e caracterizar as situações identificadas como risco social (RS) ou maus-tratos (MT).**Metodologia:** Estudo retrospectivo descritivo das crianças/jovens sinalizadas pelo NHACJR de um hospital nível II, entre janeiro/2015 e dezembro/2020. Consultados os processos clínicos e relatórios sociais das crianças sinalizadas. Os dados foram posteriormente introduzidos e analisados em Microsoft Excel 2016®.**Resultados:** Em 6 anos foram sinalizadas pelo NHACJR 501 crianças/jovens, com um máximo de sinalizações em 2018 (97 casos) e mínimo em 2017 (67 casos). Do total das sinalizações, 50,7% eram do sexo feminino e 59,7% recém-nascidos. Relativamente ao motivo de sinalização, 55,3% foi por RS, 92,8% destes sinalizados ao nascimento. Pais com competências parentais insuficientes (24,9%), famílias com carências económicas (23,8%) e com filhos anteriores sinalizados/retirados (19,9%) foram as principais sinalizações por RS. Relativamente aos MT (44,7%), 47,3% foram psicológicos, 21,4% negligência, 17% abusos sexuais, 13,4% MT físicos e 2 casos de Síndrome de Münchhausen. Em 62,5% dos casos o agressor coabitava com a criança/jovem. Houve necessidade de intervenção da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em 40,7% dos casos, Ministério Público em 14,2% e apoio da Medicina Legal em 8,4%. Com apoios/vigilância social, 76,6% das crianças mantiveram-se na família nuclear, 14,8% entregues a familiares, 7,8% institucionalizadas e 0,8% entregues para adoção.**Discussão/conclusão:** Apesar de preocupante o elevado número de crianças/jovens sinalizadas pelo NHACJR, salienta-se o facto de 55,3% das sinalizações serem por RS, 92,8% das quais efetuadas ao nascimento e acompanhadas desde logo a

nível da comunidade, prevenindo a evolução para perigo. Alarmante são os 47,3% de crianças/jovens ainda sinalizadas como vítimas de MT. Sabemos que a sua deteção é muitas vezes difícil, particularmente o MT psicológico, ocorrendo em qualquer idade e em qualquer contexto familiar/social. Perante milhões de crianças/jovens em que a família não é suficiente para as proteger, cabe a todos nós profissionais de saúde, fazê-lo, e para isso, é importante estar atento e sinalizar, de modo a intervir o mais precocemente possível.

Despacho n.º 31292/2008 do Diário da República, 2.ª série — N.º 236 — pag. 49207 - 49231. 5 de dezembro de 2008

Direção Geral da Saúde. Maus-Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Fevereiro de 2011. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS-Maus-tratos-em-crian%C3%A7as-e-jovens-2011.pdf>

Portal da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, Disponível em: [www.cnpcjr.pt](http://www.cnpcjr.pt)

Connell CM, et al.; Re-referral to child protective services: the influence of child, family, and case characteristics on risk status; Child Abuse and Neglect, May 2007

**Palavras chave:** criança/jovem; risco social; maus-tratos; sinalização.

**ICCA2022-80444**

## **Experiência Sociodesportiva E Construção Das Identidades Juvenis No Bairro Padre Cruz: Resultados De Uma Etnografia Colaborativa Em Serviço Social**

Vanda Sofia Braz Ramalho <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social*

Esta apresentação pretende divulgar os resultados do estudo ‘Craques de bola, mandinga e piruetas’, tese de doutoramento em Serviço Social que consiste numa investigação compreensiva, de cariz etnográfico, que recorrendo à observação in loco num ‘bairro social’ de Lisboa, o Bairro Padre Cruz (BPC) foi capaz de identificar modelos de prática, no que concerne à intervenção preconizada pela comunidade sociodesportiva local, os turning points da construção identitária juvenil e os ideais tipos identitários produzidos no campo da experiência vivenciada pelas juventudes em presença, no âmbito de vários projetos comunitários que recorrem ao futebol de rua, à capoeira, à dança hip hop e ao circo social, como ferramentas colaborativas de mediação e educação informal para a cidadania, de crianças e jovens em contexto de vulnerabilidade social. Espera-se contribuir para maior visibilidade dos processos identitários, de auto-regulação e capacitação infanto-juvenil possibilitados pela experiência sociodesportiva, trazendo implicações na reflexão acerca da promoção da inclusão social, da legitimação das identidades juvenis e do desenvolvimento de ferramentas teórico-práticas no campo do Serviço Social comunitário e em contexto urbano.

RAMALHO, V. (2020) Craques de bola, mandinga e Pirueta: Experiência sociodesportiva e identidades juvenis no bairro Padre Cruz. Tese Doutorado em Serviço Social. Lx: ULL-ISSS.

RAMALHO, V.; Dias, J. (2018) 'A mentoria de parceiros na implementação de 1 comunidade de práticas sociodesportivas de futebol de rua no Cabrinha' ebook V C. Nac. Serviço Social 'Serviço social e desenvolvimento humano', APSS, ISSSP, Matosinhos.

RAMALHO, V. (2016) Experiência sociodesportiva e criação colaborativa de 1 praça comunitária num bairro de Carnide. 4º C. Int. SS 'O serviço social e a agenda global: balanço prospetivo'. Lisboa: ULL-ISSS, p. 215-233.

RAMALHO, V.; TELES, H., RAMALHO, N. (2015) Inclusión social y ocio juvenil: el caso del proyecto Bola P'ra Frente. Documentos de Trabajo Social - Revista Trabajo Social e Acción Social. Malaga. ISSN: 2173-8246. Ed. Especial 2º Congreso, p. 222.

RAMALHO, V. (2014) Futebol de rua e desenvolvimento de competências sociais em públicos juvenis. In CARVALHO, M<sup>a</sup>. I.; PINTO, C: SS, Teorias, metodologias e práticas reflexivas. Lx: Lidel-Factor, p. 387-410.

BARRETO, M.I; PAULOS, A.; RAMALHO, V. (2019) 'O desporto como fator de inclusão: O Projeto 'Bola P'ra Frente – Escolhas 6ª Geração', in Lima, J. C. (2019) Direitos das Crianças no Desporto. Porto: Afrontamento.

CARMO, H. (2014) Educação para a cidadania: imperativo estratégico para o serviço social. In CARVALHO, M<sup>a</sup>. I.; PINTO, C: - SS, teorias, metodologias e práticas reflexivas. Lx: Lidel-Factor, p. 113- 128.

COSTA, A. F. (2008) Sociedade de bairro. Dinâmicas Sociais da Identidade Cultural. Oeiras : Celta.

DELGADO, M. (2000) New arenas for community social work: practice with urban youth – use of the arts, humanities and sports. NY: Columbia University Press.

DUBET, F. (1996) Sociologia da experiência. Lx : Instituto Piaget.

ELIAS, N.; DUNNING, E. (2019) A busca da excitação. Desporto e lazer no processo civilizacional. Coimbra: Edições 70.

FEIXA, C. (2008) - De jóvenes, bandas y tribus. Barcelona: Ariel.

MAGNANI, J. G.; SOUZA, B. (2007) Jovens na metropole. Etnografias de circuitos de lazer, encontro e sociabilidade. SP: Terceiro Nome.

MARIVOET, S. (2016) A inclusão social através do desporto: novos desafios na intervenção social. 4º C. Int. Serviço Social 'O serviço social e a agenda global: balanço prospetivo'. Lx: ULL-ISSS, p. 191-204.

MARIVOET, S.; Ramalho, V. (2018) 'Estudo de Avaliação do Projeto sociodesportivo 'Bola P'ra Frente E6G' no BPC em Lisboa', ebook V C. Nac. SS 'Serviço social e desenvolvimento humano', APSS, ISSSP, Matosinhos.

NETO, C. (2003) - Jogo e desenvolvimento da criança. Lx: FHM.

PAIS, J. M.; BENDIT, R.; FERREIRA, V. (2011) Jovens e rumos. Lx: ICS.

PARLEBAS, P. (2002) - Resaeux dans les jeunes e les sports. L'année sociologique. France, 314-349.

PAULOS, A.; RAMALHO, V. (2019) 'O futebol de rua e como chutar a bola p'ra frente como estratégia interventiva no BPC' in Filipe, Isabel; Batista, Bruno; Leitão, Marisa (2019) Animação Sociocultural: Construindo o Futuro. PT: APDASC.

WACQUANT, L. (2002) Corpo e alma: notas etnográficas de um aprendiz de boxe. RJ: R. Dumará.

WHYTE, W. F. (2005) Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. RJ: Zahar.

**Palavras chave:** Serviço Social Comunitário; Etnografia, Experiência Sociodesportiva, Identidades Juvenis,

**ICCA2022-81636**

## **Potencialidades E Fragilidades Da Lei Da Alienação Parental Na Efetivação De Direitos Das Crianças E Adolescentes Nas Varas De Família**

Dorivania Amaral de Oliveira <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Superior Miguel Torga - ISMT

Esta pesquisa investigou as potencialidades e fragilidades da lei da alienação parental (12.318/2010) para a efetivação do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes em processos de litígio de guarda. Aprovada em 26/08/2010 esta lei, objetiva responsabilizar cível e criminalmente quem pratica alguma conduta que prejudique o direito à convivência familiar de crianças e adolescentes, através de “instrumentos processuais aptos a inibir ou atenuar seus efeitos”. Contudo, desde o seu projeto, esta lei é alvo de críticas. Comissões dos Direitos Humanos e Comissões dos Direitos das Famílias têm promovido audiências públicas para debater o assunto. Em torno do objetivo geral deste trabalho, buscamos identificar no universo pesquisado, quem são os litigantes que denunciam e quem são os denunciados por suposta prática de alienação parental; quais os atos predominantemente denunciados; as respostas judiciais diante da alegação de alienação parental; e as considerações de assistentes sociais que atuam em Varas de Família acerca do tema desta pesquisa. Este estudo inseriu-se numa perspectiva de pesquisa exploratória, assentou num método misto, que combina técnicas quantitativas e qualitativas e o tratamento dos resultados foi concretizado através de análise de conteúdo categorial. A pesquisa foi realizada no Tribunal de Justiça de Goiás, Brasil. Foram analisados 134 processos principalmente das naturezas de guarda e responsabilidade que tramitam ou tramitaram na 1ª Vara de Família de Aparecida de Goiânia, Goiás e foram entrevistadas 9 assistentes sociais que atuam com estes processos em comarcas situadas no estado. O percurso teórico e metodológico realizado neste estudo, nos permitiu compreender que a lei da alienação parental tem sua importância enquanto mais um dispositivo legal voltado para a garantia do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes, todavia, é insuficiente no trato das complexidades e multiplicidades de fatores imbricados numa denúncia de alienação parental. Compreendemos ainda, que a efetivação do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes, extrapola o poder judiciário. Nesse sentido, ressaltamos a importância de questões que perpassam a temática da alienação parental, serem trabalhadas também no âmbito do poder executivo através, principalmente, de serviços socioassistenciais que já existem voltados a recuperação e/ou fortalecimento de vínculos familiares.

Bardin, L.(2011). Análise de conteúdo. Edições 70.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal. Retrieved from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm).

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº. 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1995. Retrieved from: [http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8069.htm).

Brasil. Lei nº. 12.318 de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental. Brasília: Ministério da Justiça, 2010. Retrieved from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12318.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12318.htm).

Brasil. Lei nº13.431 de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos das crianças e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Retrieved from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm).

Brasil. Política Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004. Retrieved from:[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf).

Brasil. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. (2006). Brasília: Conanda (Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes). Retrieved from: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/Plano\\_Defesa\\_CriancasAdolescentes%20.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriancasAdolescentes%20.pdf).

Bruschini. M.C.A.(2015). Teoria Crítica da Família. In Azevedo. A.A. & Guerra. V.N.A (orgs.) Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento. (7 ed.) Cortez.

Cellard. A. (2012). A análise documental. In: A pesquisa qualitativa: enfoque epistemológicos e metodológicos/ tradução de Ana Cristina Nasser. (3th ed.). Editora Vozes.

Gardner. R. (2002) O DSM-IV tem equivalente para o diagnóstico de Síndrome de Alienação Parental (SAP)? Departamento de Psiquiatria Infantil da Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Columbia, New York, Tradução para o português por Rita Rafaeli. Retrieved from: <https://sites.google.com/site/alienacaoparental/textos-sobre-sap-1/o-dsm-iv-tem-equivalente>.

Gibbs. G. (2009). Análise de Dados Qualitativos. Artmed.

Gil. A.C. (1995). Métodos e Técnicas de Pesquisa social. Editora Atlas.

Gois. D. A. & Oliveira. R. C.S. (2019). Serviço Social na Justiça de Família, demandas contemporâneas do exercício profissional. Cortez.

Lima. E.F.R. (2016). Alienação parental sob o olhar do Serviço Social: limites e perspectivas da atuação profissional nas varas de família. Retrieved from: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/19559>.

Lobo, P. (2009). Direito Civil: famílias. 2ª edição. Saraiva.

Montaño. C. (2018). Alienação Parental e Guarda Compartilhada. Um desafio ao Serviço Social na proteção dos mais indefesos: a criança alienada. (2th ed.). Lumen Juris.

Quivy. R L. V.C. t (2005) ; Manual de investigação em ciências sociais / trad. João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes, Maria Carvalho. rev. científ. Rui Santos. - 4ª ed. Gradiva.

Rocha. G.M.M. (2020). Alienação Parental e Serviço Social: Subsídios para o debate na área Sociojurídica. In Lima & Santos (org.) Psicologia e Serviço Social: Referências para o Trabalho no Judiciário. (1 th ed.) Nova Práxis.

Santo, H.E., Cunha, M., Guadalupe, S., Simões, S. & Sousa, A. (2018). Guia para as dissertações de

Mestrado – Segundo as Normas da APA. ISMT, Coimbra.

Senado Federal (2019). Projeto de Lei do Senado nº 498 de 2018. Revoga a lei da alienação parental. Retrieved from: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/134835>.

Sousa. A. M. (2010). Síndrome da Alienação Parental: um novo tema nos juízos de família. Cortez.

**Palavras chave:** Alienação parental; Lei da alienação parental; Direitos das crianças adolescentes.

**ICCA2022-82722**

## **Perceção Dos/Das Profissionais Sobre O Atendimento E Acompanhamento De Processos De Promoção E Proteção**

Ana Rita Capôto <sup>1</sup>, Ana Marques dos Santos <sup>2</sup>, Madalena Sofia Oliveira <sup>1, 3, 4</sup>

<sup>1</sup> *IUCS-CESPU*

<sup>2</sup> *Universidade Aberta*

<sup>3</sup> *ISSSP*

<sup>4</sup> *JusGov-UM*

Os abusos e a negligência são uma realidade para muitas crianças e jovens em todo o mundo. Por isso, ao longo dos últimos anos têm surgido novas estratégias, guidelines e alterações legislativas com o objetivo de dar uma resposta mais efetiva à promoção dos direitos e proteção das crianças. Neste sentido, os/as profissionais que intervêm nesta área devem ter formação adequada e ajustada às necessidades e ao desenvolvimento de cada criança. Sabendo que as perceções podem condicionar as práticas, levamos a cabo um estudo que teve como objetivos: i) compreender o modelo de atendimento dos/das profissionais que trabalham na promoção e proteção; ii) caracterizar as tipologias de abusos mais frequentes acompanhadas pelos/pelas profissionais; iii) aferir as perceções acerca do atendimento de crianças e jovens vítimas de abusos e negligência; iv) caracterizar o percurso académico e formativo dos/das profissionais que trabalham nesta área. Trata-se de um estudo piloto, composto por 53 participantes, sendo que 51 (96,2%) são mulheres e 2 (3,8%) homens; a média de idades situa-se nos 43,17 anos; e 64,3% exercem funções em Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. Para o efeito foi elaborado um inquérito por questionário, elaborado por Capôto e Oliveira (2021), intitulado Perceção dos/das Profissionais sobre o atendimento e acompanhamento de processos de Promoção e Proteção, composto por variáveis sociodemográficas, variáveis que visam aferir a prática e a formação dos/das profissionais e variáveis elaboradas através de uma escala de likert para aferir perceções e representações sociais acerca do modelo de atendimento a crianças e jovens, num total de 37 questões. Os resultados preliminares apontam para: a) mais de 50% da população em estudo não tinha tido contacto com estas matérias durante o seu percurso académico; b) 24,5% não realizaram quaisquer formações sobre esta área, apesar de a exercerem; c) existem diferentes posicionamentos quanto ao modelo de atendimento de crianças e jovens em perigo. Torna-se neste sentido fundamental compreender as perceções dos/das profissionais que lidam com esta problemática, por forma a identificar possíveis estereótipos que condicionem a sua intervenção.



Ilyas, F., Leventhal J., Magalhaes T, Oliveira M S, Oral R., Soldatou A., Stathi A., Stefano F., Zafar N. 2018. Child Abuse and Neglect. Successful Collaborations With International Partners. World Perspectives on Child Abuse, 13th Ed: 27-34 <https://www.ispcan.org/product/world-perspectives-on-child-abuse-13th-edition/>

Neo, J. C., Nobre, L. & Oliveira, M.S. (coordenação científica). (2019). A bagagem - intervenção com jovens em contexto de acolhimento residencial. Porto: Legis |Mais Leituras Editora

Oliveira, M. S. 2015. Transmissão intergeracional da violência. Lisboa: Chiado Editora

Peixoto, C. S., & Oliveira, M. S. (2021). Acolhimento residencial de crianças e jovens em perigo. Conceitos, prática e intervenção. Lisboa: Pactor

Santos, A. M. 2018. Promoção e proteção dos direitos das crianças: o gestor de caso nas comissões de proteção. In Oliveira, M.S. & Pinto, P. (Eds.) Da infância à terceira idade: intervenção em contextos de violência e crime-Guia prático para estudantes e profissionais (101-110). Porto: Legis |Mais Leitura Editora.

**Palavras chave:** Abusos e negligência; crianças e jovens; promoção e proteção; percepções formação

### **Children's Fears From The Inside Out. Creative Social Research Methodologies Using Voice, Paper, And Pencil.**

Rosalina Pisco Costa <sup>1, 2</sup>, Ana Marta Serrano <sup>1</sup>, Ana Raquel Silva <sup>1</sup>, Daniela Henriques <sup>1</sup>, Francisca Tavares <sup>1</sup>, Jéssica Ruivo <sup>1</sup>, Margarida Borrego <sup>1</sup>, Raquel Elvas <sup>1</sup>, Tânia Ramos <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Universidade de Évora*

<sup>2</sup> *CICS.NOVA*

This paper showcases the use of children's drawing as a fruitful and insightful scientific research instrument capable of capturing children's actions, bringing their understanding into a meaningful social context. The presentation is based on a pedagogical exercise of qualitative orientation carried out in the spring semester of 2021 by sociology students from a Portuguese public university. In the broad context of a course project aiming at studying the feelings of fear in contemporary society, students working in small groups carried out research with children aiming to understand their fears. Students developed original data collection procedures based on creative social research methodologies. Strictly following the ethical guidelines applied to social research with children, five children ageing six and nine years were asked to draw their main fears and then to answer a few related questions. The research questions included asking what children's fears are and how do they deal with these fears? What are the key contexts associated with the fear's children experience? What are the strategies' children use to deal with their fears? And finally, who are the actors involved in managing children's fears? Data were analyzed using qualitative content analysis techniques and discussed considering the extensive literature in the area and previous empirical research conducted by the main researcher. The data sheds important light on the causes and changing contexts of children's fears, as well as the ways children use to deal with their fears and the role of significant objects and actors around them in such a task. Across the board, the discussion of data supports the importance of using children's drawing as an innovative and adaptable research instrument, capable of capturing children's actions and meanings in multiple layers, allowing for a deeper social and cultural understanding. Whether there is important work conducted in this field by psychologists, the paper ultimately argues for greater inclusion of creative social research methodologies in general, and particularly the drawing of children in family and childhood studies conducted by sociologists.

Bauman, Z. (2006). *Liquid Fear*. Oxford: Policy Press.

Cordeiro, M. (2015). *Crianças e famílias num Portugal em mudança*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Costa, R. P., Roque, B., & Carreira, V. (2021). Monsters, fear and fun. Bringing creative methodologies into the higher education classroom to study children and childhood. In J. Domenech, P. Merello, & E. de la Poza (Eds.). *7th International Conference on Higher Education Advances (HEAd'21)* (pp. 1187-1194). Valencia: Editorial Universitat Politècnica de València. DOI: <http://dx.doi.org/10.4995/>

HEAD21.2021.13621

Graue, E., & Walsh, D. (2003). *Investigação etnográfica com crianças: teorias, métodos e ética*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Kara, H. (2015). *Creative research methods in the social sciences: a practical guide*. Bristol: Policy Press.

Mason, J., & Dale, A. (2011). *Understanding social research: thinking creatively about method*. London: Sage.

**Palavras chave:** Children's drawing; Creative methodologies; Fear; Sociology.

**ICCA2022-39612**

## **Brincadeiras, Interações E Apropriação Do Lugar Pelas Crianças: Registos Etnográficos Em Dois Parques Urbanos Do Porto**

Inês Barbosa <sup>1</sup>, João Teixeira Lopes <sup>1</sup>, Lúcia Ferro <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Instituto de Sociologia da Universidade do Porto*

Ao longo dos últimos anos, sobretudo no mundo ocidental e em meio urbano, temos vindo a assistir a transformações substanciais no que concerne à relação da criança com os lugares que ocupa. Decorrentes, em grande parte, de uma imagem de “cidade predatória” (Fernandes, 2003) e do predomínio de paradigmas de “paternalismo, propriedade e domesticação”, de “proteção e controlo” (Tomás, 2007), vários fenómenos estão atualmente em marcha, contribuindo para a crescente invisibilização das crianças no espaço público: institucionalização (Sarmiento, 2018), insularização (Zeihner, 2003) e especialização (Tonucci, 2009) são alguns deles. Cada vez mais o quotidiano das crianças é passado dentro de espaços fechados e em atividades estruturadas e reguladas por adultos, mesmo durante os chamados tempos-livres (Nídio, 2012; Araújo & Monteiro, 2018). A vivência da cidade é mediada pelos seus cuidadores que a transportam de “ilha para ilha” (casa, escola, ATL, atividades extracurriculares, etc). A cidade torna-se assim um todo desfragmentado, em que a cada lugar corresponde um determinado grupo social. A ideia de espaço público como lugar de encontro com “o outro” e o diferente vai-se esbatendo. Como compensação, estabelecem-se “terceiros espaços” (Oldenberg, 1989), situados nos limites entre o espaço privado e o espaço público: cafés, shoppings, centros lúdicos, museus, parques temáticos ou parques infantis. Espaços onde as crianças contactam com outras crianças e adultos fora da sua esfera familiar ou educativa e onde podem usufruir de experiências diversas, num ambiente seguro e confortável. Para esta comunicação, mobilizamos um fragmento dos resultados de uma pesquisa etnográfica e colaborativa iniciada em 2019 e que se encontra ainda em curso, integrada no projeto CRiCity: Children and their right to the city: Tackling urban inequity through the participatory design of child-friendly cities”(PTDC/SOC-SOC/30415/2017). Os contextos de investigação aqui apresentados são dois parques urbanos do Porto - Quinta do Covelo e Parque da Pasteleira - onde decorreram observações regulares, com recurso a diário de campo, durante seis meses; bem como duas instituições educativas nas imediações dos parques, onde se concretizaram atividades de pesquisa participativa: walking

interviews; grupos focais; desenhos e registos orais correspondentes. Foram ainda realizadas entrevistas a informantes-chave: educadoras/es, técnicos dos centros educativos ambientais, responsáveis políticos da área do urbanismo e da educação. Nesta comunicação, centramo-nos em dois eixos fundamentais: marcas de apropriação do lugar pelas crianças; e brincadeiras e interações entre pares e com adultos. Debruçamo-nos, em particular, em aspetos como: o vínculo emocional aos elementos naturais; o recurso (espontâneo ou induzido) à fantasia; os usos inusitados do espaço e dos equipamentos; os mecanismos de controlo e vigilância por parte dos adultos; as estratégias de resistências e oposição das crianças; tipos de brincadeiras e brincadeiras favoritas, etc. Terminamos a nossa apresentação com um conjunto de recomendações e algumas pistas para investigações futuras, a partir da premissa de que um protagonismo maior por parte das crianças no planeamento urbano contribuirá para o seu direito pleno à cidade.

Araújo, Maria & Monteiro, Hugo (2018) Crianças de todo o mundo, uni-vos! Notas sobre a submissão das crianças à "ideologia do trabalho útil". *Ambiente e Educação*, Vol. 23, n. 3, 170-188.

Fernandes, Luis (2003) A imagem predatória da cidade. In: Cordeiro, G.; Baptista, L.; Costa, A. (Orgs.). *Etnografias Urbanas*. Oeiras: Celta Editora, 43-52.

Nídio, Alberto (2012) O tempo das crianças e as crianças deste tempo. In Emília Araújo & Eduardo Duque (eds.) *Os tempos sociais e o mundo contemporâneo. Um debate para as ciências sociais e humanas*. Universidade do Minho: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade / Centro de Investigação em Ciências Sociais, pp. 203-224.

Oldenberg, R. (1989). *The great good place: Café's, coffee shops, bookstores, bars, hair salons and the other hangouts at the heart of a community*. Cambridge, MA: De Capo Press

Sarmiento, Manuel (2018) Infância e cidade: restrições e possibilidades. *Educação (Porto Alegre)*, v. 41, n. 2, pp. 232-240

Tomás, Catarina (2007) Paradigmas, imagens e concepções da infância em sociedades mediatizadas. *Média & Jornalismo*, (11): 119-134.

Tonucci, Francesco (2009) Ciudades a escala humana: la ciudad de los niños, *Revista de Educación* 200: 147-168.

Zeihner, Helga (2003) Shapping daily life in urban environments, in *Children in the city: home, neighbourhood and community*, edited by P. Chistensen and M. O'Brien. London: Routledge.

**Palavras chave:** crianças; direito à cidade; brincadeira; etnografia.

**ICCA2022-49933**

**“Num Mundo Perfeito Todos Obedecemos”: Representações Sobre Poder E Obediência Na Infância E Juventude A Partir De Um Projeto De Criação Artística**

Sandra Mateus <sup>1</sup>, Marta Carreiras <sup>2</sup>, Romeu Costa <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa*

<sup>2</sup> *Centro de Estudos de Teatro da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa*

Nesta apresentação, centrada nas noções e práticas de poder e obediência entre crianças e jovens, discutir-se-ão os resultados preliminares de uma análise interpretativa de dois workshops realizados com crianças e jovens em 2021, em S. Teotónio e em Marvila, no âmbito da criação do espetáculo “Jogos de Obediência”, inserido no projeto “The Holocaust and Modernity: Violence and Obedience in Present Societies”, financiado pela FCT. Os workshops, com a duração de 5 dias, tiveram como objetivo experimentar dispositivos de ligação, posição e oposição, isto é, atividades geradoras de encontros dialógicos que possam levar à expressão de visões do mundo e à conscientização da posição de poder ocupada em cada momento. Os dispositivos visaram também uma sensibilização suave para os mecanismos de autoridade e manipulação, a fim de transformar os participantes em agentes conscientes na transformação do mundo. Nos workshops estiveram envolvidas cerca de 28 crianças e jovens, entre os 8 anos e os 23 anos, com perfil de género e origem étnico-nacional diversificado, e trajetos escolares que incluem o ensino básico até à licenciatura, com maior incidência no 3º ciclo e ensino secundário artístico. Outras diferenças entre os grupos incluem o meio residencial (campo e a cidade), o nível de autonomia (em termos de agência e mobilidade), as perceções sobre o que é a arte e o que é um espetáculo, mas também diferentes graus de reflexividade e individualização. Nesta apresentação iremos desenvolver um olhar sociológico sobre os elementos constituintes, as dinâmicas relacionais e de ação nos encontros. O processo de envolvimento, adesão e participação nos dispositivos será problematizado, endereçando questões como a coprodução de conhecimento ou a distribuição de poder.

**Palavras chave:** Infância e Juventude; Educação não-formal; Poder; Arte.

## **ICCA2022-70521 - Jovens Portugueses Institucionalizados e a sua Relação com os Animais de Companhia**

Mariana Carvalho Soares <sup>1</sup>, Vera Mónica da Silva Duarte <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Universidade do Minho*

<sup>2</sup> *Universidade da Maia*

A temática do mau trato a animais de companhia tem vindo a crescer em grande escala, tornando-se até mediático. Assim, o animal de companhia representa, nos dias de hoje, um indicador de bem-estar e, por isso, quando é maltratado tanto pode representar um sujeito de crime como um fator de alarme condicionante à família que o acolhe (DeViney, Dickert, & Lockwood, 1983; Shahinfar, Kupersmidt, & Matza, 2001; Patterson-Kane & Piper, 2009; Nassaro, 2016) até porque, menores que estão/estiveram expostos a violência interpaparental e que são/foram vítimas diretas de violência por parte dos progenitores apresentam uma maior taxa de maltrato a animais (Baldry, 2003; Vaughn, Fu, Beaver, DeLisi, Perron & Howard, 2011). A crueldade infantil dirigida os animais pode identificar não apenas crianças que podem envolver-se em comportamentos antissociais futuros, mas também

aquelas que vivem em famílias violentas e disfuncionais (Ascione & Arkow, 1999; Lockwood & Arkow, 2016). É, neste contexto, que surge o estudo que se pretende apresentar e que tem como objetivos compreender qual a relação que os jovens institucionalizados, em Portugal, no âmbito da Promoção e Proteção e da Justiça Juvenil, têm com os animais de companhia e perceber se há incidência de maus-tratos identificando os fatores associados a este comportamento. Para tal, desenvolveu-se um estudo quantitativo, através do uso de um inquérito por questionário, que foi preenchido, entre fevereiro e maio de 2021, por um total de 159 jovens dos 12 aos 21 anos que se encontravam institucionalizados em Lares de Infância e Juventude e a cumprir medida de internamento em Centros Educativos. Os principais resultados deste estudo apontam para a existência de mau trato aos animais por parte de jovens portugueses institucionalizados e verificou-se ainda a prevalência de maus tratos a animais no contexto social e familiar destes jovens visto que a análise demonstrou que 8,2% da amostra maltratou animais e 59,1% presenciou mau trato perpetrado por um adulto. Para além disso, na maioria dos contextos familiares em que existe presença de ameaças com faca e/ou arma, álcool e/ou drogas, insultos e/ou palavrões, sovas que deixem marcas, palmadas e alguém que esteve/está preso/a, também a presença de maus-tratos a animais era prevalente. Relativo ao historial de vitimação, entendemos que os participantes que foram tocados de forma indesejada em contexto familiar têm 5 vezes mais de probabilidade de maltratarem animais e que os participantes que assistiram a maus tratos a animais em contexto familiar têm 4 a 5 vezes mais de probabilidade de maltratarem animais. Estes dados permitem o avanço da criminologia e da sociologia do crime, no que diz respeito a entender um pouco mais sobre a interação, positiva ou negativa, que estes jovens têm com os animais de companhia, uma vez que o mau trato a animais, como os estudos de Loeber, Pardini, Homish, Wei, Farrington, Creemrs, Crawford, Southamer-Loeber, Koehler & Rosenfeld (2005) e Lucia & Killias (2011) indicam, pode ser um marco inicial para futuros comportamentos agressivos.

Ascione, F., & Arkow, P. (1999). *Child Abuse, Domestic Violence, and Animal Abuse: Linking the Circles of Compassion for Prevention and Intervention*. Purdue University Press.

Baldry, A. C. (2003). Animal Abuse and Exposure to Interparental Violence in Italian Youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(3), 258–281. <https://doi.org/10.1177/0886260502250081>

DeViney, E., Dickert, J., & Lockwood, R. (1983). The Care of Pets Within Child Abusing Families. *International Journal for the Study of Animal Problems*, 4(4), 321–329. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/9c54/a864563663ee22bd550160718bc116a7ec97.pdf>

Lockwood, R., & Arkow, P. (2016). Animal Abuse and Interpersonal Violence: The Cruelty Connection and Its Implications for Veterinary Pathology. *Veterinary Pathology*, 53(5), 910–918. <https://doi.org/10.1177/0300985815626575>

Loeber, R., Pardini, D., Homish, D. L., Wei, E. H., Farrington, D. P., Creemers, J., ... Rosenfeld, R. (2005). The prediction of violence and homicide in young men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1074–1088. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1074>

Lucia, S., & Killias, M. (2011). Is animal cruelty a marker of interpersonal violence and delinquency? Results of a swiss national self-report study. *Psychology of Violence*, 1(2), 93–105. <https://doi.org/10.1037/a0022986>

Nassaró, M. R. F. (2016, September). Maus-Tratos aos animais e violência contra as pessoas. *MPMG Jurídico: Revista Do Ministério Público Do Estado de Minas Gerais*, 40–47. Retrieved from <https://aplicacao.mpmg.mp.br/xmlui/handle/123456789/1282?show=full>

Patterson-Kane, E. G., & Piper, H. (2009). Animal Abuse as a Sentinel for Human Violence: A Critique. *Journal of Social Issues*. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2009.01615.x>

Shahinfar, A., Kupersmidt, J. B., & Matza, L. S. (2001). The relation between exposure to violence and social information processing among incarcerated adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 136–141. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.136>

Vaughn, M. G., Fu, Q., Beaver, K. M., DeLisi, M., Perron, B. E., & Howard, M. O. (2011). Effects of Childhood Adversity on Bullying and Cruelty to Animals in the United States: Findings From a National Sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(17), 3509–3525. <https://doi.org/10.1177/0886260511403763>

**Palavras chave:** Desvio juvenil; Animais de companhia; Maus tratos aos animais; Violência Interpessoal.

# Speech Therapy

## **ICCA2022-28355 - Programa de intervenção em crianças com Perturbação da Comunicação: Capacitação e grau de satisfação dos cuidadores**

Joana Isabel Freire Lopes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Medicina Reabilitação Alcoitão

**Introdução:** Em crianças com diagnóstico de Perturbação da Comunicação é essencial capacitar os parceiros comunicativos como agentes de intervenção, dando continuidade ao uso de estratégias terapêuticas contingentes, nas rotinas diárias, melhorando o desenvolvimento comunicativo e a interação; **Objetivo:** Apresenta-se uma proposta de programa de intervenção, funcional, centrado nos cuidadores, para crianças em idade pré-escolar com diagnóstico de Perturbação da Comunicação pretendendo-se: i) Capacitar os cuidadores no que se refere à identificação de necessidades de comunicação/linguagem e utilização de estratégias contingentes num contexto natural; ii) Determinar o grau de satisfação dos cuidadores relativamente ao programa implementado; **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo de série de caso, expondo a elaboração de um programa de intervenção semiestruturado (8 a 10 sessões) com participação ativa dos cuidadores, baseado em estratégias das metodologias: Floor-time e “It Takes Two to Talk” com recurso ao vídeo modeling; **Resultados:** Implementou-se o programa com quatro crianças com idades entre os 3 e os 5 anos e os respetivos cuidadores. Avaliaram-se as crianças quanto ao perfil de comunicação/linguagem, no início e no final e constatou-se que evoluíram. Identificaram-se os comportamentos a modificar na interação dos cuidadores e aplicou-se um questionário de satisfação. Os cuidadores manifestaram ter tomado maior consciência sobre as dificuldades/necessidades das crianças e quais as formas de as abordar, e responderam positivamente ao questionário dado; **Conclusões:** O programa de intervenção apresentado carece ainda de continuidade na sua aplicação, mas revelou-se do interesse dos cuidadores, capacitando-os como parceiros terapêuticos e potenciando a evolução das crianças.

Armour, J., Kuster, J. Floor Time and Evidence-Based Practice. *Neurophysiology and Neurogenic Speech and language disorder.* 12 (2):16-20, 2002.

ASHA (2018). Social Communication Disorder. Disponível em: <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934980&section=Overview> consultado em 8-01-2018

Cheslock, M., Kahn, S. (2011). Supporting Families and Caregivers in Everyday Routines. 16 (11):10-13. Disponível em: <http://www.asha.org/Publications/leader/2011/110920/Supporting-Families-and-Caregivers-in-Everyday-Routines.htm> consultado em 25-4-2018

Dewart, H., Summers, S. *The Pragmatics Profile of everyday communication in Children.* Windsor: nferNelson Publishing Co Ltd. 1996.

Hanen Center (2018) It Takes Two to Talk. Disponível em: <http://www.hanen.org/Home.aspx> consultado em 8-1-2018

Organização Mundial de Saúde (2001). *International classification of functioning, disability and health.* Geneva, Switzerland. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icf/en/> consultado em



5-10-2018

Silva, P., Eira, C., Pombo, J., Silva, A., Silva, L., Martins, F. Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo D.I.R. *Análise Psicológica* 1 (XXI): 31-39, 2003.

Sim- Sim, I., Silva, A., Nunes, C. *Linguagem e Comunicação no Jardim-de-Infância: O aprendiz de falante*. Ed Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular Lisboa, 2008.

Wetherby, A., Prizant, B., Hutchinson, Thomas. *Communicative, Social/Affective, and Symbolic Profiles of Young Children With Autism and Pervasive Developmental Disorders*. *American Journal of Speech - Language Pathology*. 7 (2):79-81, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0702.79> consultado em 5-10-2018

**Palavras chave:** Perturbação da Comunicação; Cuidadores; Capacitação; Crianças de idade pré-escolar.

## **ICCA2022-32359 - VOICE - Vocational education and training for speech and language therapists and parents for rehabilitation of children with cochlear implant on how to speak**

João Canossa Dias <sup>1, 2</sup>, Isabel Monteiro <sup>2</sup>, Maria Assunção Matos <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *ARCIL*

*Universidade de Aveiro*

O projeto VOICE resulta de um consórcio transnacional com organizações provenientes da Bélgica, Holanda, Portugal e Roménia. É uma iniciativa financiada pelo programa ERASMUS+ com o objetivo global de proporcionar formação profissional especializada e contínua a terapeutas da fala e cuidadores/as para ajudar crianças com implante coclear (IC) a desenvolver a fala. Como objetivos específicos, a equipa do projeto ambiciona: - Aumentar as expectativas relativamente aos resultados a alcançar por crianças surdas quando beneficiam de intervenção especializada em terapia da fala; - Dotar terapeutas da fala de um pacote de recursos de apoio para a intervenção especializada com crianças com IC; - Criar e publicar padrões mínimos, a nível internacional, para a reabilitação pós-implante coclear em idade pediátrica; - Desenvolver conhecimentos, atitudes e comportamentos por parte de terapeutas da fala e estudantes de Terapia da Fala, através da criação e publicação de um manual profissional e de um curso de formação; - Apoiar as famílias a aceitar um programa de intervenção precoce em que assumem o papel ativo de "melhores especialistas" na sua criança, através do conjunto de recursos a disponibilizar numa plataforma digital. Com a duração prevista de dois anos, o projeto encontra-se na fase de finalização de estudos de caso provenientes dos países das organizações parceiras, para representar o "estado da arte" na área da Terapia da Fala com crianças com IC. A equipa encontra-se também a elaborar uma revisão sistemática para definir standards de boas práticas na área.

website do projeto: <https://voice-erasmus.eu>.

**Palavras chave:** Surdez; Implante Coclear; Terapia da Fala.

## **ICCA2022-43997 - Processos atípicos de comunicação: cocriação de um modelo conceptual e programa de intervenção**

João Canossa Dias <sup>1, 2</sup>, Ana Mineiro <sup>3</sup>, Saskia Damen <sup>4</sup>

<sup>1</sup> *ARCIL*

<sup>2</sup> *Universidade de Aveiro*

<sup>3</sup> *Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde*

<sup>4</sup> *Universidade de Groningen*

Nas pesquisas sobre o processo comunicativo, investigadores e profissionais recorrem a diferentes abordagens teóricas ou modelos representativos daquilo que é e/ou não é comunicação. Dependendo da definição de comunicação e da adoção de um modelo de comunicação linear, interacional ou transacional, alterar-se-á a inclinação filosófica, bem como as questões, hipóteses e explicações formuladas pelos/as profissionais. As diferentes orientações conceptuais terão, naturalmente, influência na forma como o/a investigador/a e/ou clínico/a aborda a temática da comunicação e intervém com as respetivas perturbações ou dificuldades. A interação comunicativa pode ocorrer em diversos contextos; o presente projeto de investigação foca processos de comunicação em contextos interpessoais, passíveis de se tornarem atípicos quando uma das partes na troca comunica, principalmente, através de comportamentos pré-verbais, não convencionais e, por vezes, peculiares. Os processos de comunicação atípicos são comuns quando alguém na díade apresenta uma deficiência ou condição com impacto significativo ao nível do neurodesenvolvimento. Na presente pesquisa, o Complexo da Comunicação Contínua (CCC) é formulado e apresentado como modelo teórico para analisar e potenciar a qualidade de processos de comunicação interpessoal atípica, assumindo-se que a troca comunicativa é um fenómeno dialógico e cocriativo e enfatizando a forma como a relação de comunicação pode evoluir dentro das díades. O modelo é baseado numa extensa revisão narrativa de literatura, com a finalidade de determinar as componentes do modelo, esclarecer as relações entre aquelas e explicar como a dinâmica comunicativa pode crescer em termos de diversidade e complexidade. Subjacente ao novo modelo proposto está a influência consciente do modelo transacional de comunicação e da perspectiva dialógica do processo. Com base no modelo CCC, criou-se o Programa 3C para intervenção junto de cuidadores/as e parceiros/as de comunicação de comunicadores/as atípicos/as, que se encontra em fase análise e validação por um painel de peritos/as internacional.

João Canossa Dias, Ana Mineiro, & Saskia Damen. (2020). Atypical Interpersonal Communication: Looking for and through a Different Lens. *Philosophy Study*, December 2020, Vol. 10, No. 12, 770-794.

DOI:10.17265/2159-5313/2020.12.003

**Palavras chave:** Comunicação interpessoal, Modelos de Comunicação, Comunicação atípica.

### ICCA2022-32356 - Asociación entre el tiempo de juego activo en preescolares y el desarrollo infantil percibido por los padres

Rodrigo Gallardo-Rodríguez <sup>1</sup>, Laura Léniz-Maturana <sup>2</sup>, Karen Gallardo-Rodríguez <sup>3</sup>, Orlando Gallardo-Green <sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Universidad Católica de la Santísima Concepción*

<sup>2</sup> *Investigadora independiente*

<sup>3</sup> *Universidad de las Américas*

<sup>4</sup> *Universidad de Concepción*

Introducción: En Chile, menos de la mitad de los preescolares realizan la actividad física diaria recomendada (Aguilar-Farias et al., 2016), constituyendo un problema en su bienestar físico, social y cognitivo (Bell et al., 2018, Carson et al., 2017, Veldman et al., 2021; Zeng et al., 2017). Los niños que se encuentran en etapa preescolar suelen realizar actividad física mediante el juego activo (Brockman et al., 2010). El objetivo de este estudio fue describir la asociación entre el tiempo semanal que empleaban preescolares en juegos activos y su desarrollo infantil, y comparar tal nivel de desarrollo cuando el juego activo se realizaba en compañía de otros. Método: Un total de 50 preescolares chilenos, mayoritariamente de la Región del Biobío, con desarrollo normativo (niños: n=31; 62%; niñas: n=19; 38%) de 33 a 65 meses de edad ( $51.20 \pm 9.92$ ) participaron en esta investigación. Fue utilizado un cuestionario ad-hoc que recolectó datos sociodemográficos. Además, se solicitó a los padres que registraran durante 1 semana los tipos de juego que sus hijos realizaron, el tiempo empleado en ello y con quienes realizaron esos juegos. Se consideraron sólo aquellos juegos de tipo activo, descartándose los juegos pasivos. Finalmente, se aplicó el Ages and Stages Questionnaire-ASQ-3 (Squires et al., 2009) y ASQ-SE (Squires et al., 2002)- para evaluar el desarrollo infantil en las siguientes áreas: comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas, desarrollo socioindividual, autorregulación, afecto, funcionamiento adaptativo, comunicación social, interacción, conformidad, y autonomía. Los puntajes obtenidos fueron transformados en puntajes Z. Seguidamente, se calculó la asociación entre el tiempo de juego activo con los puntajes de las áreas de desarrollo infantil mediante correlación de Pearson. Se compararon las diferencias de medias de los puntajes de las áreas de desarrollo infantil en función de quienes acompañaron a los niños en los juegos activos registrados empleándose la prueba t de Student. Resultados: Los hallazgos de este estudio mostraron que los preescolares que realizaban mayor tiempo de juego activo semanal tuvieron mejor desarrollo en comunicación expresiva y comprensiva ( $p=0.01$ ), comunicación social ( $p<0.05$ ), desarrollo socioindividual ( $p=0.001$ ), y funcionamiento adaptativo ( $p<0.05$ ). No se encontró asociación significativa en ninguno de los demás niveles de desarrollo infantil. Asimismo, cuando los niños realizaron juegos activos con adultos cercanos, se encontró que el área de desarrollo de funcionamiento adaptativo fue mejor ( $p<0.05$ ). No se encontraron diferencias significativas en el desarrollo infantil entre los niños que realizaron juegos activos en compañía de otros niños y aquellos que jugaban solos. Conclusiones: La frecuencia de juego activo empleado por los preescolares

parece influir en distintas áreas del desarrollo infantil, asociándose a factores sociales. Esto podría explicar el vínculo entre un mejor funcionamiento adaptativo y realizar juego activo en compañía de adultos cercanos. Lo anterior incluye también el nivel de independencia de los preescolares, interacción con los demás y el lenguaje, considerándose el juego activo como un proceso social natural en los seres humanos. Una mejor perspectiva sería posible con evaluaciones de observaciones directas en posteriores investigaciones.

Aguilar-Farias, N., Cortinez-O’Ryan, A., Sadarangani, K., von Oetinger, A., Leppe, J., Valladares, M., Balboa-Castillo, T., Cobos, C., Lemus, N., Walbaum, M., & Cristi-Montero, C. (2016). Results from Chile’s 2016 Report Card on Physical Activity for Children and Youth. *Journal of Physical Activity and Health*, 13(11), S195-S200. <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0359>.

Bell, L., Fletcher, E., Timperio, A., Vuillermin, P., & Hesketh, K. Preschool children’s physical activity and cardiovascular disease risk: A systematic review. *Journal of science and medicine in sport*, 22(5), 568–573. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2018.11.021>

Brockman, R., Jago, R., & Fox, K. R. (2010). The contribution of active play to the physical activity of primary school children. *Preventive medicine*, 51(2), 144-147. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2010.05.012>

Carson, V., Lee, E., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., ... & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC public health*, 17(5), 33-63. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4860-0>

Squires, J., Bricker, D., Twombly, E., Nickel, R., Clifford, J., Murphy, K., Hoselton, R., Potter, L., Mounts, L., & Farrell, J. (2009). *Ages & Stages Questionnaires in Spanish®*, Third Edition: A Parent-Completed Child Monitoring System (ASQ-3™ Spanish) CD-ROM (Third edit). Paul H Brookes Publishing Co.

Squires, J., Bricker, D., Twombly, E., Yockelson, S., Davis, M. S., & Kim, Y. (2002). *Edades y Etapas. Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños. Segunda Edición (2ª ed)*. Paul H Brookes Publishing Co.

Veldman, S., Paw, M., & Altenburg, T. (2021). Physical activity and prospective associations with indicators of health and development in children aged < 5 years: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01072-w>

Zeng, N., Ayyub, M., Sun, H., Wen, X., Xiang, P., & Gao, Z. (2017). Effects of physical activity on motor skills and cognitive development in early childhood: a systematic review. *BioMed research international*, 2017, 1-13. <https://doi.org/10.1155/2017/2760716>

**Palavras chave:** Juego Activo; Actividad Física; Preescolar; Desarrollo Infantil.



# Posters

## Education

### **ICCA2022-29862 - Construção de uma tecnologia educativa para o desenvolvimento sociomoral de crianças do ensino básico**

Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo <sup>1</sup>

<sup>1</sup> CLEPUL - Polo da Madeira

As sociedades têm sido abaladas por fenómenos cada vez mais recorrentes, a nível global, suscetíveis de, nos casos extremos, pôr em perigo a sua coesão. Neste âmbito, Delors (1998) assevera que os valores partilhados se configuram fundamentais para a coesão social e remetem para a escola básica a assunção da responsabilidade de preparar as novas gerações para uma participação ativa e democrática na sociedade. Não se trata de a escola implementar preceitos rígidos ou doutrinação, mas de levar as crianças a compreenderem, a partir de problemas concretos, como o exercício da sua liberdade é limitado pelo exercício dos direitos e liberdades dos outros (Delors, 1998). Também Martínez-García, García e Padilla-Carmona (2021) defendem uma intervenção educativa baseada na intervenção primária, planificada, preventiva e antecipadora das trajetórias disruptivas que possam emergir. Neste seguimento, pretende-se descrever a construção de uma tecnologia educativa (TE) para o desenvolvimento sociomoral de crianças do ensino básico. Conceptualmente, a TE recorre à perspetiva desenvolvimental (Piaget, 1978), socioconstrutivista e interacionista (Vygotsky, 2003) do desenvolvimento do raciocínio sociomoral (Kohlberg, 1963), assente numa relação dialógica e educação problematizadora (Freire, 1970), de acordo com o recomendado pelo Conselho Nacional de Educação (Recomendação n.º 2/2021). A TE estabelece: módulos, temas, competências e dimensões orientadoras da intervenção, tipo de atividades previstas, materiais e espaços adequados à aplicação, número de sessões e respetiva duração. Acresce o plano de avaliação da eficácia da intervenção e os instrumentos utilizados. Na sua estrutura inclui ainda a apresentação da tecnologia aos encarregados de educação, os materiais e estratégias pedagógicas a utilizar, bem como o plano de avaliação da eficácia da intervenção, incluindo as dimensões e os instrumentos utilizados. Definida para ser orientada por professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico (1CEB), no espaço das atividades extracurriculares, a TE tem como destinatários grupos constituídos por 10 a 15 crianças, enquadradas no escalão etário de 9-10 anos, mediante consentimento prévio, livre e esclarecido dos encarregados de educação, bem como antecedente aprovação da hierarquia à implementação da referida tecnologia. A TE integra 30 módulos temáticos, de uma hora e trinta minutos cada, desenvolvidos semanalmente, durante um ano escolar, cujas estratégias pedagógicas se apoiam na literatura infantojuvenil, considerada adequada na educação para os valores e no desenvolvimento sociomoral (Martins, 2013). Englobam “valores”, nomeadamente, o valor de acreditar em si próprio, da amizade e do amor, da aprendizagem, da audácia e da aventura, da autodisciplina, da bondade, da coragem, da curiosidade, da partilha, da honestidade, da justiça, da paciência, da poupança, do respeito, da responsabilidade, da solidariedade, da verdade e da confiança, da diversidade e da compaixão, enquanto facilitadores do contacto com valores éticos universais que concorrem para a construção de valores pessoais

harmonizados com os valores da sociedade. Falar de TE significa, essencialmente, tornar o processo educativo mais eficaz e falar em eficácia significa melhorar a aprendizagem (Blanco Silva, 1993). Deste modo, esta TE almeja ser o impulso inicial para futura aplicação em contextos extracurriculares e escolares como contributo para o desenvolvimento sociomoral de crianças do ensino básico.

Freire, P. (1970). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Kohlberg, L. (1963). The development of children's orientations toward a moral order. Sequence in the development of moral thought. *Vita Humana*, 6(1-2), 11-33.

Martínez-García, I., Alastor García, G-L, E, & Padilla-Carmona, M. T. (2021). Modelos de intervención em educación. In Cándida Delgado Casas, Estíbaliz Aragón Mendizábal, José Ignacio Navarro Guzmán (Coord.), *Colaboración-familia-escuela. Manual para docentes*. Madrid: Pirámide, p. 201-223.

Blanco Silva, E. B. (1993). Tecnologia Educativa em Portugal: conceito, Origens, Evolução, Áreas de Intervenção e Investigação. *Revista Portuguesa de Educação*, 6(3), 37-55.

Conselho Nacional de Educação (2021). *Recomendação n.º 2/2021. Educação*. Conselho Nacional de Educação. *Diário da República*, 2.ª série, Parte C, 135, 14 de julho de 2021.

Vigotski, L. S. (2003). *A Formação Social da Mente*, São Paulo: Martins Fontes.

Delors, J. et al. (1998). *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO*. Porto: Edições ASA.

Martins, M. J. D. (2013). Educação para os valores, desenvolvimento sociomoral e literatura infanto-juvenil. Tema Central II Jornadas de Literatura Infanto-Juvenil – Conferências, 5-10.

Piaget, J. (1978). *Seis Estudos de Psicologia*. Lisboa: Publicações D. Quixote.

**Palavras chave:** crianças, desenvolvimento sociomoral, literatura infantojuvenil, valores.



### ICCA2022-81215 - Enquadramento jurídico do direito de proteção da criança refugiada

Isabel Maria Loureiro Restier Grijó Poças <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Advogada

De acordo com a UNICEF, em 2019, 33 milhões de crianças eram migrantes internacionais. Uma em cada 8 migrantes internacionais é uma criança. As crianças refugiadas terão uma probabilidade 5x maior de não irem à escola relativamente às outras crianças. As crianças migrantes e também as deslocadas enfrentam muitos perigos: podem ser forçadas ao trabalho infantil, a um casamento precoce, expostas ao contrabando, submetidas ao tráfico de pessoas e colocadas em situação de risco e exploração. Muitas vezes, a educação e os cuidados médicos ficam em segundo plano e as dificuldades que sentem ao chegar a uma nova comunidade, aprender um novo idioma e adaptarem-se a uma nova cultura constituem dificuldades com consequências que a pandemia COVID-19 veio agravar, tais como a xenofobia e a discriminação. A comunicação pretender fazer um enquadramento jurídico internacional, regional e nacional da criança refugiada, tendo como matriz a Convenção Sobre os Direitos das Crianças - o instrumento jurídico mais aprovado e/ou ratificado a nível mundial - nos seus vários direitos humanos, nomeadamente no seu direito à segurança e direito à vida.

[www.unicef.org](http://www.unicef.org)

<https://nacoesunidas.org>

<http://gddc.ministeriopublico.pt>

<https://data2.unhcr.org>

<https://www.europarl.europa.eu>

<https://ec.europa.eu>

<https://eur-lex.europa.eu>

[www.dre.pt](http://www.dre.pt)

<http://www.pgdlisboa.pt>

**Palavras chave:** Criança, refugiada, direito, proteção.

### ICCA2022-43110 - A Rare Cause Of Severe Hypocalcemia In Paediatrics

Rita Sousa <sup>1</sup>, Andreia Romana <sup>1</sup>, Nádia Santos <sup>1</sup>, Joana Jorge <sup>1</sup>, Rita Marques <sup>1</sup>,  
Margarida Pinto <sup>1</sup>, Paulo Calhau <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Garcia de Orta

**Background:** Hypocalcemia may be an asymptomatic finding or there may be a wide range of correlated signs and symptoms. In patients who develop acute hypocalcemia, symptoms as tetany and seizures may occur. Patients with chronic hypocalcemia may develop ectodermal and dental changes, cataracts, basal ganglia calcification, and extrapyramidal disorders. There are multiple causes of hypocalcemia in pediatric age, with hypoparathyroidism and vitamin D deficiency being the most common. Pseudohypoparathyroidism (PHP) is a rare cause of hypocalcemia. We report an uncommon case of severe symptomatic hypocalcemia in a 17-year-old female patient, in which the diagnosis of pseudohypoparathyroidism (PHP) was made.

**Case presentation:** The authors present a case of a 17-year-old female, born in Guinea Bissau and living in Portugal for two months, who presented to the pediatric emergency department complaining of repeated episodes of impairment of consciousness associated to carpopedal spasm. Regarding her past medical history, she denied previous admissions or surgeries, as well as usual medication. A cognitive impairment was noticed since early age, having failed a total of 4 years of schooling. Physical examination revealed a short stature, a rounded face with lower maxillary hypoplasia and flattened nasal pyramid. The laboratory evaluation showed a low calcium serum level with elevated phosphorus serum level and the ECG revealed a prolonged QTc interval with a lengthening of the ST segment. The etiological investigation of hypocalcemia revealed an elevated PTH, a slight reduction in vitamin D levels with normal renal function and no other changes in the endocrinological panel. In this context, a Head CT scan was carried out which revealed multiple intracranial, supra and infratentorial calcifications, polymorphous, symmetrical and of interest to the basal gray nuclei, thalamus, bilateral frontal and parietal subcortical white matter, and dentate nuclei of the cerebellum. Ophthalmological observation showed anterior capsular phacosclerosis, assessment of hand bone age corresponded to chronological age, and renal ultrasound showed no signs of nephrocalcinosis. Array comparative genomic hybridization showed a normal female pattern and the GNAS gene sequencing revealed no anomalies. These results together led to the diagnosis of PHP. The adolescent showed an improvement with medical management.

**Conclusions:** PHP is a rare inherited cause of hypocalcemia, as a group of disorders defined by end-organ resistance to PTH and characterized by hypocalcemia, hyperphosphatemia and elevated PTH serum levels. The important clinical feature in our case is severe symptomatic hypocalcemia that presents with signs of tetany, electrocardiographic abnormalities and basal ganglia calcifications, later leading to the diagnosis of PHP particularly in its classic form, the Albright's Hereditary Osteodystrophy. Although the GNAS gene sequencing did not detect anomalies, literature describes that 10 to 20% of cases have no genetic cause identified.

Najim M, Ali R, Omer A. Pseudohypoparathyroidism presenting with seizures: a case report and literature review. *Intractable Rare Dis Res.* 2020; 9(3): 166-170.

Cooper MS, Gittoes NJL. Diagnosis and management of hypocalcaemia. *BMJ.* 2008; 336:1298-302.

Sinnott BP. Pseudohypoparathyroidism-Literature Update. *Ann Endocrinol Metab.* 2018; 2(1):26-33.

Martos-Moreno GA, Lecumberru B, Nanclares GP. Implicaciones en pediatría del primer consenso internacional para el diagnóstico y asistencia a pacientes con pseudohipoparatiroidismo y enfermedades relacionadas. *Anales de Pediatría.* 2019; 90(2):125.e1-125.e12.

**Palavras chave:** hypocalcemia, parathyroid hormone, pseudohypoparathyroidism.

## ICCA2022-57181 - Prevalência Anual De Torcicolo Muscular Congénito Na Região Do Barlavento Algarvio

Noémia Vitorino <sup>1</sup>, Beatriz Minghelli <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar Universitário do Algarve, unidade de Portimão, Serviço de Fisioterapia Pediátrica*

<sup>2</sup> *Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve, Instituto Piaget de Silves; Research in Education and Community Intervention (RECI)*

**INTRODUÇÃO:** O torcicolo muscular congénito é o tipo mais comum de torcicolo adquirido no período pré-natal e consiste numa deformidade congénita caracterizada pelo encurtamento unilateral do músculo esternocleidomastóideo, resultando em inclinação lateral da cabeça associada à rotação contralateral. O torcicolo muscular congénito pode ser: com tumor palpável no músculo esternocleidomastóideo; com rigidez do músculo esternocleidomastóideo, mas sem tumor associado (torcicolo muscular); e torcicolo postural, que consiste no torcicolo congénito com todas as características clínicas do torcicolo, mas sem rigidez e tumor no músculo esternocleidomastóideo.**OBJETIVO:** Verificar a prevalência do torcicolo muscular congénito em bebés da região do Barlavento Algarvio.**MATERIAL E MÉTODOS:** A população foi constituída por bebés com idades até 6 meses que foram à consulta do Serviço de Fisioterapia Pediátrica do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, unidade de Portimão, em 2020. A presença do torcicolo congénito foi avaliada pelo médico responsável pela consulta através da palpação e da mobilização passiva dos movimentos da cervical para verificar alterações na amplitude articular. Os dados da consulta foram recolhidos através do sistema informático S.Clinico.**RESULTADOS:** A amostra foi constituída por 89 bebés com idades entre 1 e 6 meses ( $2,8 \pm 1,9$ ), sendo 53 (59,6%) do sexo masculino. Foram detetados 23 (25,8%) torcicolos, sendo 15 (65,2%) em bebés do sexo masculino e 8 (34,8%) do feminino. A média de idade dos bebés na data do diagnóstico foi de 3 meses (DP: 1,5). Relativamente à lateralidade, 14 (60,9%) eram à direita e 9 (39,1%) à esquerda. Quanto ao tipo de parto, 10 (43,5%) foram distócicos, 6 (26,1%) eutócicos, 5 (21,7%) cesarianas e 2 (8,7%) sem referência. 3 (13%) torcicolos foram classificados como congénitos e 20 (87%) como posturais. Os meninos apresentaram 1,38 (IC: 0,51-3,71;  $p=0,521$ ) mais probabilidades de desenvolver torcicolo do que as meninas.**CONCLUSÕES:** A prevalência de torcicolo congénito foi considerada moderada, sendo mais

comum no sexo masculino e do lado direito. Torna-se necessária a implementação de estratégias de deteção precoce desta patologia.

- Amaral D, Cadilha R, Rocha J, Silva A, Parada F. Congenital muscular torticollis: where are we today? A retrospective analysis at a tertiary hospital. *Porto Biomed. J* 2019; 4:3: e36
- Cheng J, Tang S, Chen T, Wong M, Wong E. The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in infants--a study of 1,086 cases. *J Pediatr Surg* 2000; 35 (7): 1091-6
- Götze M, Hagmann S. Torticollis in children. *Orthopade* 2019; 48(6): 503-507
- Kuo A, Tritasavit S, Graham Jr J. Congenital muscular torticollis and positional plagiocephaly. *Pediatr Rev* 2014; 35(2): 79-87
- Lee J, Koh S, Lee I, Jung H, Lee J, Kang, J, Bang H. The cervical range of motion as a factor affecting outcome in patients with congenital muscular torticollis. *Ann Rehabil Med.* 2013; 37: 183-190
- Lee K, Chung E, Lee B. A comparison of outcomes of asymmetry in infants with congenital muscular torticollis according to age upon starting treatment. *J Phys Ther Sci* 2017; 29: 543-547
- Lee K, Chung E, Lee B. A study on asymmetry in infants with congenital muscular torticollis according to head rotation. *J Phys Ther Sci* 2017; 29: 48-52
- Petronic I, Brdar R, Cirovic D, D Nikolic, M Lukac, D Janic, P Pavicevic, Z Golubovic, T Knezevic. Congenital muscular torticollis in children: distribution, treatment duration and out come. *Eur J Phys Rehabil Med* 2010; 46: 153-157
- Raman S, Takhtani D, Wallace E. Congenital torticollis caused by unilateral absence of the sternocleidomastoid muscle. *Pediatr Radiol* 2009; 39:77-79
- Sargent B, Kaplan SL, Coulter C, Baker C. Congenital Muscular Torticollis: Bridging the Gap Between Research and Clinical Practice. *Pediatrics.* 2019;144(2):e20190582
- Stellwagen L, Hubbard E, Chambers C, Jones K. Torticollis, facial asymmetry and plagiocephaly in normal newborns. *Arch Dis Child* 2008; 93: 827-831
- Ta J, Krishnan M. Management of congenital muscular torticollis in a child: A case report and review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2012; 76: 1543-1546
- von Heideken J, Green DW, Burke SW, et al. The relationship between developmental dysplasia of the hip and congenital muscular torticollis. *J Pediatr Orthop.* 2006;26(6):805–808

**Palavras chave:** torcicolo congénito, bebés, epidemiologia, prevalência.

## **ICCA2022-59814 - Discinesia causada pelo metilfenidato, um efeito pouco conhecido**

Teresa Pinheiro <sup>1</sup>, Carla Maia <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Entre-o-Douro e Vouga*

<sup>2</sup> *Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa*

IntroduçãoO metilfenidato (MTF) é o fármaco de primeira linha do tratamento da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Alguns efeitos laterais mais comuns são os efeitos

cardiovasculares, atraso no desenvolvimento estatura-ponderal, perturbações do sono e ansiedade/ irritabilidade. Um efeito relatado, mas pouco comum e reconhecido pelos profissionais de saúde, é a discinesia. Caso Clínico Criança do sexo feminino, 10 anos, com antecedentes de ependimoma submetido a tratamento cirúrgico, quimioterapia radioterapia até 2015, déficit de hormona de crescimento sob tratamento com hormona de crescimento, hipotireoidismo sob levotiroxina e disfunção vesical sob oxibutinina; é orientada para a consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência por comportamentos desafiantes/ de oposição, alterações do sono e disfuncionalidade parental. A avaliação psicológica revelou dificuldades importantes na capacidade de concentração, memória imediata e de trabalho, com limitações significativas na qualidade de vida, nomeadamente na capacidade de regulação emocional e escolar. A Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III) revelou um quociente de inteligência (QI) verbal 84, QI realização 70 e QI total 72. Está integrada no ensino regular com medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão segundo decreto-lei 54/2018 e com apoios de terapia da fala e psicologia em ambiente escolar. Medicada com risperidona 0,03mg/Kg/dia com melhorias no controlo da impulsividade. No início do ano letivo 2020/2021, por queixas de desatenção, foi medicada MTF de libertação imediata 0,6mg/Kg/dia (10mg de manhã e 5 mg à hora de almoço) com boa resposta a nível da atenção. No entanto, 30 minutos após toma do MTF inicia movimentos do tipo mastigatórios com movimentos repetitivos nos músculos orofaciais, labiais e da mandíbula, com extrusão da língua. Estes movimentos regrediam ao final do dia e eram inexistentes ao fim-de-semana quando não estava sob efeito do MTF. Alterada proposta terapêutica para MTF de ação prolongada 0,75mg/Kg/dia (18mg/dia), mantendo a discinesia orofacial, apesar de em menor intensidade, e que foi diminuindo ao longo do tempo até à sua regressão completa. No entanto, passado alguns meses de tratamento desenvolveu movimentos repetitivos dos membros superiores, nomeadamente do tipo pentear e enrolar o cabelo, que ocorriam apenas sob o efeito da medicação. Atualmente com MTF de libertação prolongada 0,83mg/Kg/dia (20mg/dia), sem discinesia orofacial, mas ainda com movimentos repetitivos das extremidades, nomeadamente quando está numa atividade que requer concentração. Conclusão Está descrita a ocorrência de discinesia como efeito lateral do MTF, que pode ser classificada em dois grupos. As reações discinéticas agudas caracterizam-se pelo aparecimento súbito de movimentos discinéticos após administração de MTF e regressão completa com a sua descontinuação e parecem ser causadas pela concentração elevada de MTF que resulta numa sobrestimulação dos recetores de dopamina e no bloqueio dos seus transportadores, aumentando assim o nível de dopamina extracelular. Por outro lado, as discinesias tardias caracterizam-se pelo aparecimento lento dos sintomas discinéticos e parecem estar relacionadas com o desenvolvimento de hipersensibilidade dos recetores de dopamina. É importante os profissionais de saúde estarem atentos ao possível desenvolvimento destes efeitos que podem surgir em qualquer altura do tratamento e com doses terapêuticas adequadas.

1. Lee MJ, Wang LJ; Methylphenidate-induced Orofacial Dyskinesia: Report of Two School-age Boys in Taiwan; HK J Paediatr (new series) 2017;22:107-109
2. Senecky Y, Nobel D; Diamond GW, Weitz R, Inbar D; Isolated Orofacial Dyskinesia: A Methylphenidate-induced Movement Disorder; Pediatric Neurology Vol. 27 No. 3, 224-226
3. Balázs J, Besnyo M, Gádoros J; Methylphenidate-Induced Orofacial and Extremity Dyskinesia; Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Volume 17, Number 3, 2007

4. Keresztény A, Ferenczi-Dallos G, Velő S, Balázs J; Dyskinesia in Treatment-Naive and Stimulant-Treated Children With ADHD; *Journal of Attention Disorders* 2016, 1-9
5. Espadas M, Insa I, Chamorro M, Alda-Díez A; Efectos secundarios del metilfenidato en población infantil y juvenil; *Rev Neurol* 2018; 66: 157-62
6. Gokcen C, Karadag M, Aksoy I; Methylphenidate Induced Lip and Tongue Biting; *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 2018;16(2):218-220

**Palavras chave:** metilfenidato, discinesia, perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

## **ICCA2022-66547 - Efetividade da fisioterapia na melhoria dos sintomas de um bebê com lesão de plexo braquial**

Jéssica Mestre Cadete <sup>1</sup>, Maria do Carmo Ganhão <sup>2</sup>, Beatriz Minghelli <sup>1, 3</sup>

<sup>1</sup> *Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve, Instituto Piaget de Silves*

<sup>2</sup> *Centro Hospitalar Universitário do Algarve, unidade de Portimão, Serviço de Fisioterapia*

<sup>3</sup> *Research in Education and Community Intervention (RECI)*

**INTRODUÇÃO:** A lesão obstétrica do plexo braquial consiste numa lesão periférica radicular de parte ou da totalidade do plexo braquial que ocorre no período perinatal e normalmente resulta da tração do membro superior durante manobras de parto. A tração exercida sobre o plexo é capaz de provocar lesões das raízes superiores (C5 e C6), dando origem ao tipo de lesão do plexo que é conhecida como paralisia de Erb. De um modo geral, a lesão do plexo braquial provoca: paralisia ou parestesia dos músculos do membro superior, alterações do sistema nervoso simpático devido a contraturas dos tecidos moles e deformidade do membro superior. A fisioterapia deve ser iniciada logo após o diagnóstico da lesão. Os principais objetivos da fisioterapia consistem em criar condições ideais para a recuperação funcional, prevenir as contraturas e deformidades e o desuso do membro. O objetivo deste estudo foi verificar a efetividade da fisioterapia na melhoria dos sintomas de um bebê com diagnóstico de lesão de plexo braquial.**METODOLOGIA:** Estudo de caso de um bebê de 6 meses, sexo feminino, com lesão obstétrica do plexo braquial (paralisia de Erb) à direita. Parto a termo e distócico (ventosa) e traumático devido ao elevado peso (4kg) e comprimento (52 cm). A avaliação consistiu na inspeção, palpação, testes de movimentos e de força muscular e uso da escala de Desenvolvimento motor normal. A utente revelou limitação das amplitudes de movimento, diminuição da força e alterações do tônus muscular (hipotonia) do membro superior (MS) direito; apresentava o MS em rotação interna, extensão do cotovelo, pronação e flexão do punho e dedos e dificuldade na manipulação de objetos e de outras tarefas estabelecidas para o desenvolvimento motor àquela idade. O plano de intervenção foi realizado 2 vezes por semana, duração de 1 hora e incluiu: mobilização articular passiva e alongamentos do MS, pequenos jogos e brincadeiras bimanuais, manuseamento de brinquedos, trabalho anti-gravitacional dos MS e tronco, estimulação sensorial, treinos precoces para estimular o desenvolvimento neuromotor normal e movimentos eficientes, e ensinamento de exercícios aos pais. A reavaliação foi realizada após 50 dias da intervenção.**RESULTADOS:** Utente já não apresenta alterações nos movimentos ativos do MS, mas

ainda apresenta alterações na rotação externa do ombro e supinação. No teste muscular melhorou de 3 para 4. O tônus encontra-se normalizado. Nas tarefas motoras estabelecidas para a idade, a utente apresentava dificuldade na preensão, manipulação e transferência de objetos grandes, no bater palmas, em comer com a mão, em alternar os membros inferiores em decúbito ventral para iniciar o rastejar e em rolar de decúbitos, sendo que na reavaliação todas estas tarefas já foram cumpridas com sucesso. **CONCLUSÃO:** O tratamento fisioterapêutico revelou melhorias das amplitudes de movimento, força e tônus muscular e da funcionalidade. Em pediatria, as guidelines, os timings, o “by the book”, nem sempre são o melhor caminho a percorrer, uma vez que cada criança é única, devendo a sua intervenção ser individualizada.

Palomo R, Sánchez R. Physiotherapy applied to the upper extremity in 0 to 10-year-old children with obstetric brachial palsy: a systematic review. *Rev Neurol* 2020 Jul 1;71(1):1-10. doi: 10.33588/rn.7101.2020029

Scott KR, Ahmed A, Scott L, Kothari MJ. Rehabilitation of brachial plexus and peripheral nerve disorders. *Handb Clin Neurol*. 2013;110:499-514. doi: 10.1016/B978-0-444-52901-5.00042-3

Yilmaz V, Umay E, Tezel N, Gundogdu I. Timing of rehabilitation in children with obstetric upper trunk brachial plexus palsy. *Childs Nerv Syst*. 2018 Jun;34(6):1153-1160. doi: 10.1007/s00381-018-3790-1

**Palavras chave:** fisioterapia, lesão do plexo braquial, estimulação motora.

## **ICCA2022-66859 - Tosse persistente: Diagnóstico a não esquecer**

Diana H. Silva <sup>1</sup>, Raquel Branco <sup>1</sup>, Inês Oliveira <sup>1</sup>, Estela Veiga <sup>1</sup>, Teresa Gouveia <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.*

**Introdução:** A tosse é um motivo frequente de consulta em idade pediátrica. Discernir entre causa orgânica ou psicossomática pode ser complexo, sendo importante integrar a clínica, os antecedentes pessoais e a resposta à terapêutica instituída. Apresentamos o caso de um adolescente com tosse seca persistente com 4 semanas de evolução que ilustra esta complexidade. **Descrição de Caso:** Adolescente de 12 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de perturbação de ansiedade desde o início de pandemia. Iniciou seguimento em hospital de dia de Pediatria por diagnóstico de mononucleose infecciosa. Durante o acompanhamento, iniciou tosse não produtiva, irritativa, com padrão apenas diurno, acompanhada de sensação de hipotermia e corpo estranho a nível da orofaringe. Negava dispneia, perda ponderal, hipersudorese noturna ou sintomas sugestivos de refluxo gastroesofágico. Dos antecedentes familiares salientavam-se: pais separados; mãe com perturbação depressiva; pai com perturbação da personalidade e de ansiedade e irmão com antecedentes de psicose, com necessidade de múltiplos internamentos. Ao exame objetivo não apresentava alterações. Realizou avaliação analítica com função tiroideia e estudo alergológico, prova tuberculínica, radiografia de tórax e ecografia cervical sem alterações e fez painel respiratório multiplex que foi negativo. Foi inicialmente medicado com azitromicina 10 mg/kg/dia durante 5 dias, sem melhoria. Foi internado para investigação etiológica. Instituídas, de forma sequencial, as seguintes terapêuticas: salbutamol 500 mcg, brometode ipratrópio 80 mcg, beclometasona 250 mcg,

prednisolona 1mg/Kg/dia, hidroxizina 25 mg 3id, associação de codeína e feniltoloxamina e esomeprazol 20 mg/dia. Foi observado por Otorrinolaringologia tendo realizado uma faringo-laringo-fibrosopia, sem alterações. Durante um acesso de tosse, fez nebulização com soro fisiológico (SF), com melhoria. Uma semana após início de psicoterapia, constatou-se resolução dos episódios de tosse. Conclusão: A tosse psicogénica apresenta um desafio diagnóstico. A sua clínica consiste numa tosse persistente, repetitiva e exuberante que afeta consideravelmente a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, mas que não ocorre durante o sono. É uma entidade rara e considerada um diagnóstico de exclusão. Isto implica, usualmente, a realização de múltiplos exames complementares de diagnóstico e terapêuticas com custos significativos. Contudo, estes devem ser realizados de forma criteriosa. Dado o impacto desta patologia, é importante estarmos alerta para o seu reconhecimento precoce. É necessária uma avaliação cuidada dos antecedentes familiares e meio social, não descurando fatores que possam contribuir para uma etiologia psicossomática. Este caso demonstra, pela extensa investigação etiológica e terapêutica, a dificuldade na orientação e abordagem destes casos.

. Vertigan AE, Murad MH, Pringsheim T, et al. Somatic Cough Syndrome (Previously Referred to as Psychogenic Cough) and Tic Cough (Previously Referred to as Habit Cough) in Adults and Children: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2015;148(1):24-31. Doi:10.1378/chest.15-0423.

. Chang AB, Oppenheimer JJ, Irwin RS. CHEST Expert Cough Panel. Managing Chronic Cough as a Symptom in Children and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2020 Jul;158(1):303-329. Doi: 10.1016/j.chest.2020.01.042.

. Miles W, Mutasim A. Pseudo-asthma: When Cough, Wheezing, and Dyspnea Are Not Asthma. *Pediatrics* October 2007; 120 (4): 855–864. Doi: 10.1542/peds.2007-0078.

**Palavras chave:** Adolescente; Tosse psicogénica; Tosse persistente; Antecedentes familiares.

### **ICCA2022-67336 - When a disease doesn't come alone: a case report.**

Mariana Vieira da Silva <sup>1</sup>, João Sousa Marques <sup>1</sup>, Inês Madanelo <sup>2</sup>, Sofia Reis <sup>1</sup>, Joana Pimenta <sup>1</sup>,  
Joaquina Antunes <sup>1</sup>, Elisabete Santos <sup>1</sup>, Cristina Faria <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu*

<sup>2</sup> *USCP Vila Nova de Paiva- ACeS Dão Lafões*

Introduction: Polyglandular autoimmune syndrome type 2 (PAS-2) is a rare disease characterized by an association of autoimmune diseases. Typically diagnosed in adulthood, is more common in middle aged women. Case description: A 16-years-old female was brought to the paediatric emergency department with a 6-months history of asthenia and prostration. Moreover, she had nausea over the last 3 days and one episode of vomiting on admission. A history of recent non-quantified weight loss was also present. Symptoms like fever, abdominal pain, anorexia, hair loss, gastrointestinal changes, polydipsia or desire to lose weight were denied. Two weeks before, she began taking iron and levothyroxine after being diagnosed with hypothyroidism and iron deficiency anaemia. Family history for thyroid disease was positive, with a grandmother having hypothyroidism. On physical examination



she was emaciated (weight loss of 3.5 kg in 2 weeks) and presented hyperpigmentation of the skin and mucosal surfaces. Thyroid gland was nonpalpable. Vital signs on arrival indicated temperature 37°C, heart rate 109 beats per minute, blood pressure 99/58 mmHg and oxygen saturation 99%. Lab results showed an improvement of anaemia (Hb 12,8g/dL) and decrease of serum TSH levels. Urea 54 mg/dL, Na<sup>+</sup> 130 mEq/L, phosphorus 6.1 mg/dL, metabolic acidosis (venous blood gas) and plasma osmolality 297.4 mOsm/L. Antibodies, cortisol, renin and aldosterone levels were pending. Hydroelectrolytic and acid-base imbalances improved with intravenous fluids. A probable autoimmune Addison's disease associated with Hashimoto's thyroiditis in the context of PSA-2 was assumed and treatment with hydrocortisone was started. The patient was then transferred to a level 3 hospital for further management. Low cortisol, elevated ACTH, positive anti-adrenal and antithyroid peroxidase antibodies confirmed the diagnosis. Discussion: This case report illustrates a very rare pathology in paediatric age, the PAS-2, in which autoimmune adrenal insufficiency is associated with autoimmune thyroid dysfunction and/or type 1 DM, requiring regular follow-up, appropriate treatment and early detection of other pathologies, which do not always present simultaneously.

Lynnette K Nieman, Causes of primary adrenal insufficiency (Addison's disease), Uptodate, Fev 28, 2020.

**Palavras chave:** Addison's disease; Hashimoto's thyroiditis; Polyglandular autoimmune syndrome type 2.

## **ICCA2022-71174 - Internamento social e doença crónica - a propósito de um caso clínico**

Filipa Sutre <sup>1</sup>, Sofia Guedes <sup>1</sup>, Patrícia Silva <sup>1</sup>, Celina Couto <sup>1</sup>, Sara Rocha <sup>1</sup>, Marcos Sanches <sup>1</sup>, Aldina Lopes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Santarém

**Introdução:** Os internamentos sociais são uma realidade cada vez mais frequente nos serviços de Pediatria. A intervenção social tem como objetivo primordial a proteção da criança ou jovem. O conhecimento dos fatores de risco, sociais e médicos é usado para identificar os menores em risco e representa oportunidades de prevenção e eventual intervenção precoce. **Descrição do caso clínico:** Criança de 2 anos, sexo masculino, com história de adequado desenvolvimento psicomotor e estatura-ponderal, sem antecedentes de doença grave e/ou crónica, com seguimento médico irregular em Cuidados de Saúde Primários e consulta hospitalar, cujo contexto sociofamiliar motivou a referenciação e acompanhamento pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco da área de residência. Inserido em família alargada composta por pais, avô materno, tia materna e tio materno. Pai de 27 anos, saudável, com antecedentes de práticas criminais e detenção prisional e mãe de 27 anos com doença psiquiátrica grave. Ambos passaram por instituições de acolhimento. Avô materno de 62 anos, saudável, desempregado; tio materno de 40 anos, saudável; tia materna de 21 anos, desempregada, constitui-se como a principal cuidadora da criança. Apenas o pai e o tio da

criança contribuem para o orçamento familiar. Criança com internamento prolongado em serviço hospitalar para manutenção de cuidados, em contexto de complicações neurológicas pós Síndrome Hemolítico Urémico atípico com encefalopatia convulsiva associada. Verificou-se uma regressão marcada do seu desenvolvimento psicomotor, com novas necessidades funcionais, que implica tratamentos de reabilitação com fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala/alimentação. Deliberação judicial a favor da retirada da criança da sua família encontrando-se de momento a aguardar vaga em instituição de acolhimento adequada à sua condição atual. Discussão e conclusão: Este caso ilustra uma situação de emergência social com condições clínicas de particular gravidade. A doença crónica e as suas exigências em termos de cuidados de saúde foram fator decisivo para a retirada da criança da sua família, com uma situação social frágil previamente conhecida. O indesejado prolongamento do internamento prende-se com a dificuldade em se encontrar uma instituição de acolhimento adequada às necessidades médicas da criança. É, por isso, mandatário que se otimize a articulação de serviços e de entidades, para que se torne célere a resolução dos casos sociais.

1- Larson K, Russ SA, Crall JJ, Halfon N. Influence of multiple social risks on children's health. *Pediatrics*. 2008; 121(2):337-44.

2- Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social – para o Planeamento das Altas Hospitalares, Instituto da Segurança Social, I.P. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., 2015.

3- Wurster Ovalle VM, Beck AF, Ollberding NJ, Klein MD. Social Risk Screening in Pediatric Primary Care Anticipates Acute Care Utilization. *Pediatr Emerg Care*. 2021; 37(10):e609-e614.

**Palavras chave:** internamento; risco social; doença crónica.

## **ICCA2022-73607 - “Pode ser tudo visto através do olhar” – A importância de um diagnóstico precoce**

Filipa S. Carvalho <sup>1</sup>, Maria Liberal <sup>1</sup>, Filipa Vale <sup>1</sup>, Joana Veloso <sup>1</sup>, Nuno Rodrigues Santos <sup>2</sup>, Rui Guedes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> ACeS Ave Famalicao

<sup>2</sup> Centro Hospitalar S. Joao

**Introdução** O glaucoma é uma causa major de cegueira. Consiste num espectro de manifestações clínicas caracterizadas pela existência de dano no nervo ótico quando a pressão intraocular (PIO) é demasiado alta. Em idade pediátrica é uma entidade relativamente rara, com incidência de 1:10.000. Cerca de 10% têm transmissão hereditária e em 2/3 dos casos são bilaterais. Caso Clínico Lactente de termo com 3 meses de idade, antecedentes de diabetes gestacional materno, com somatometria ao nascimento e índice de Apgar normais, mas com taquipneia transitória do recém-nascido (TTRN) e icterícia neonatal com necessidade de exsanguíneo-transfusão, sem outros antecedentes neonatais, obstétricos ou familiares relevantes e com desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor normais. Observado no serviço de urgência por quadro de noção materna de sonolência e dificuldade

na abertura ocular bilateralmente com fotofobia com 2 dias de evolução. Sem episódios de choro, febre ou lacrimejo excessivo. Ao exame objetivo apresentava hiperémia conjuntival, sem secreções oculares, mas com fotofobia durante a observação mantendo os olhos predominantemente fechados. Realizado estudo analítico sem alterações. Proposta avaliação por Oftalmologia que constatou o lactente desconfortável, com fotofobia e córnea baça bilateralmente. Na avaliação oftalmológica sob anestesia, verificada pressão intraocular no limite superior da normalidade, aumento do diâmetro e espessura central da córnea, com alongação e observação concomitante de estrias de Haab bilateralmente. Perante o diagnóstico de glaucoma congénito primário infantil, foi submetido a viscocanalostomia com plastia do olho direito e esquerdo com iTrack e trabeculotomia temporal, que decorreu sem intercorrências. Discussão Apesar de um diagnóstico e tratamento interventivo o glaucoma em idade pediátrica pode conduzir uma perda significativa e permanente da acuidade visual. O diagnóstico e tratamento precoces bem como o follow-up são essenciais para um bom prognóstico a longo prazo. A constatação de um halo brilhante na íris do lactente pode ser uma pista importante. O aconselhamento e estudo genético familiar deve ser realizado em todas as famílias com casos identificados de glaucoma congénito. É particularmente importante alertar os médicos de família para esta patologia, cujo reconhecimento é desafiante, mas extremamente importante para a história natural da doença.

Reynolds, J. et al. Overview of Glaucoma in Infants and Children. Uptodate. June 2019. [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-glaucoma-in-infants-and-children?search=infantile%20glaucoma&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-glaucoma-in-infants-and-children?search=infantile%20glaucoma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

Reynolds, J. et al. Primary Infantile Glaucoma. Uptodate. December 2019. [https://www.uptodate.com/contents/primary-infantile-glaucoma?search=infantile%20glaucoma&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/primary-infantile-glaucoma?search=infantile%20glaucoma&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

**Palavras chave:** Glaucoma Infantil; Cegueira.

### **ICCA2022-13143 - Meninas na pandemia: uma intervenção a partir do dispositivo da Fotolinguagem®**

Lorrayne Alves de Aquino Ferreira <sup>1</sup>, Kátia Cristina Tarouquella Rodrigues <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Brasília

Introdução: Em 2020 em virtude do covid-19, a população mundial viveu uma situação pandêmica que acarretou na mortalidade e no adoecimento em todos os continentes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, registrou-se aproximadamente 43 milhões de casos e 1,2 milhão de mortes pela COVID-19 no mundo. Diante da rapidez dos contágios e a lentidão da vacinação, o isolamento foi o recurso utilizado por vários países e também, parcialmente pelo Brasil. Este cenário levou ao fechamento das escolas e colocou os/as adolescentes em casa, em uma situação de isolamento, em que as telas do computador, da televisão e do celular passaram a ser a janela de acesso ao mundo social. Objetivo: Neste sentido o presente trabalho buscou discutir e analisar como a pandemia atingiu a vida de estudantes meninas do ensino médio da periferia no Distrito Federal e quais foram os desafios enfrentados por elas no decorrer desse período. Método: Nesse contexto, um projeto de extensão ofereceu um espaço de fala e de trocas de modo virtual a um grupo de meninas adolescentes alunas de uma escola pública na periferia de Brasília que participam de um projeto de extensão universitária de gênero intitulado “Meninas Velozes”. A intervenção de modo virtual utilizou o dispositivo da Fotolinguagem® para promover um espaço de troca, encontros de discussão de filmes e espaço de fala sobre a experiência do confinamento. A pesquisa exploratória foi realizada em 2020 e 2021 e envolveu ao todo 18 estudantes. A Fotolinguagem®, se constituiu em uma intervenção em grupo mediada por fotografias adaptadas para o modo virtual. A oficina de discussão de filme abordou as temáticas de gênero, raça e patriarcado e um espaço de fala livre sobre a experiência de confinamento das adolescentes envolvidas no projeto. As intervenções, foram conduzidas por duas profissionais em revezamento das áreas de humanas, tendo em vista que se trata de um projeto interdisciplinar. Conclusão: Evidenciou-se que o espaço de fala entre as meninas possibilitou a troca dos desafios do estudo remoto, a falta de computador disponível e a inexperiências dos professores com o uso das novas tecnologias. Outro desafio foi o isolamento e o excesso de convivência familiar. As oficinas a partir de filmes, colocou em cena o debate sobre gênero, as repressões, privações e violências vividas por uma menina de periferia. Notou-se que os laços sociais do grupo, mesmo que adaptados ao modelo online tiveram grande importância no suporte emocional diante das dificuldades e desafios enfrentados pelas meninas durante a pandemia e que a escola, além de um espaço de transmissão de conhecimento é também um espaço de encontro e de troca, mas que foi rompido durante a pandemia.

Brasil, Katia Tarouquella (Org.); Drieu, D. (Org.) . (2016). Mediação, simbolização e espaço grupal. 1. ed. Brasília: Liberlivros/UNESCO.

Médici, M. S., Tatto, E. R. & Leão, M. F. (2020). Percepções de estudantes do ensino médio da rede

pública e privada sobre atividades remotas ofertadas em tempos de pandemia do coronavírus. Revista Thema. V. 18, p. 136-155.

Organização Mundial da Saúde (OMS). <https://covid19.who.int/>, acessado em 14/Dez/2020).

**Palavras chave:** gênero, pandemia, Fotolinguagem®.

## **ICCA2022-24827 - Evaluación De Las Actitudes Hacia La Violencia En El Contexto Escolar**

David Pina <sup>1</sup>, Reyes López-López <sup>2</sup>, Esteban Puente-López <sup>1</sup>, María Catalina Marín-Talón <sup>2</sup>, Lucía Simina-Cormos <sup>2</sup>, Manuel Jesús Albadalejo-Sánchez <sup>2</sup>, María Díaz <sup>2</sup>, Aroa Carbonell Martín-Gil <sup>2</sup>, Andrea Cascales-Martínez <sup>2</sup>, Carlota Lacárcel-Gutiérrez <sup>2</sup>, Paula Almagro-Lozano <sup>2</sup>, Laura Salmerón-Fernández <sup>2</sup>, Olga Buendía-Arce <sup>2</sup>, José Antonio Ruiz-Hernández <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Universidad de Murcia*

<sup>2</sup> *Servicio de Psicología Aplicada (SEPA)*

**Introducción:** La violencia escolar engloba conductas opresivas llevadas a cabo en el contexto educativo, con el objetivo de someter y/o controlar a otro compañero, y pueden producir un daño físico, psicológico o social. Aproximadamente tres de cada diez niños experimentan al menos un acto de violencia escolar al mes. Entre los factores que intervienen en la violencia escolar la literatura incluye factores sociales, familiares, escolares y personales. Las actitudes hacia la violencia son la tendencia a los comportamientos agresivos, especialmente los no intencionados. La literatura señala que mayores actitudes negativas se relacionan con una mayor propensión hacia la violencia física, intimidación y/o amenazas. **Objetivo:** Visibilizar la importancia de la evaluación de las actitudes hacia la violencia para la reducción de la violencia escolar. **Método:** El estudio cuenta con una doble metodología. Por un lado, se realizó un estudio cualitativo a través de grupos focales y análisis temático con una muestra de 96 menores escolarizados. Por otro lado, se realizó un estudio psicométrico transversal asociativo que administró el Cuestionario de Actitudes hacia la Violencia (CAHV-28) en una muestra de 600 menores escolarizados. **Resultados:** En ambos estudios se observa una estructura común de las actitudes hacia la violencia escolar. Estas incluyen actitudes hacia la violencia como forma de aumentar la autoestima, como forma de diversión, como forma de relacionarse y solucionar problemas y percibida como legítima, siendo esta última la más común según ambas metodologías. Además, en el estudio cualitativo se identifican otras como son las actitudes hacia la violencia cuando va dirigida hacia personas percibidas diferentes, cuando no tiene consecuencias o para llamar la atención de los pares. Desde el estudio cuantitativo observamos una mayor presencia de actitudes en varones y en menores cursando estudios de Educación Secundaria. **Discusión:** El presente estudio permite profundizar tanto cualitativa como cuantitativamente en cuáles son las actitudes hacia la violencia escolar y cómo se expresan identificando varios bloques comunes que interactúan entre sí junto con los comportamientos influyendo en los problemas de convivencia escolar. Nuestros resultados están en concordancia con las principales propuestas teóricas sobre predicción de la conducta a través de las actitudes y son similares a lo reportado por estudios previos,

remarcando la importancia de las actitudes hacia la violencia para la expresión de la conducta agresiva en muestra escolar. Este estudio apoya la literatura existente señalando la influencia de las actitudes hacia la violencia en la convivencia escolar y la importancia de su evaluación para la mejora de la eficacia de los programas de prevención e intervención en el contexto escolar. Esta doble perspectiva metodológica resulta novedosa en el estudio de las actitudes, que suele evaluarse tan sólo de forma cuantitativa y no reflejar la complejidad y variedad de las mismas y muestra la necesidad de llevar a cabo más trabajos que incorporen ambas metodologías para desarrollar instrumentos de calidad y utilidad.

Fraguas, D., Díaz-Caneja, C. M., Ayora, M., Durán-Cutilla, M., Abregú-Crespo, R., Ezquiaga-Bravo, I., Martín-Babarro, J., & Arango, C. (2020). Assessment of school anti-bullying interventions: A Meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.3541>

Huang, F., Cornell, D., & Konold, T. (2015). Aggressive attitudes in middle schools: A factor structure and criterion-related validity study. *Assessment*, 22, 497–512. <https://doi.org/10.1177/1073191114551016>

Jiménez-Barbero, J. A., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Zaragoza, L., Pérez-García, M., & Llor-Esteban, B. (2016). Effectiveness of anti-bullying school programs: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 61(1), 165–175. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.12.015>

Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: A meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(1), 58–75. <https://doi.org/10.1177/0146167295211007>

Merrell, K. W., Gueldner, B. A., Ross, S. W., & Isava, D. M. (2008). How effective are school bullying intervention programs? A meta-analysis of intervention research. *School Psychology Quarterly*, 23(1), 26–42. <https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.1.26>

**Palabras clave:** actitudes, evaluación, violencia escolar, prevención.

## **ICCA2022-34361 - Las Actitudes Positivas Hacia La Violencia Escolar Contra Estudiantes Lgtbiq+: Un Estudio Cualitativo**

David Pina <sup>1</sup>, Reyes López-López <sup>2</sup>, Esteban Puente-López <sup>1</sup>, María Catalina Marín-Talón <sup>2</sup>, Lucía Simina-Cormos <sup>2</sup>, Manuel Jesús Albadalejo-Sánchez <sup>2</sup>, María Díaz <sup>2</sup>, Aroa Carbonell Martín-Gil <sup>2</sup>, Andrea Cascales-Martínez <sup>2</sup>, Carlota Lacárcel-Gutiérrez <sup>2</sup>, Paula Almagro-Lozano <sup>2</sup>, Laura Salmerón-Fernández <sup>2</sup>, Olga Buendía-Arce <sup>2</sup>, José Antonio Ruiz-Hernández <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Universidad de Murcia*

<sup>2</sup> *Servicio de Psicología Aplicada (SEPA)*

Introducción: La violencia escolar se entiende como el conjunto de conductas de victimización, perpetración, lesiones físicas y/o psicológicas, que puede manifestarse en conductas como la humillación, la exclusión social o el daño físico, entre otros. Es un problema global de salud pública, aproximadamente uno de cada tres menores de todo el mundo sufre violencia escolar. Si bien es

cierto que la violencia en el aula puede ir dirigida a cualquier alumno, los agresores tienen una mayor tendencia a acosar a personas pertenecientes a determinados grupos minoritarios, como es el caso del colectivo LGTBQ+. Se han destacado múltiples factores que pueden facilitar la expresión de este tipo de conductas discriminatorias, siendo las actitudes positivas hacia la violencia escolar unas de las más relevantes. Objetivo: Examinar las actitudes hacia la violencia escolar dirigida a estudiantes LGTBQ+ y su relación con los comportamientos violentos. Método: Estudio cualitativo con 96 estudiantes de tres colegios del sureste de España en 12 grupos focales. Se utilizó la técnica del análisis temático para explorar la información. Resultados: Se observan 4 bloques de actitudes contra LGTBQ+. El primer bloque hace referencia a la violencia como forma de diversión, vía a través de la cual los menores pueden percibirse o ser percibidos como graciosos burlándose de menores varones con rasgos impropios del estereotipo masculino. El segundo bloque abarca la violencia ejercida para sentirse atractivo socialmente frente al grupo de iguales, principalmente a través de la violencia verbal. Otras veces se produce una legitimación de la violencia, considerando justo el abuso y la exclusión a chicos que se acercan al estereotipo femenino, burlándose de la transexualidad. Finalmente, el último bloque encuentra que la violencia se utiliza como manera de relacionarse con los demás, algunos niños no creen que sea adecuado socializar con miembros del colectivo LGTBQ+, ya que suelen ser percibidos como personas que están transgrediendo las normas. También se ha encontrado que no todos los menores LGTBQ+ son percibidos igual ante el grupo. En este sentido, las actitudes son más intensas y las conductas violentas son más graves en una jerarquía de peor a mejor siendo los transexuales los peor percibidos. Discusión: La violencia escolar contra los estudiantes LGTBQ+ se manifiesta de diferentes formas, surgiendo diversas actitudes hacia ella. Nuestros resultados sugieren que la legitimación de la violencia es mayor ante víctimas transgénero, seguidas de hombres homosexuales, hombres con rasgos impropios del estereotipo masculino y, finalmente, mujeres homosexuales. No se han encontrado estudios previos que exploren específicamente esta cuestión desde una perspectiva cualitativa. No obstante, otros estudios concuerdan con nuestros resultados tanto en este colectivo como en población general; así como afirmando que la relación actitud-conducta es uno de los factores más eficaces en los programas de intervención/prevenición. Por esto, estudios como este son relevantes para profundizar en las dinámicas y estructuras de los centros escolares, con el objetivo de plantear programas de mejora de la convivencia escolar más efectivos.

Berry, K. (2018). LGBT bullying in school: a troubling relational story. *Communication Education*, 67(4), 502–513.

Fraguas, D., Díaz-Caneja, C. M., Ayora, M., Durán-Cutilla, M., Abregú-Crespo, R., Ezquiaga-Bravo, I., Martín-Babarro, J., & Arango, C. (2021). Assessment of school anti-bullying interventions: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 175(1), 44–55.

Furlong, M. & Morrison, G. (2000). The school in school violence: definitions and facts. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(2), 71–82.

Jiménez-Barbero, J. A., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Zaragoza, L., Pérez-García, M., & Llor-Esteban, B. (2016). Effectiveness of anti-bullying school programs: a meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 61, 165–175.

Meyers, J., Parris, L., & Cutts, H. (2010). High school students' perceptions of motivations for cyberbullying: an exploratory study. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 11(3), 269–273.

- Miller, T. W., & Kraus, R. F. (2008). School-related violence: definition, scope, and prevention goals. En T. W. Miller (Eds.), *School Violence and Primary Prevention* (pp. 15-24). New York, United States: Springer.
- Orue, I., & Calvete, E. (2018). Homophobic bullying in schools: the role of homophobic attitudes and exposure to homophobic aggression. *School Psychology Review*, 47(1), 95-105.
- Pina, D., Llor-Esteban, B., Ruiz-Hernández, J. A., Luna-Maldonado, A., & Puente-López, E. (2021). Attitudes towards school violence: a qualitative study with spanish children. *Journal of Interpersonal Violence*, 886260520987994. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0886260520987994>
- Raskauskas, J., & Stoltz, A. D. (2007). Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Developmental Psychology*, 43(3), 564–575. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.3.564>.
- Ruiz-Hernández, J. A., Pina, D., López, D. P., Luna-Maldonado, A. & Llor-Esteban, B. (2020). Attitudes towards school violence questionnaire, revised version: CAHV-28. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(2), 61-68.
- Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Zaragoza, L., Puebla, T. y Llor-Esteban, B. (2009). Evaluación de las creencias actitudinales hacia la violencia en centros educativos: El CAHV-25. *European Journal of Education and Psychology*, 2, 25–35.
- UNESCO. (2019). Behind the numbers: ending school violence and bullying. Sector de Educación, Editorial Educación.

**Palavras chave:** violencia escolar, actitudes, conducta discriminatoria, colectivo LGTBQI+.

## **ICCA2022-42944 - Are there differences in the improvement of social skills in young school-aged children who received a transdiagnostic program according to sex?**

Iván Fernández-Martínez <sup>1</sup>, Silvia Melero <sup>1</sup>, Mireia Orgilés <sup>1</sup>, José Pedro Espada <sup>1</sup>, Alexandra Morales <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Miguel Hernández University*

Weak social skills have been linked to the presence and development of psychological problems during childhood, such as anxiety problems among others. There is a novel and proven transdiagnostic intervention, called Super Skills for Life (SSL), aimed at the indicated prevention of emotional problems in children and that has among its strategies video-feedback with cognitive preparation and social skills training. Thus, it has shown to have potential benefits in children for the improvement of their social skills. The objective of this study was to analyze whether SSL improves the social skills of school-age boys and girls and whether there are differences in its effects according to gender. The study involved 62 Spanish children aged 6 to 8 years (46.8% boys). Changes in social skills were examined by objective, trained observers, who rated the children's social performance in a 2-minute videotaped speaking task that the children performed in the first and last session. Analyses revealed a significant within-subject impact of the intervention for girls and boys, both with similar results compared to baseline. Thus, improvements were found in a number of behavioral variables



assessed, including several domains of social skills (e.g., nervous behaviors, global impression, micro-behaviors). No significant between-subject effects of the intervention were found by gender. In conclusion, our findings support the suitability of the SSL program to improve the social skills of both boys and girls in the short term and in a similar manner, which may contribute to prevent possible future related problems.

Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2020). Effects of Super Skills for Life on the social skills of anxious children through video analysis. *Psicothema*, 32(2), 229–236. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.240>.

**Palavras chave:** Social skills; transdiagnostic approach; video-feedback; young children.

## **ICCA2022-44320 - Adolescência E Saúde Mental: Quem Está Preparado Para Comunicação Sobre Temas Envolvendo Fatores De Risco?**

Fernanda Gouveia-Paulino <sup>1</sup>, Alessandra Molina Fabrício <sup>2</sup>, Sílvia Adriana Prado Bolognani <sup>2</sup>

<sup>1</sup> PUC-SP

<sup>2</sup> clínica

**INTRODUÇÃO:** O número de adolescentes com problemas de saúde mental vem crescendo substancialmente com consequências por vezes desastrosas. Dados da OMS revelam aumento significativo em casos de depressão, tentativa de suicídio e suicídio. Diante do perfil atual de hábitos e funcionamento das relações sociais, amorosas, familiares e do contexto de experimentações, a identificação de fatores de risco e proteção é prioritária. Estudos que levantem dados de forma empiricamente fundamentada podem contribuir para reflexões e diretrizes de intervenção psicológica com vistas a prevenção de riscos e investimento em saúde mental. **OBJETIVOS:** O objetivo desta pesquisa envolveu, investigar a percepção de fatores de risco para a saúde mental de adolescentes, bem como estratégias eficientes de comunicação para abordagem de jovens, pais e educadores. Resultados serão importantes para formulação de programa de intervenção psicológica com os três públicos. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, abordagem quali-quantitativa, de objetivo descritivo. A coleta de dados envolveu: coleta qualitativa com pais, educadores e jovens em grupos de discussão e coleta de dados quantitativa com os diferentes públicos para ampliação de dados e verificação de melhores estratégias para intervenção. **RESULTADOS:** o estudo teve @@ participantes nas discussões em grupo de coleta de informações para identificação de demandas e construção de formulário de autoperenchimento da etapa quantitativa da qual participaram 243 pessoas: 76 familiares de adolescentes, 110 jovens entre 15 e 18 anos, 36 educadores e 21 profissionais de saúde. Nem todos os fatores de risco foram identificados como sinais de alerta para saúde mental sendo os menos citados: temas envolvendo experimentações sexuais, questões de gênero e rompimentos em relações amorosas e de amizade foram considerados risco para menos da metade da amostra. Fatores mais associados a alertas, mesmo graves e indicativos de sofrimento intenso e prejuízo de saúde mental, não foram evidentes para parte dos participantes. Tentativa de

Suicídio foi considerado um sinal de alerta para 88,9% da amostra, Pensamentos de morte para 85,2%, Autolesão para 82,7%. O mesmo ocorreu com questões sociais como Bullying (87,7%), Cyberbullying (78,2%) e Isolamento Social (78,2%). A maioria dos participantes, diante de frases de adolescentes em sofrimento revelaram saber o que fazer ou falar, entretanto quando analisaram falas de apoio apareceu muita controvérsia em relação à eficácia de intervenções com visões divergentes entre adolescentes e adultos. Participantes mostraram-se interessados em capacitação sobre temas abordados (88,9%), consideraram que tema precisa ser abordados nas escolas (97,1%). Sobre habilidade para comunicação sobre riscos de saúde mental na adolescência profissionais de saúde foram considerados melhor preparados (90,5%) seguidos de jovens (39,5%), educadores (23,5%) e familiares (6,6%).

**DISCUSSÃO:** Diante de cenário de urgência de ações preventivas, dados do estudo apontam para necessidade de ações efetivas envolvendo diferentes atores. O interesse pelo tema e capacitação mostra despreparo e comunicação ainda pouco eficiente e pouco efetiva para ações preventivas necessárias. Dados do estudo estão dando subsídios para criação de programa de intervenção empiricamente fundamentado que favoreça quebra de estereótipos, informe sobre riscos efetivos e auxilie na identificação de estratégias de apoio nas comunidades escolares.

AZEVEDO AKS, DUTRA EMS. Relação amorosa e tentativa de suicídio na adolescência: uma questão de (des)amor. Rev abordagem gestalt [Internet]. v. 18 n. 1, p. 20-29, 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672012000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100004).

BANDEIRA, Cláudia de Moraes; HUTZ, Claudio Simon. As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Campinas, v. 14, n. 1, p. 131-138, June 2010. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572010000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572010000100014&lng=en&nrm=iso). access on 27 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572010000100014>.

CRIVELATTI, MMB; DURMAN, S; HOFSTATTER, LM. Sofrimento psíquico na adolescência. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 64-70, 2006. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500007&lng=en&nrm=iso). access on 20 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500007>.

DOBSON, D. DOBSON, K. Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em evidências. Porto Alegre. Artmed, 2010.

Erikson, E. Identidade, juventude e crise. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

LERNER, RM; STEINBERG, L. The scientific study of adolescent development: Historical and contemporary perspectives. In: R. M. LERNER e L. STEINBERG (Eds.), Handbook of adolescent psychology. New Jersey: Wiley. 3ª ed., p. 3-14, 2009.

Oliveira, J. M., & Pais, L. G. (2010). Tomada de decisão na adolescência: Do conflito à prudência. In A. C. Fonseca (Ed.), Crianças e adolescentes: Uma abordagem multidisciplinar (pp. 419-475). Coimbra: Almedina.

OMS; Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros In: Prevenção do suicídio: uma série de recursos. Genebra: WHO Press, p10-28. 2006.

Pereira, ACA. O adolescente em Desenvolvimento. São Paulo, Harbra, 2005.

SENNA, SRCM; DESSEN, MA. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 28, n. 1, p. 101-108, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci\_arttext&pid=S0102-37722012000100013&lng=en&nrm=iso>. Access on 20 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000100013>.

SPIZZIRRI, RCP; et al. Adolescência conectada: Mapeando o uso da internet em jovens internautas. *Psicologia Argumento*. Curitiba, v. 30, n. 69, p. 327-335, abr./jun. 2012.

STEINBERG, L.; MORRIS, AS. Adolescent development. *Annual Review of Psychology*. V. 52, p. 83-110; 2001..

**Palavras chave:** Adolescente, Fatores De Risco, Orientação, Suicídio.

## ICCA2022-46416 - Aporofobia En El Contexto Escolar

David Pina <sup>1</sup>, Reyes López-López <sup>2</sup>, Esteban Puente-López <sup>1</sup>, María Catalina Marín-Talón <sup>2</sup>, Lucía Simina-Cormos <sup>2</sup>, Manuel Jesús Albadalejo-Sánchez <sup>2</sup>, María Diaz <sup>2</sup>, Aroa Carbonell Martín-Gil <sup>2</sup>, Andrea Cascales-Martínez <sup>2</sup>, Carlota Lacárcel-Gutiérrez <sup>2</sup>, Paula Almagro-Lozano <sup>2</sup>, Laura Salmerón-Fernández <sup>2</sup>, Olga Buendía-Arce <sup>2</sup>, José Antonio Ruiz-Hernández <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Universidad de Murcia*

<sup>2</sup> *Servicio de Psicología Aplicada (SEPA)*

**Introducción:** La discriminación por aporofobia consiste en comportamientos hostiles basados en una aversión al desfavorecido por su nivel o estatus socioeconómico. Este tipo de discriminación ha sido descrito en la bibliografía tanto a nivel teórico como a través de evidencia empírica. Este tipo de conductas ocurren tanto a nivel general como en el contexto de la convivencia escolar, donde se ha encontrado evidencia de que aquellos menores de entornos más desfavorecidos son más propensos a sufrir o ejercer violencia escolar. Se ha constatado ampliamente la importancia de las actitudes favorables a la violencia como un factor predictivo del comportamiento violento, sobre todo en aquellas conductas no premeditadas. Esta relación actitud-conducta parece especialmente relevante en el contexto educativo, donde las agresiones tienen un componente más afectivo y, por tanto, impulsivo. De este modo, su estudio y evaluación se ha demostrado útil para el diseño de intervenciones para la mejora de la convivencia escolar. **Objetivo:** Identificar las actitudes hacia la violencia escolar basadas en la aporofobia, así como hacer una primera aproximación teórica de la dinámica y estructura de esta discriminación en el contexto escolar. **Método:** Se utilizó una metodología cualitativa, con una muestra incidental de 96 menores escolarizados en 12 grupos focales. Se utilizó la técnica de análisis temático para explorar el contenido. **Resultados:** Los menores entrevistados mostraron actitudes hacia la violencia escolar por aporofobia como una forma de aumentar la autoestima, como forma de diversión, o por percibirse como legítima. **Discusión:** Este estudio consigue hacer una aproximación al concepto de aporofobia en el marco de la convivencia escolar y una exploración de las dinámicas mediante las cuales esta afecta a los menores. Los resultados son coherentes con la evidencia previa, que señala la influencia de la discriminación por estatus socioeconómico en la convivencia escolar. Nuestra interpretación de los resultados evidencia que la cultura del centro, entendida como lo que en cada uno se considera de alto estatus, será determinante para establecer la división de los alumnos en cuatro estatus sociales: alto, medio-alto, medio-bajo y bajo. El acceso a las figuras de poder, el valor de las posesiones del menor y lo actuales

o a la moda que éstas sean determinarán que un menor pertenezca a un grupo u otro, y marcará las interacciones entre ellos, potenciando actitudes favorables a la violencia escolar basada en aporofobia.

Andrade, M. (2008). ¿Qué es la “aporofobia”? Un análisis conceptual sobre prejuicios, estereotipos y discriminación hacia los pobres. *Agenda social*, 2(3), 117-139.

Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brown, E. C., Low, S., Smith, B. H., y Haggerty, K. P. (2011). Outcomes from a school-randomized controlled trial of steps to respect: A bullying prevention program. *School Psychology Review*, 40(3), 423-443. <https://doi.org/10.1037/e734362011-045>

Fazio, R. H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: The MODE model as an integrative framework. En M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 23, pp. 75 109). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60318-](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60318-)

Due, P., Merlo, J. Harel-Fisch, Y., Damsgaard, M. T., Holstein, B. E., Hetland, J., Currie, C., Gabhainn, S. N., Gaspar de Matos, M., y Lynch J. (2009). Socioeconomic Inequality in Exposure to Bullying During Adolescence: A Comparative, Cross-Sectional, Multilevel Study in 35 Countries. *American Public Health Association*, 99(5), 907-914. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.139303>

Jansen, D. E. M. C., Veenstra, R., Ormel, J., Verhulst, F. C. y Reijneveld, S. A. (2011). Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. The longitudinal TRAILS study. *BMC Public Health*, 11, 440-447. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-440>

Malecki, C. K., Demaray, M. K., Smith, T. J., & Emmons, J. (2020). Disability, poverty, and other risk factors associated with involvement in bullying behaviors. *Journal of school psychology*, 78, 115-132.

Pozo-Enciso, R. S., y Arbieta-Mamani, O. (2020). La aporofobia en el contexto de la sociedad peruana: Una revisión. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 30(58), 134-149, <http://dx.doi.org/10.20983/noesis.2020.2.6>

Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Zaragoza, L., Puebla, T., y Llor-Esteban, B. (2009). Evaluación de las creencias actitudinales hacia la violencia en centros educativos: el CAHV-25 [Assessment of attitudinal beliefs towards violence at school: CAHV-25]. *European Journal of Education and Psychology*, 2(1), 25-35. <https://doi.org/10.30552/ejep.v2i1.20>

Ruiz-Hernández, J. A., Pina, D., Puente-López, E., Luna-Maldonado, A., y Llor-Esteban, B. (2020). Attitudes towards School Violence Questionnaire, revised version: CAHV-28. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(2), 61–68. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2020a8>

Pina, D., Llor-Esteban, B., Ruiz-Hernández, J. A., Luna-Maldonado, A. y Puente-López, E. (2021). Attitudes Towards School Violence: A Qualitative Study With Spanish Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-28. <https://doi.org/10.1177/0886260520987994>

Tippet, N., y Wolke, D. (2014). Socioeconomic Status and Bullying: A meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 104(6), e48-e59. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301960>

Wolke, D., Woods, S., Stanford, K., y Schluz, H. (2010). Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: Prevalence and school factors. *British Journal of Psychology*, 92(4), 673-696. <https://doi.org/10.1348/000712601162419>

**Palavras chave:** aporofobia, menores, actitudes hacia la violencia, estatus socioeconómico.

# ICCA2022-52211 - Múltiplos Olhares sobre a Diversidade de Expressões e Identidades de Género na Infância: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Rita Torres <sup>1</sup>, Liliana Rodrigues <sup>2</sup>, Gabriela Moita <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

<sup>2</sup> Centro de Psicologia da Universidade do Porto

<sup>3</sup> Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social

Como consequência do paradigma cisheteronormativo, as crianças não conformes às normas de género estão mais suscetíveis a experiências de discriminação. O objetivo deste estudo é o de perceber as vivências destas crianças desde o seu ponto de vista, bem como das pessoas que as rodeiam. Para isso, foi realizada uma pesquisa de artigos científicos quantitativos, qualitativos e de metodologia mista, publicados desde 2000 até 2020 nas bases de dados PsycInfo, Sage e PsycArticles. Na pesquisa, foram utilizadas conjunções das palavras-chave crianças e transgénero, tanto em língua portuguesa como inglesa. Os dados encontrados revelam que crianças não conformes às normas de género são mais discriminadas, sofrendo diversos tipos de violência, nas várias esferas da sua vida. Os estudos revelam ainda que estas crianças conseguem desenvolver múltiplas estratégias para superar a adversidade, sendo o suporte familiar um dos fatores que mais promove a sua resiliência. Relativamente aos/às profissionais de saúde e educadores/as, foi verificada a pouca formação em abordagens transafirmativas, falta de comunicação entre profissionais, escassez de serviços de saúde mental e manutenção de posicionamentos binários de género. Estes estudos revelam a necessidade de providenciar espaços seguros que permitam a todas as crianças a exploração e criação do seu próprio género, de acordo com o que lhes é confortável, permitindo-lhes o exercício da sua autodeterminação.

Barron, C. & Capous-Desyllas, M. (2017), Transgressing the gendered norms in childhood: Understanding transgender children and their families. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(5), 407–438.

Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W.D., Getahun, D., Giammattei, S.V., Hunkeler, E.M., Lash, T.L., Millman, A., Quinn, V.P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D.E., Silverberg, M.J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared with Their Peers. *Pediatrics*, 141(5), 2017-3845.

Clark, B. A., Veale, J. F., Greyson, D., & Saewyc, E. (2018). Primary care access and foregone care: A survey of transgender adolescents and young adults. *Family Practice*, 35(3), 302–306.

Clark, B. A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158–169.

Fast, A.A., & Olson, K., R. (2018) Gender Development in Transgender Preschool Children. *Child Development*, 89(2), 620–637.

Goldstein, T., Koecher, A., Baer, P., & Hicks, B.L. Transitioning in elementary school: parent advocacy and teacher allyship. *Teaching Education*, 29(2), 165-177.

Gülgöz, S., Glazier, J.J., Enright, E.A., Alonso, D.J., Durwood, L.J., Fast, A.A., Lowe, R., Ji Chonghui,

- Heer, J., Martin, C.L. & Olson, K. R. (2019). Similarity in transgender and cisgender children's gender development. *Proceedings of National Academy of Sciences of the United States of America*, 116 (49) 24480-24485
- Halim, M.L., Ruble, D.N., Tamis-Lemonda, C.S., & Zosuls, K.M. (2013). Pink Frilly Dresses and the Avoidance of All Things "Girly": Children's Appearance Rigidity and Cognitive Theories of Gender Development. *Developmental Psychology*, 50(4), 1091–1101.
- McCann, E., Keogh, B., Doyle, L. & Coyne, I. (2019). The Experiences of Youth Who Identify as Trans\* in Relation to Health and Social Care Needs: A Scoping Review. *Youth & Society*, 51(6), 840–864.
- Meadow, T. (2011). Deep down where the music plays': How parents account for childhood gender variance. *Sexualities*, 14(6), 725–747.
- Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., & Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151, 264–269.
- Nogueira, C. (2013). A Teoria da Interseccionalidade nos estudos de género e sexualidades: condições de produção de “novas possibilidades” no projeto de uma psicologia feminista crítica. In A. Brizola, A. Zanella, & M. Gesser (Eds.), *Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos* (pp.227-248). Florianópolis: ABRAPSO – NUPPE/CFH/UFSC.
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K.A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137 (3), 1-8.
- Platero, R. L. (2014). *Trans\*sexualidades: Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: edicions bellaterra.

**Palavras chave:** crianças, trans, discriminação, diversidade de género.

## **ICCA2022-71081 - Mom, dad, I can handle this!": Development of the coping inventory to COVID-19 and home confinement on children and adolescents**

Alexandra Morales <sup>1</sup>, Silvia Melero <sup>1</sup>, José Pedro Espada <sup>1</sup>, Mireia Orgilés <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Miguel Hernández University*

Psychological impact of confinement due to COVID-19 on children and adolescents have been reported in recent studies. The type of coping might moderate how children and adolescents adapt to stressful events associated. To date, there was no inventory available to assess the coping of children and adolescents during a pandemic such as COVID-19, which included a home confinement period. This study aimed at designing and evaluating its factor structure, and providing evidences of reliability and validity of a new inventory to evaluate coping to COVID-19 and home confinement on children and adolescents. Three experts in clinical and health psychology developed the original version based on the critical review conducted by Parker and Endler (1992) and the model proposed by Lazarus and Folkman (1984). Participants (N=467) were caregivers of children and adolescents aged 3-18 from Spain. All answered an online assessment lasting 15 days, with the study starting 15 days after the lockdown. The three-factor structure of this inventory was confirmed (CFI=.98; TLI=.97; RMSEA 90%

CI=.05 [.04, .06]. The final version consisted of 11 items divided into three factors: Task-oriented strategies (e.g. Collaborates with social activities;  $\alpha$ ordinal=.87), Emotion-Oriented strategy (e.g. Seeks affection in others;  $\alpha$ ordinal=.75), and Avoidance-Oriented strategies (e.g. Doesn't seem worried about what is happening;  $\alpha$ ordinal=.80). This structure had an adequate reliability. Evidences of validity were found between the new inventory and a measure of anxiety. The Spanish version of the coping inventory to COVID-19 and home confinement presents evidences of reliability and validity to examine the coping strategies used by children during the quarantine for COVID-19. Identifying coping behaviors related to less disturbances is essential to promote them by parents, educators and professionals in early interventions.

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Francisco, R., Mazzeschi, C., Pedro, M., & Espada, J. P. (2021). Coping behaviors and psychological disturbances in youth affected by the COVID-19 health crisis. *Frontiers in Psychology*, 12, 845.

**Palavras chave:** COVID-19; coping; inventory; psychometric properties; children.

## ICCA2022-72775 - Stress Parental E Suporte Social

olivia@upt<sup>1,2,3</sup>, Sónia Galinha<sup>4,5</sup>, Ana Isabel Casanova Pinto<sup>3</sup>, Estrela Paulo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Instituto Jurídico Portucalense (IJP), Porto, Portugal*

<sup>2</sup> *Centro de Investigação Estudos População, Economia e Sociedade da Universidade do Porto (CEPESE)*

<sup>3</sup> *Escola Superior de Educação do Instituto de Estudos Superiores de Fafe, Portugal (IESF)*

<sup>4</sup> *FCT CIE - UMa Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira, Portugal*

<sup>5</sup> *Escola Superior de Educação de Santarém, Portugal.*

A Parentalidade traz desafios que implicam a mobilização de recursos - tanto ao nível operativo como ao nível emocional - especialmente em famílias com crianças com necessidades de medidas de suporte. O objetivo deste estudo é caracterizar os níveis de stress e as necessidades de apoio parental de famílias com crianças em idade pré-escolar, sinalizadas e não sinalizadas para Intervenção Precoce. Participaram 10 mães de crianças, 6 com necessidade de medidas e 4 sem necessidade de medidas da Educação Inclusiva, que responderam ao Questionário Sociodemográfico, Escala de Stress Parental e Escala das Funções de Apoio. A análise dos dados aponta para baixos níveis de stress parental e de necessidade de apoios, em ambas os grupos. A partir dos resultados, levantam-se novas questões que podem conduzir a futuros estudos. São, também, apontadas pistas para a intervenção com as famílias.

Albuquerque, S., Pereira, M., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2013). Qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em pais de crianças com diagnóstico de deficiência/anomalia congénita: A importância das características de resiliência. *Análise Psicológica*, 2, XXXI, 171-184. <https://doi.org/10.14417/ap.589>

Baião, R. D. (2009). Stress parental e prematuridade (Dissertação de mestrado não publicada).

Universidade de Lisboa, Lisboa.

Carvalho, O. (2020). Crescer juntos na parentalidade positiva: Competências profissionais para a Educação Parental (pp. 122-136). In S. Monteiro (Orgs.) Educação de jovens e adultos: ações de consolidação da agenda. Paraná: Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.81720140713>

Carvalho, O. (2011). De pequenino se torce o destino: O valor da Intervenção Precoce. Porto: Legis Editora.

Carvalho, O., Costa-Lobo, C., Menezes, J. & Oliveira, B. (2019). O valor das práticas de educação parental: Visão dos profissionais. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, 27(104), 654-684. <https://doi.org/10.1590/s0104-40362019002701653>

Cronin, S., Becher, E., Christians, K. S., & Debb, S. (2015). Parents and stress: Understanding experiences, context and responses. St. Paul, MN: University of Minnesota.

Correia, L. M., & Serrano, A. (2008). Inclusão e Intervenção Precoce: Para um começo educacional promissor. In L. M. Correia (Ed.), Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para educadores e professores. Porto: Porto Editora.

Coutinho, M. T. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1(XXII), 55–64.

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2<sup>a</sup> ed., Vol. 5, pp. 243-267). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1990). Assessment of social support in early intervention programs (pp. 326–349). In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge University Press.

Luís, M. (2016). Stress Parental e suas implicações na dinâmica familiar: estudo em mães e pais às 6 semanas após o parto (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Mixão, M. L., Leal, I., & Marôco, J. (2010). Escala de stress parental (pp.187-206). In Leal, Isabel & Marôco, J. (Eds.), *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Porto: LivPsic.

Morganho, P. (2015). "Todos Diferentes, Todos Pais": Um programa de educação parental para famílias de crianças com Autismo (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro de 2009, Série I. Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127–139.

Soqueiro, M. C., Carvalho, O., Martins, R. M., & Pascoinho, J. C. (2017). Necessidades das famílias em processos de Intervenção Precoce: Um estudo com famílias e profissionais. *Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial*, 4 (2), 99-112. <https://doi.org/10.36311/2358-8845.2018.v4n2.09.p99>

**Palavras chave:** Stress Parental, Funções de Apoio, Intervenção Precoce.



# ICCA2022-85784 - Um estudo sobre as características da amígdala em crianças e adolescentes com traços de frieza emocional

Andreia Azeredo <sup>1</sup>, Diana Moreira <sup>1,2,3</sup>, Patrícia Figueiredo <sup>1</sup>, Eduarda Ramião <sup>1</sup>,  
Ricardo Barroso <sup>4</sup>, Fernando Barbosa <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto*

<sup>2</sup> *Instituto Universitário da Maia*

<sup>3</sup> *Instituto de Psicologia e Neuropsicologia do Porto, IPNP- Saúde*

<sup>4</sup> *Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*

Os Traços de Frieza Emocional (TFE) (ou seja, insensibilidade / falta de empatia, falta de remorso / culpa, afeto superficial), que capturam a dimensão de distanciamento emocional da psicopatia em adultos, estão ligados à hiporreatividade emocional a estímulos evocadores de medo e empatia (ou seja, imagens, palavras, expressões faciais, tons vocais) (por exemplo, Marsh & Blair, 2008; Pijper et al., 2016). Portanto, os traços de CU estão intimamente relacionados à dimensão afetivo-interpessoal da psicopatia adulta (Pijper et al., 2016). Essas características são relativamente estáveis durante a infância (Dadds et al., 2005; Hawes & Dadds, 2007), bem como desde a infância até o início da adolescência (Muñoz & Frick, 2007; Obradović et al., 2007), e são preditivos de comportamento anti-social posterior (McMahon et al., 2010), gravidade clínica (Enebrink et al., 2005) e futuras dificuldades psiquiátricas (Moran et al., 2009). O objetivo desta revisão sistemática é obter um resumo sistematizado das características neurofisiológicas e de neuroimagem de traços de TFE na infância e na adolescência. Os estudos foram identificados através de várias fontes de pesquisa, nomeadamente EBSCO, PubMed e Web of Science. Um total de 382 estudos, publicados entre 1986 e 2021, foram identificados por meio de pesquisas em bancos de dados. Após a análise do texto completo, 52 artigos foram retidos para esta revisão a partir da busca e nove artigos foram incluídos em uma busca manual, totalizando 61 artigos incluídos na presente revisão sistemática. Os objetivos, amostra (idade, % do sexo masculino e tipo de amostra), medidas, instrumentos e principais conclusões foram extraídos de cada estudo. Dos 61 artigos incluídos, 24 identificam uma associação entre os TFE e alterações neuroanatômicas e funcionais da amígdala. Os nossos resultados revelaram que indivíduos com baixos traços de TFE apresentam uma diminuição funcional da amígdala direita (Jiang et al., 2021; Lozier et al., 2014; Rhoads et al., 2020; Viding et al., 2012; White et al., 2016b), da amígdala esquerda (Cardinale et al., 2018a; Harenski et al., 2014; Sebastian et al., 2014) e em ambas as amígdalas (Jones et al., 2009; Marsh et al., 2008; Sebastian et al., 2012; Sebastian et al., 2021; Thornton et al., 2017; Viding et al., 2012; White et al., 2016b). Na verdade, acredita-se que os deficits no processamento emocional e na empatia se originem da disfunção da amígdala. A amígdala desempenha um papel central no processamento emocional, principalmente na sinalização da saliência afetiva dos estímulos (Cunningham e Brosch, 2012; Hamann et al., 2002). Por meio de estimulação de respostas aversivas, os indivíduos são condicionados a considerar o sofrimento de outras pessoas como algo a ser evitado, portanto, uma disfunção na amígdala desse sistema pode dificultar que alguém desenvolva empatia emocional (Blair, 2013). Estas descobertas fornecem uma estrutura para uma investigação mais aprofundada do desenvolvimento anormal da

amígdala como uma via causal chave para o desenvolvimento de características de TFE e problemas de conduta.

Dadds, M., Fraser, J., Frost, A., & Hawes, D. (2005). Disentangling the underlying dimensions of psychopathy and conduct problems in childhood: A community study. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 73*(3), 400–410. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.400>

Hawes, D., & Dadds, M. (2007). Stability and malleability of callous-unemotional traits during treatment for childhood conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology, 36*(3), 347–355. <http://dx.doi.org/10.1080/15374410701444298>

Enebrink, P., Andershed, H., & Långström, N. (2005). Callous-unemotional traits are associated with clinical severity in referred boys with conduct problems. *Nordic Journal of Psychiatry, 59*(6), 431–440. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480500360690>

Jiang, Y., Gao, Y., Dong, D., Sun, X., Situ, W., & Yao, S. (2021). Impaired global efficiency in boys with conduct disorder and high callous unemotional traits. *Journal of Psychiatric Research, 138*, 560–568. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.04.041>

Lozier, L. M., Cardinale, E. M., VanMeter, J. W., & Marsh, A. A. (2014). Mediation of the relationship between callous-unemotional traits and proactive aggression by amygdala response to fear among children with conduct problems. *JAMA Psychiatry, 71*(6), 627. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4540>

Marsh, A., & Blair, R. (2008). Deficits in facial affect recognition among antisocial populations: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 32*(3), 454–465. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.08.003>

McMahon, R., Witkiewitz, K., & Kotler, J. (2010). Conduct problems prevention research group. Predictive validity of callous-unemotional traits measured in early adolescence with respect to multiple antisocial outcomes. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 752–763.

Moran, P., Rowe, R., Flach, C., Briskman, J., Ford, T., Maughan, B., Scott, S., & Goodman, R. (2009). Predictive value of callous-unemotional traits in a large community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*(11), 1079–1084. <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e3181b766ab>

**Palavras chave:** criança; adolescente; traços de frieza emocional; amígdala.

### ICCA2022-59561 - Parentalidade, crianças e literacia digital: Desafios e oportunidades.

Alexandra Batista <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Évora

O uso das TIC na contemporaneidade comporta um conjunto de implicações éticas e sociais que interferem em diferentes esferas da vida quotidiana. O elevado número de utilizadores da internet em Portugal (INE, 2018) e dos diferentes media sociais (INE, 2019), reflete diversas preocupações junto daquilo que é o exercício da parentalidade na era digital e das suas implicações ao longo da infância das crianças (Brosch, 2016, 2018; Damkjaer, 2018). Afigura-se pertinente uma abertura à discussão daquilo que é a importância da literacia digital, quer para os pais quer para as crianças, numa altura em que se verifica uma quantidade cada vez maior de partilhas dos mais diversos conteúdos das crianças online. Neste diálogo pretende-se incluir discussão do paradoxo em que os pais são os principais responsáveis por assegurar os direitos das crianças (ONU, 1982), mas atualmente são também os primeiros a colocá-los em causa (Blum-Ross & Livingstone, 2017; Mascheroni et al, 2018). Partindo de uma revisão da literatura, que tem na base a realização de um trabalho de investigação mais amplo sobre a parentalidade digital, pretende-se contribuir para a reflexão de questões de ordem ética e literacia digital por relação ao recente fenómeno de sharenting (Santos, Azevedo & Pedro, 2015; James, 2014; Livingstone, 2004; Walsh, 2017; Ponte, 2020). Ressaltam questões como: os pais estão conscientes de elementos de ordem ética, riscos e perigos quando colocam conteúdos dos seus filhos online? Que estratégias ou medidas poderiam ser adotadas para existir uma maior consciencialização sobre os direitos das crianças à imagem e à privacidade? Passa pela disseminação e sensibilização da importância da literacia digital juntos de pais e filhos? É a partir destas questões que se pretende contribuir para o debate que se constitui fundamental na sociedade digital e tecnológica em que se vive, dado que cada vez mais as vidas das crianças e das famílias são expostas online.

Blum-Ross, A. & Livingstone, S. (2017). Sharenting: parent blogging and the boundaries of the digital self. *Popular Communication. The International Journal of Media and Culture*. 15 (2). 110-125. [Doi: <https://doi.org/10.1080/15405702.2016.1223300>].

Brosch, A. (2016). When the child is born into the internet: Sharenting as a growing trend among parents on Facebook. *The new educational Review*, 43 (1) 225-235. [oDi: 10.15804/tner.2016.43.1.19].

Brosch, A. (2018). Sharenting - Why do parents violate their children's privacy? *The new educational Review*, 54 (4), 75-85. [Doi: 10.15804/tner.2018.54.4.06].

Damkjaer, M. S. (2018). Sharenting = Good Parenting? Four Parental Approaches to Sharenting on Facebook. In Giovanna Mascheroni, Cristina Ponte & Ana Jorge (eds.) *Digital Parenting. The Challenges for Families in the Digital Age* (pp. 209-218). Göteborg: Nordicom.

INE (2018). A proporção de utilizadores de internet banking aumentou. Sociedade da Informação e do Conhecimento - Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nas Famílias. Destaque de 21 de novembro de 2018. [Disponível em url : [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=316115377&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=316115377&DESTAQUESmodo=2)].

INE (2019). 80% dos utilizadores da internet participam em redes sociais. Destaque de 21 de novembro de 2019. [Disponível em url : [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=354447153&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=354447153&DESTAQUESmodo=2)].

James, C. (2014). *Disconnected- Youth, new media, and ethics gap*. London: The MIT Press

Livingstone, S. (2004). What is media literacy? *Intermedia*. 32 (3), 18-20.

Mascheroni, G.; Ponte, C, & Jorge, A. (2018). Introduction p. 9-16 in Giovanna Mascheroni, Cristina Ponte & Ana Jorge (eds.) *Digital Parenting. The Challenges for Families in the Digital Age*. Göteborg: Nordicom.

Ponte, C. (coord.). (2020). *Nós na Rede – Ambientes Digitais de Crianças e Jovens*. Coimbra: Almedina.

Santos, R.; Azevedo, J. & Pedro, L. (2015). Literacia(s) digital(ais): definições, perspetivas e desafios. *Imprensa da Universidade de Coimbra*, 15 (27), 17-44. [DOI: [http://dx.doi.org/10.14195/2183-5462\\_27\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2183-5462_27_1)].

Walsh, B. (2014, outubro 27). Ethics, Disconnected. Helping young people confront the ethical dilemmas of the online world. In *Usable Knowledge*, Harvard Graduate School of Education, [Disponível em url: <https://www.gse.harvard.edu/news/uk/14/10/ethics-disconnected>].

**Palavras chave:** Infância, Parentalidade digital, Literacia digital, Sharenting.

## **ICCA2022-59883 - Experiência online e perceção de risco entre a população jovem do concelho de Vila Nova de Gaia**

Tânia Leão <sup>1</sup>, Daniela Silva <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Instituto de Sociologia - Universidade do Porto*

A presença assídua da população juvenil em ambientes altamente mediatizados constitui uma preocupação para os adultos que a rodeiam, nomeadamente, familiares e educadores/as. A introdução da Internet na dieta mediática dos mais novos tem efeitos na maneira como estes interpretam o mundo à sua volta e como se veem a si próprios, mediados/as pelo olhar dos outros. Pesquisadores da área realçam que crianças e jovens estão, cada vez mais, a compreender mundo não apenas na Internet como através da Internet (Livingstone, Mascheroni, & Staksrud, 2015). A experiência digital entre os mais jovens é, pois, um patamar de mediação incontornável na relação com os outros, e as suas características e consequências têm originado acesos debates. A ansiedade suscitada pela perceção dos elevados riscos da Internet para a população mais jovem pode justificar-se pela tendência para a sobrevalorização de uma narrativa adulto-centrada, que entende este grupo etário como mais vulnerável, imaturo e numa condição de incompletude. É verdade que os/as jovens contemporâneos/as são ávidos/as consumidores/as de conteúdo online, e, por essa razão, estão

mais expostos/as a temas identificados como “perigosos” e/ou “inapropriados” para as respetivas fases de desenvolvimento. No entanto, são também produtores/as de conteúdo, participantes e agentes dinamizadores/as das suas comunidades virtuais. As plataformas digitais disponibilizam um conjunto de ferramentas que motivam o/a jovem a partilhar as suas mundivisões, valores, formas de estar e de fazer, e até aceder a processos informais de aprendizagem cruciais para a construção da sua identidade. Tendo como ponto de partida um debate considerado urgente, contemporâneo e multidisciplinar, as pesquisadoras efetuaram um estudo inspirado no inquérito aplicado no âmbito do ‘Questionário EU Kids Online Portugal’ (Ponte & Batista, 2019), adaptando-o à realidade de um dos principais concelhos da Área Metropolitana do Porto e a um intervalo etário bastante mais abrangente (10-34 anos). O referido estudo partiu de um questionário online, divulgado em parceria com a autarquia local entre os/as estudantes das escolas Básicas e Secundárias do concelho e nas redes sociais municipais, entre os meses de março e abril de 2021, tendo sido recolhidas 1431 respostas válidas. Nesta comunicação, propomos apresentar os principais resultados obtidos através do recenseamento realizado à população jovem do concelho. Começaremos por fazer uma breve caracterização das atividades quotidianas off /online declaradas pelos/as jovens da amostra, assim como dos tipos de consumos expostos e das principais competências digitais. E incidiremos, em particular, na natureza das experiências online identificadas pelos/as jovens e na sua perceção sobre as ‘boas’ e ‘más’ experiências. Analisaremos, por fim, as estratégias utilizadas por esta camada da população para lidar com as experiências consideradas negativas, fazendo, sempre que se justifique, o paralelo com os resultados que se conhecem a nível nacional e internacional.

Amaral, I., Reis, B., Lopes, P., & Quintas, C. (2017). Práticas e consumos dos jovens portugueses em ambientes digitais.

Kowalski, R. M., & McCord, A. (2020). Perspectives on Cyberbullying and Traditional Bullying: Same or Different? In *The Routledge Companion to Digital Media and Children* (pp. 460-468): Routledge.

Livingstone, S., Mascheroni, G., & Staksrud, E. (2015). Developing a framework for researching children’s online risks and opportunities in Europe.

Pereira, S., Fillol, J., & Moura, P. (2020). Teens’ Online and Offline Lives: How They Are Experiencing Their Sociability. In *The Routledge Companion to Digital Media and Children* (pp. 152-160): Routledge.

Ponte, C. (2019). Challenging online situations reported by Italian and Portuguese children in 2018. *Revista Mediterránea de Comunicación*.

Ponte, C., & Batista, S. (2019). Usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9–17 anos). In: *EU Kids Online e NOVA FCSH*.

Ponte, C. C., Daniel; Ferreira, Eduarda. (2019). Que situações na internet incomodam pessoas da tua idade? As respostas de crianças e jovens portugueses. Paper presented at the *Literacia, Media e Cidadania : Livro de Atas do 5.º congresso, Braga*.

**Palavras chave:** plataformas digitais; juventude; experiência online; Vila Nova de Gaia.

# FINAL PAPERS





# Round Tables

## Redes sociais – o bom, o mau e o vilão

Alexandra Luz

*Pediatra*

*alexandra.luz@hotmail.com*

### Resumo

A existência de redes sociais precede o aparecimento da internet, mas cada vez mais estas redes têm ocupado o seu espaço utilizando as tecnologias digitais. O acesso cada vez mais universal a estas tecnologias tem sido alvo de debate, nomeadamente no que diz respeito aos seus potenciais benefícios e prejuízos. É fonte de preocupação o efeito que esta exposição, e particularmente a forma como é feita (na medida do tempo, conteúdo, e intenção do uso), pode trazer à “Geração Z”, a primeira que se encontra exposta ao mundo digital desde a infância/início da adolescência. Apesar de ser dado muito ênfase ao efeito negativo ligado ao excesso de tempo passado nos meios digitais, parece igualmente ser fonte de insatisfação a ausência de exposição a estas tecnologias, no que é conhecido como o efeito “Goldilocks”. Este texto procura dar uma visão global e compreensiva da forma como as redes sociais se integram no mundo atual, da sua relação com o bem-estar dos mais novos, e em que medida as podemos utilizar em prol deste mesmo bem-estar.

Palavras-chave: redes sociais, tecnologia digital, geração Z, efeito Goldilocks.

### Abstract

The existence of social networks precedes the emergence of the internet, but these networks have increasingly occupied their space using digital technologies. The increasingly universal access to these technologies has been the subject of debate, particularly regarding their potential benefits and harms. It is a source of concern what may be the effect of this use, and particularly the way in which it is done (in terms of time, content, and intention of use), and the impact it can have on “Generation Z”, the first to be exposed to the digital world from childhood/early adolescence. Although much emphasis is given to the negative effect linked to excessive time spent in digital media, the lack of exposure to these technologies also seems to be a source of dissatisfaction, in what is known as the “Goldilocks” effect. This text aims to provide a global and comprehensive view of how social networks are integrated in the current world, their relationship with the well-being of young people, and to what extent we can use them for this same well-being.

Keywords: social media, digital technology, generation Z, Goldilocks effect.

Quando fui convidada para falar sobre redes sociais na 6ª edição do ICCA (Congresso Internacional da Criança e do Adolescente) tive alguma dúvida sobre em que sentido dirigir a minha comunicação. As redes sociais (particularmente como as conhecemos no mundo atual, que é no palco da internet) têm vindo a mudar a nossa forma de nos interligarmos, de comunicarmos uns com os outros. E isto tem sido objeto de reflexões, estudos, debates, particularmente sobre o efeito que estas alterações possam vir a ter em nós, enquanto sociedade. Há quem aponte os efeitos benéficos, há quem as caracterize como as precursoras da desgraça... convenhamos, continua a ser difícil navegar neste mar de informação contraditória.

Antes de prosseguir, importa, contudo, saber do que estamos a falar. Usamos a designação “tecnologia digital” como um termo “guarda-chuva”, que compreende tudo aquilo que podemos fazer com o nosso computador, consolas de jogo, telemóvel... e as redes sociais são uma dessas coisas. Mas uma rede social é na realidade uma estrutura formada para entreligar pessoas com os mesmos interesses, valores ou objetivos, que podem ser das mais variadas ordens (políticos, familiares, religiosos...). Por aqui podemos perceber que as redes sociais já existem há muito mais tempo do que a existência da internet – o palco é que agora passou a ser cada vez mais este.

Importa trazer aqui também o conceito de “Geração Z”.



Esta geração, habitualmente definida como os nascidos entre o final da década de 1990 e o início da de 2010 será a primeira geração a conviver com este mundo paralelo “online” desde a sua infância/adolescência. Para muitos de nós, pertencentes às gerações anteriores, isto é verdadeiramente assustador. Parece que eles já “nascem ensinados”, com aqueles dedinhos a fazer o movimento de “scroll down” nos ecrãs! E estas mudanças geracionais, que tipicamente se processam ao longo de décadas e que, como tal, nos vão dando tempo enquanto sociedade para nos ajustarmos e atingirmos um novo ponto de equilíbrio, têm-se processado a um ritmo alucinante, conduzindo a um verdadeiro “choque de gerações” – encontrando-se de um lado os mais novos, que navegam neste mundo de acesso fácil à informação e usam estas tecnologias como promotoras da interação social, e de outro lado os mais velhos, que olham para todo este tempo “desperdiçado” online, uma verdadeira perda de tempo e de oportunidades. E, não poucas vezes, não possuem as bases de literacia digital para compreender este uso.

Deste choque, destas mudanças rápidas, resultam então várias dúvidas e receios:

- Estaremos perante uma geração “fisicamente” mais segura, mas mais exposta a problemas de ordem mental?
- Estão as crianças e os adolescentes a perder competências ao nível social?
- Ao restringirmos o tempo online, controlamos a forma como as crianças e adolescentes usam a tecnologia digital?
- Quanto tempo de exposição é demasiado tempo?

Para tentar responder a estas questões, será importante percebermos o uso. E antes de passarmos às crianças e adolescentes, temos de nos olhar ao espelho. Dos que se encontram neste momento a ler este texto, quantos não usam as redes sociais? Atrevo-me a dizer que poucos. E como diriam ser o uso que fazem da internet no telemóvel? Atrevo-me igualmente a dizer que muito frequente, por vezes “permanentemente” online. E finalmente, quantos levam consigo o telemóvel para o quarto na hora de dormir? Nem me vou aventurar a responder a esta (claro, é o despertador – assim dizem os nossos adolescentes, não é?). O que é certo é que o uso “intensivo” dos meios de comunicação eletrónicos tem aumentado, em crianças e adolescentes cada vez mais novos, e globalmente, como fica bem patente em estudos internacionais e nacionais, como o “Health Behaviour in School Aged Children” 2018, levado a cabo pela Professora Margarida Gaspar de Matos e pela Equipa Aventura Social. E é cada vez mais difícil fornecer uma medida do tempo em que estão online, com um estudo publicado pelo Pew Research Centre, em 2018, a dar conta de 45% dos adolescentes referir estar online “praticamente sempre”. Este mesmo estudo explorou ainda um aspeto muito interessante, que foi o efeito sentido por estes adolescentes no uso das redes sociais – 45% consideraram que o efeito não era nem positivo nem negativo. 31% referiram o efeito como sendo maioritariamente positivo (e apontaram aspetos como a possibilidade de contactar com família e amigos, a facilidade no acesso a notícias/informação, e encontrar pessoas com os mesmos interesses) enquanto 24% referiram que o efeito era maioritariamente negativo (ocorrência de bullying/disseminar de rumores, prejudicar as relações interpessoais, dar uma visão pouco realista da vida dos outros...). Daqui se depreende que as preocupações e visões dos adolescentes sobre as redes sociais acabam por ser muito semelhantes às nossas, afinal.

Inevitavelmente quando abordamos os aspetos menos positivos da utilização das redes sociais um dos itens que surge à cabeça é o fator tempo. A definição do tempo online que estaria associado a efeitos mais prejudiciais foi desde o início uma preocupação e até levou a recomendações mais

iniciais que focavam apenas o tempo de exposição. Mas afinal, quanto tempo é demasiado? Sobre essa temática, o relatório de 2017 da UNICEF “Crianças num mundo digital” apresenta vários estudos, que abordam aquilo que se descreve como o efeito “Goldilocks” (em português seria caracóis dourados, uma personagem das histórias infantis). E o que nos diz este efeito é que ambos os extremos são prejudiciais – não apenas o tempo “em demasia”, mas também a ausência de exposição. Não ter acesso às tecnologias digitais priva os adolescentes dos efeitos positivos por eles apontados, e tem impacto negativo no seu bem-estar. Daqui resulta parecer aplicar-se o aforismo popular – “nem 8, nem 80”.

Uma outra teoria apresentada como possível para explicar os efeitos negativos das redes sociais denomina-se “displacement theory”, ou teoria da substituição. Nesta, é explicado que o tempo passado online iria ter efeitos negativos por substituir o tempo que a criança e o adolescente passariam a fazer, por exemplo, atividade física/desporto ou outras atividades de lazer, como a leitura. Substituiria ainda o tempo passado na interação social “presencial” e nas atividades passadas em família. Mas afinal, parece que esta relação não é tão linear assim, e que poderão ser as crianças e adolescentes já de si mais inativos a procurar as tecnologias digitais como ocupação dos seus tempos livres, e que apenas limitar o tempo de uso não vai fazer com que estas pratiquem mais exercício físico, ou estejam em atividade em família, se essa não for já *ab initio* uma atividade reconhecida pela criança e pelo adolescente.

Depois, o quando se usa a tecnologia e o tipo de tecnologia que se usa também parecem ser fatores a ser tidos em conta. O uso mais prolongado durante a semana parece ter efeitos mais prejudiciais que ao fim de semana, porventura pela interferência com as atividades estruturadas (trabalhos de casa, por exemplo) e com o sono.

Sem dúvida que outro fator a ter em conta é ainda o conteúdo. É importante ter em conta o que a criança e adolescente estão a fazer/ver nas redes sociais. E quanto a isso, pode ser ainda mais fundamental que o adulto compreenda o conceito do algoritmo destas redes, e em que medida isso pode ter impacto no conteúdo que se vê. É ponto assente que as redes sociais incorporam tecnologias avançadas baseadas no recurso a técnicas de psicologia (muitas vezes persuasiva), e através da colheita de dados pessoais. Os “gostos” que eu faço, o tempo que passo em cada publicação, o conteúdo com o qual interajo mais... tudo isso é registado, compilado, integrado e devolvido sob a forma de uma entrega de conteúdo “personalizado” que se destina a manter-me online o máximo de tempo possível. E é bom que isto esteja bem claro para nós, para que o possamos igualmente deixar bem claro à criança e adolescente – as redes sociais são desenhadas para te manter ligado o máximo de tempo possível, é assim que ganham dinheiro! É evidente que estas personalizações de conteúdo, estas “recomendações” que as plataformas teimam em fazer-nos também têm pontos positivos – é assim que acedemos mais rapidamente a informação que nos interessa, ou às publicações dos nossos amigos. Mas não é isenta de riscos. As “recomendações” mostram-nos aquilo que o algoritmo acha que queremos ver, e mais direcionado à visão que já temos. O que é muito bom se formos pessoas sensatas, e moderadas. Mas nos extremos, existe o risco claro de acentuar a radicalização (política, religiosa...) sem nenhum controlo, da mesma forma como é fácil ter acesso a má informação – porque é fácil de disseminar, sem necessidade de verificação.

Finalmente há um terceiro fator a considerar – a intenção. Reconhecer a intenção com que usamos as redes sociais e as tecnologias digitais é fundamental. Aceder porque se quer consultar um jornal

ou fazer uma pesquisa, porque se quer saber o que o nosso amigo anda a fazer. Há que perceber o que são desencadeantes internos que nos levam à procura das redes – e que na realidade acabam por ser os mesmos que nos levam a utilizar um outro produto! São estímulos emocionais negativos como a solidão, estar aborrecido, inseguro, cansado. E por outro lado, desencadeantes externos, que são aqueles “lembretes” e “notificações” que automaticamente surgem no ecrã do nosso telemóvel (“tens um novo like na tua foto...”) e que não só interrompem o fluxo do nosso dia mas que nos levam ao consumo quase constante das redes. Mas até aí nós somos os primeiros a pecar – quantos de nós têm as notificações das redes sociais desligadas? Este poderá ser um bom conselho.

Assim, neste dilema do bom e do mau, é talvez mais sensato perceber que as redes sociais não são o vilão.

- As redes sociais não são boas, nem más, é o uso que fazemos delas que vai ditar as suas consequências mais positivas ou negativas.

- O tempo online, isoladamente, não é boa medida do efeito. Este efeito vai ser dependente do tipo de conteúdo, da intenção com que se usa, e das características pessoais da criança e do adolescente.

- Antes de limitar ou castigar, como medidas únicas, temos primeiro de olhar para o nosso próprio comportamento como exemplo, compreender o uso que é feito e negociar os limites, supervisionar e ensinar.

A mensagem final que eu gostaria de deixar é que não vivemos num mundo sem tecnologia, por isso não vale a pena enfiarmos a cabeça na areia e fingir que a internet não existe. Há que usar a tecnologia no que esta nos dá de melhor, e não deixar é que seja essa mesma tecnologia a usar-nos.

## REFERÊNCIAS

Pew Research Centre, May 2018, *Teens, Social Media & Technology 2018*

Relatório do estudo HBSC 2018 – *A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão* – dados nacionais do estudo HBSC 2018. Margarida Gaspar de Matos & Equipa Aventura Social.

Valkenburg, Patti M., and Jochen Peter, ‘*Social Consequences of the Internet for Adolescents: A decade of research*’, *Current Directions in Psychological Science*, vol. 18, no. 1, 2009, pp. 1–5.

Kardefelt-Winther, Daniel, ‘*How Does the Time Children Spend Using Digital Technology Impact their Mental Well-Being, Social Relationships and Physical Activity? An evidence-focused literature review*’, Background paper written for *The State of the World’s Children 2017: Children in a Digital World*, United Nations Children’s Fund, New York, 2017.

Przybylski and Weinstein, ‘*A Large-Scale Test of the Goldilocks Hypothesis*’, pp. 209–210.

Kardefelt-Winther, ‘*How Does the Time Children Spend Using Digital Technology Impact Their Mental Well-Being, Social Relationships and Physical Activity?*’.

Valkenburg, Patti M., and Jochen Peter, ‘*Online Communication and Adolescent Well-Being: Testing the stimulation versus displacement hypothesis*’, *Journal of Computer-Mediated Communication*, vol. 12, no. 4, July 2007, pp. 1169–1182.

Laurson, Kelly R., et al., ‘*Concurrent Associations between Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration with Childhood Obesity*’, *ISRN Obesity*, vol. 2014, 2014.

Iannotti, Ronald J., et al., ‘*Patterns of Adolescent Physical Activity, Screen- Based Media Use, and Positive and Negative Health Indicators in the U.S. and Canada*’, *Journal of Adolescent Health*, vol. 44, no. 5, May 2009, pp. 493–499.

*Children in a Digital World: The state of the world’s children 2017*. UNICEF

# A rede social do jogo online: dependência ou dependências?

Ivone Patrão<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>APPSYCI, ISPA – Instituto Universitário (PORTUGAL);

<sup>2</sup>Geração Cordão (PORTUGAL)

geracaocordao@gmail.com

## Resumo

Ao longo da história da evolução tecnológica tem-se verificado cada vez mais a necessidade de equilibrar a presença no mundo virtual e a realidade offline. Tanto a socialização online como os jogos online têm vários benefícios, ainda que inúmeros riscos, dependendo do modo como cada indivíduo os utiliza e do impacto que tem para a sua saúde. Neste sentido, o objetivo principal deste artigo centra-se em abordar a dependência dos jogos online do ponto de vista da socialização inerente aos mesmos. Adicionalmente, analisa-se que tipos de perfis podem ser considerados de risco para a dependência do jogo online, bem como que características dos jogos online podem levar a que exista uma maior fidelização por parte de quem joga, especialmente no que diz respeito à pertença um grupo e à socialização em si. Conclui-se que deve existir um equilíbrio das actividades realizadas online e offline, de modo a promover uma utilização saudável da tecnologia, bem como um bem-estar geral nas várias dimensões da vida dos indivíduos. Sugerem-se, ainda, alguns recursos didáticos para a promoção do uso saudável das tecnologias (e.g. o livro "O pássaro Nimas dá asas à diversão"; o jogo "Missão 2050").

Palavras-Chave: Jogo Online, Dependência Online, Socialização, Adolescência.

## Abstract

Throughout the history of technological evolution, there is the need to balance the presence in the virtual world and offline reality. Both, socialization, and online games have several benefits, although numerous risks, depending on how they are used and the impact that they have to health. In this sense, the main objective of this article focuses on addressing the addiction on online games and the related socialization. Additionally, it is analyzed the risk profiles of online game addiction, as well as which features of online games may lead to greater loyalty for those who play, especially regarding belonging group and socialization itself. It is concluded that there should be a balance of activities performed online and offline, to promote a healthy use of technology, as well as a general well-being in the various dimensions of individual lives. Some didactic resources are also suggested for promoting healthy use of technology (e.g., the book "O pássaro Nimas dá asas à diversão"; the game "Missão 2050").

Keywords: Online Gaming, Online Addiction, Socialization, Adolescence.

## INTRODUÇÃO

O equilíbrio entre o mundo online e offline é um dos princípios essenciais quando se quer apostar na promoção do uso saudável da tecnologia e da internet. Não basta o foco nas actividades e nas horas online para que esse equilíbrio seja conquistado. É necessário contrabalançar com as actividades offline, sejam elas relacionadas com hobbies ou com diversas actividades específicas (e.g. estudar, socializar) (Patrão, 2021). Ao longo do ciclo de vida a tecnologia apresenta vários benefícios, mas também riscos. A aplicação do efeito de Goldilocks aponta os benefícios de um uso moderado dos recursos digitais e da internet, com um impacto positivo no bem-estar psicológico e na socialização, mesmo que parte dessa socialização ocorra por via digital.

É importante ter em conta que nem a tecnologia, nem a internet são instrumentos nocivos, em si próprios, para a saúde mental e física das crianças e dos jovens. São recursos neutros, que podem ter efeitos positivos ou negativos na saúde, dependendo de como são utilizados. Por isso, depende do comportamento de cada um. A forma como cada um utiliza esses recursos terá mais ou menos impactos na sua saúde.

De acordo com os dados mais recentes, sobre o uso e acesso à internet e à tecnologia, há um aumento significativo de número de utilizadores em Portugal (Pordata, 2021), sendo o telemóvel o meio mais usado. Um dos riscos associado ao uso é a dependência online. Nas últimas duas décadas, pelo menos, são vários os estudos que reportam a incidência da dependência online em jovens, sobretudo do jogo online (e.g. Patrão et al., 2016).

Neste artigo aborda-se a dependência dos jogos online na sua vertente social. Exploram-se as características dos jogos online que fidelizam o jogador, sobretudo as componentes da pertença a um grupo e a socialização.

## DEPENDÊNCIA DO JOGO ONLINE

A dependência emocional dos ecrãs está associada a dificuldades na auto-regulação do comportamento, com permanência online de um número de horas superior ao indicado para a idade, nível de maturidade e nível de literacia digital, com efeitos nefastos na comunicação presencial com o outro, pelo privilégio dado ao mundo digital, e menos espaço e tempo dado ao toque, ao olhar, ao abraço. Consequentemente, podem ocorrer impactos no desenvolvimento das competências sociais. Esses impactos, a longo prazo, podem traduzir-se numa barreira na definição de um projecto de vida, no processo de autonomia (emocional, relacional e financeira) e na definição da identidade (Patrão, 2017).

Não existe uma dependência da internet. Existe, antes, uma dependência do que se realiza e consome online. A internet e os dispositivos tecnológicos são um meio e não um fim.

A dependência online é caracterizada pelo envolvimento em atividades através da internet, de forma persistente, intensa e sem controlo, resultando na redução dos interesses, com consequências emocionais, sociais e ocupacionais/académicas (Patrão & Sampaio, 2016).

No DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) surgiu pela primeira vez, ainda que em apêndice, a perturbação do jogo pela Internet já com critérios definidos, mas com indicação de ser uma área em investigação. No CID-11 (World Health Organization [WHO], 2018) surge o *gaming disorder*, como um comportamento de jogo com um padrão persistente ou recorrente (*digital gaming* ou *video-gaming*), que pode acontecer online ou offline.

Os critérios associados são: 1) Estar online é a principal actividade; 2) Estar online como escape a emoções negativas ou problemas; 3) Alterações das rotinas (e.g. sono, alimentação, estudo); 4) Diminuição da participação em actividades sociais; 5) Conflitos inter-geracionais relacionados com o jogo.

## PERFIL DE RISCO: DEPENDÊNCIA DO JOGO ONLINE

Os estudos indicam alguns características associados ao perfil de risco da dependência do jogo online (e.g. Patrão et al, 2016): 1) Personalidade introvertida; 2) Dificuldades no desenvolvimento de competências sociais; 3) Baixa auto-estima; 4) Impulsividade; 5) baixa tolerância à frustração; 6) dificuldades em lidar com o aborrecimento; 7) Baixo autocontrolo; 8) Baixa motivação escolar; 9) Conflitos no contexto académico (e.g. *cyberbullying*); 10) Conflito familiar e ausência de supervisão parental.

Num dos estudos desenvolvidos em parceria com o projecto Geração Cordão, os resultados indicam que, em 558 jovens que referem que jogam online com idades entre os 12 aos 19 anos, para além do jogo online, 10% realizam apostas online. A larga maioria (73%) são rapazes e 30% apresentam um

nível moderado, considerado de risco de desenvolvimento de dependência online, na escala IAT (Internet Addiction Test - Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014). Para além disso, os motivos para se fidelizarem ao jogo estão relacionados com a necessidade de lidar com as emoções negativas, a necessidade de aumentarem a sua performance no jogo, por diversão e, finalmente, pela componente social do jogo (Batista, 2019).

## **JOGO ONLINE VS SOCIALIZAÇÃO: DUPLA DEPENDÊNCIA?**

A área da dependência do jogo online apesar de ter fundamentação quer do ponto de vista clínico, quer empírico, pelas componentes lúdica, de entretenimento e até pela, cada vez mais evidente, componente social do jogo, pode permite levantar esta questão: O jogar depende do jogo online ou também depende da componente social do jogo?

O uso das técnicas de gamificação (e.g. ranking, níveis, objectivos) que fidelizam o jogador ao jogo têm também associado, sobretudo nos jogos de equipa, o recurso ao mundo social como forma de vincular ainda mais o jogador.

A pertença a um grupo, uma das tarefas charneira da adolescência, e a conseqüente socialização digital, através do jogo ou das redes sociais mais associadas aos jogos (e.g. discord) e mesmo toda a interação e comparação social propiciada pelo ambiente de jogo, ajudam no reforço da autoestima e podem fazer com que existe uma elevada crença de auto-eficácia online, ou seja, “eu só sou válido no mundo do jogo online”.

A acrescentar a estes aspectos, o sistema de reforço intermitente associado ao jogo online, que coloca o jogador a pensar que vale sempre a pena continuar a jogar, para ganhar e, mesmo que tenha perdido, muitas das vezes estava a um passo de ganhar, por isso, reforça-se a necessidade de continuar para atingir o objectivo.

Neste contexto, o bem-estar geral elevado associado à vivencia de emoções positivas online, reforçado pela interacção social entre jogadores, que se identificam nos seus interesses, permite reforçar a hipóteses de que o processo de socialização no jogo online pode ser um factor de risco para a dependência do jogo online.

No jogo online o perfil de dependência está mais associado ao sexo masculino, enquanto o sexo feminino está mais associado à dependência das redes sociais. Este dado parece fazer distinção entre jovens do sexo masculino e do sexo feminino quanto aos interesses online, contudo, é importante analisar o carácter social do jogo.

O jogo online, mesmo na sua vertente de *hobbie* e de entretenimento, tem vários aspectos relacionados com a socialização, uma vez que pode existir: 1) actividades de competição e cooperação; 2) trocas de presentes virtuais ou de moeda virtual; 3) pertença a um grupo ou a uma comunidade; 4) partilha dos mesmos interesses; 5) identificação social.

Tendo em conta os factores de risco já explicitados, quando existe uma auto-regulação deficitária do comportamento online, neste caso, uma dificuldade em ligar e desligar-se do jogo e gerir as diversas actividades diárias, todos os aspectos de socialização do jogo fazem com que o jogador não se sinta isolado, ou até mesmo que não tenha necessidade de se ligar ao mundo offline. Dessa forma, permanece mais tempo no jogo, pelas várias necessidades que consegue satisfazer online.

O mundo offline pode não conseguir competir com as emoções positivas fornecidas no mundo do jogo online. Nos estudos da Geração Cordão os resultados têm sido coerentes: estar online retire tempo a outras actividades, como sejam: estudo, sono, socialização presencial, família, actividades

físicas e lúdicas (Patrão, et. al., 2020). Para além disso, a dependência online está correlacionada com alterações do sono, do humor, com o isolamento social a baixa autoestima, dificuldade no autocontrolo e alterações no comportamento alimentar (ingestão de snacks e ausência de refeições em família), o que contextualiza a necessidade do jogador online ser reforçado pelo seu desempenho e pelo que mostra ser (Patrão, et. al., 2015; Patrão, & Machado, 2016; Patrão, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A introdução das tecnologias deve contemplar o equilíbrio entre o mundo online e offline, sobretudo com foco nas actividades de socialização, que devem assumir tanto um cariz presencial, como online, uma vez que estão a ser estimuladas e treinadas diferentes competências de comunicação e relação. O recurso a histórias e a jogos dedicados a temas de saúde, são eficazes na promoção de comportamentos positivos e mais saudáveis. A história infantil – o pássaro Nimas dá asas à diversão – pode ser um recurso para a comunidade educativa introduzir o uso das tecnologias em crianças entre os 3 e os 10 anos, uma vez que possibilita abordar a socialização mista: presencial e virtual, bem como os riscos associados (Pimenta & Patrão, 2021). De igual modo o jogo Missão 2050, usa as ferramentas da gamificação para promover o uso saudável do mundo online, no qual uma das áreas é especificamente a socialização (Patrão & Fernandes, 2019; Patrão, et. al., 2020).

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. (5<sup>a</sup> ed.) . Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- Batista, H. (2019). *Perturbação do jogo pela internet em adolescentes: diferenças entre três níveis de adição*. [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/7431>
- Patrão, I. (2021). *Guia prático para um uso saudável da tecnologia*. Pactor - Editora.
- Patrão, I., & Sampaio, D. (2016). Dependências online: O Poder das Tecnologias. Pactor: LIDEL.
- Patrão, I. (2017). #GeraçãoCordão: A geração que não desliga. Pactor: LIDEL.
- Patrão, I., & Fernandes, P. (2019). *Missão 2050 - promoção do uso saudável da tecnologia*. Lisboa: Ideias com História.
- Patrão, I., Leandro, J., Fernando, P. A., & Leal, I. (2020). Missão 2050: Uso da gamificação para a promoção o comportamento online saudável. Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 527-532.
- Patrão, I., & Pimenta, F. (2020). *O pássaro Nimas dá asas à diversão*. Pactor Kids.
- Patrão, I., Pimenta, F., Água, J., & Leal, I. (2020). Validação: Escala de Alterações Funcionais pelo Uso Problemático da Internet (AFUPI) para jovens portugueses. Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 783-792.
- Patrão, I., & Machado, M. (2016). Jovens e a internet: Uma relação com a perturbação do sono e o bem-estar psicológico. Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 347-353.
- Patrão, I. (2016). Comportamentos online em jovens portugueses: Estudo da relação entre o bem-estar e o uso da internet. Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 341-346.
- Patrão, I., Reis, J., Madeira, L., Paulino, M., Barandas, R., Sampaio, D., Moura, B., Gonçalves, J., Carmenates, S. (2016). Avaliação e intervenção terapêutica na utilização problemática da internet

(UPI) em jovens: revisão da literatura. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7(1-2), 221-242. <http://hdl.handle.net/11067/3514>

Patrão, I., Machado, M., Fernandes, P. A. & Leal, I. (2015). Jovens e Internet: Relação entre o bem-estar psicológico, isolamento social e funcionamento familiar. In Mata, L., Peixoto, F., Morgado, J., Silva, J. & Monteiro, V. (eds.), *Actas do XIII Colóquio Internacional de Psicologia e Educação*. Lisboa: ISPA-IU

Pontes, H., Patrão, I. & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114. doi: 10.1556/jba.3.2014.2.4

Pordata (2021). *Ciência, Tecnologia e Sociedade de Informação - Sociedade de Informação e Telecomunicações*. <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Sociedade+de+Informa%c3%a7%c3%a3o+e+Telecomunica%c3%a7%c3%b5es-92>

World Health Organization (2018, September 14). *Inclusion of "gaming disorder" in ICD-11*. <https://www.who.int/news/item/14-09-2018-inclusion-of-gaming-disorder-in-icd-11>

## **Geração Covid: como estão os direitos antigos?**

Jorge Duarte Pinheiro

*Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (Portugal)*

*jorgeduartepinheiro@fd.ulisboa.pt*

### **Resumo**

Avalia-se aqui o estado dos direitos das crianças que nasceram e cresceram durante o período da pandemia de Covid-19, privilegiando aqueles direitos que pressupõem contacto presencial e actividade física fora de casa. Alude-se, por fim, às obrigações que recairão sobre o Estado perante as crianças, logo que cesse a pandemia.

Palavras-chave: geração; Covid-19; crianças; direitos; vacina.

### **Abstract**

The text studies the condition of rights of children born and grown during the Covid-19 pandemic. It is given special attention to rights allowing face-to-face contact and outdoor activities. Finally, the article stresses the future State obligations regarding children after the pandemic ends.

Keywords: generation; Covid-19; children; rights; vaccine.

## **SECÇÃO 1. GERAÇÃO COVID**

O presente texto visa avaliar o estado de alguns dos direitos das crianças que nasceram e cresceram durante o período da pandemia de Covid-19 (que se tornou visível fora das fronteiras da China em 2020 e ainda não terminou), isto é, das crianças que integram a chamada geração Covid.

Neste contexto, adere-se à definição de criança constante do artigo 1.º da Convenção sobre os Direitos da Criança: pessoa que ainda não completou os 18 anos de idade.

A expressão geração Covid começou por ser usada nas primeiras reportagens sobre a pandemia (Shoichet, 2021), tendo vindo a ser acolhida pela UNICEF (UNICEF, s.d.) e estudos científicos (Mihálik, 2021; Deeker, 2022), para aludir às pessoas que durante o período da pandemia ainda não tinham completado os 18 anos de idade e até às de idade superior que estivessem a frequentar o ensino superior. Trata-se de designação que revela a preponderância da epidemia em causa e traduz



determinada tendência de catalogação (v.g., baby boomers, para os nascidos após a II Guerra Mundial).

Os direitos das crianças pertencentes à geração Covid que aqui serão considerados, qualificados no título como antigos, correspondem àqueles que têm por objecto contacto presencial, actividade física fora de casa e ausência de doença que afecte o corpo – todos direitos não digitais, mais precisamente: o direito ao convívio com progenitores, avós e outras pessoas; o direito à participação em jogos e outras actividades recreativas no exterior; e o direito à saúde, entendido especificamente como direito a não ser contaminado pela Covid.

Deste modo, será adoptado o seguinte plano subsequente: 2. A situação pré-pandémica. 3. A situação pandémica. 4. O confinamento de direitos. 4.1. Convívio presencial com os progenitores. 4.2. Convívio presencial com os avós. 4.3. Convívio presencial com tios, primos, amigos e outras pessoas. 4.4. Participação em jogos e outras actividades recreativas. 4.5. Apreciação geral. 5. O direito à saúde da criança. 6. Em situação pós-pandémica.

## **SECÇÃO 2. A SITUAÇÃO PRÉ-PANDÉMICA**

Antes de 2020, já se alertava para o decréscimo de actividade física e do convívio presencial das crianças, por força nomeadamente do avanço digital e do novo ambiente urbano. Revela-se exemplar a tomada de posição do Comité dos Direitos da Criança (2013), que se pronunciou criticamente sobre a resistência ao uso pela criança dos espaços públicos (n.º 37) e o papel crescente dos meios electrónicos (n.º 46).

Sobre o tema do uso dos espaços públicos, em momento prévio à pandemia, o Comité assinalou duas vertentes: a tendencial comercialização de áreas públicas, que criava obstáculos ao desenvolvimento aqui de brincadeiras e actividades recreativas; e a menor tolerância à circulação de crianças em espaços públicos, perceptível na introdução de regulamentos de parques e outros espaços ao ar livre que limitavam os níveis de ruído e estabeleciam padrões exigentes de comportamento, bem como na colocação de barreiras de acesso a parques e a zonas em torno de áreas residenciais.

Relativamente ao papel crescente dos meios digitais/electrónicos, o Comité reconheceu a dimensão positiva do facto, mas sublinhou o impacto negativo da exposição excessiva da criança a tais meios, designadamente, por se poder traduzir na redução dos níveis de actividade física e no aumento da obesidade infantil e outras doenças conexas.

## **SECÇÃO 3. A SITUAÇÃO PANDÉMICA**

A entrada no período pandémico associado à Covid-19 agravou o quadro em matéria de actividade física e convívio presencial das crianças, na sequência de uma mensagem/política generalizada de distanciamento dito social e de confinamento domiciliário.

Em Portugal, os primeiros casos de Covid-19 foram detectados em 2 de Março de 2020 (<https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/09/28/covid-19-disseminacao-em-portugal/>), tendo o estado de emergência sido decretado no dia 18 do mesmo mês (Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020) e vigorado até 2 de Maio de 2020.

Neste período de vigência do estado de emergência (Pinheiro, 2020a, pp. 402-404, 2021a, p. 354), avultam três actos: o Decreto n.º 2-A/2020, de 20 de Março, que regulamenta a aplicação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República; e os Decretos n.ºs 2-B/2020, de 2 de Abril, e

2-C/2020, de 17 de Abril, que regulamentam a prorrogação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República. Os decretos impuseram o dever geral de recolhimento domiciliário, consagrando algumas excepções.

Mas mesmo antes de 18 de Março de 2020 se observava um movimento relativamente alargado de confinamento espontâneo, a que não é estranha a influência da divulgação mediática inicial do perigo associado à epidemia.

Por isso, quando foi decretado o estado de emergência, registou-se elevado cumprimento das restrições consequentes à circulação e contacto entre as pessoas, o que dispensou a necessidade de intervenção policial minimamente relevante. As ruas das povoações ficaram praticamente desertas, como se o exterior fosse totalmente hostil ao homem. A generalidade das pessoas assumiu que devia fazer um esforço para permanecer em casa até “passar o pico da pandemia”.

Até a Ordem dos Psicólogos (2020) acompanhou a tendência, disponibilizando informação escrita que permitisse aos pais e outros cuidadores motivarem as crianças a assumirem comportamentos alinhados com a nova lógica de afastamento físico e permanência no lar. Em tal tipo de informação depara-se, nomeadamente, com a seguinte passagem (p. 6):

Ficar em casa, LONGE DA ESCOLA, dos nossos AMIGOS e das ACTIVIDADES QUE GOSTAMOS de fazer é muito chato, podemos sentir-nos tristes, com saudades e aborrecidos. MAS, TAMBÉM PODE SER DIVERTIDO!

TEMOS MAIS TEMPO PARA BRINCAR todos juntos em casa, JOGAR JOGOS e fazer coisas que não costumamos fazer.

Também podemos continuar a falar e a brincar com alguns familiares e amigos fazendo VIDEOCHAMADAS.

Contudo, a emergência no campo da saúde não silenciou manifestações relativas aos efeitos (negativos) da mensagem/política de distanciamento dito social e de confinamento domiciliário sobre a condição da criança. Deste modo, Haber et al. (2021), no âmbito de pesquisa respeitante às questões que as crianças fazem aos pais sobre as consequências do coronavírus, concluem que enquanto as crianças mais velhas formulam perguntas predominantemente sobre a morte, as mais jovens interrogam os adultos sobretudo sobre as restrições, mudanças, que a pandemia implicou no domínio das suas actividades – v.g., por que razão estão impedidas de estar com os seus amigos. Num estudo português, Reis et al. (2021) apontam os efeitos do confinamento: a criança nos primeiros anos de vida que esteve em confinamento ficou com uma rede relacional limitada, circunscrita muitas vezes aos pais, divididos entre as actividades laborais e a prestação de cuidados, “o que limitou a oferta de experiências neste período de ouro de desenvolvimento”; muitas crianças deixaram de estar com os avós, figuras de referência que tinham “papel activo no seu desenvolvimento social e emocional”; em todas as faixas etárias, detectou-se decréscimo dos níveis de actividade física e desregulação dos padrões de sono, em boa parte associados ao maior tempo de exposição a ecrãs.

E, ainda no primeiro ano da pandemia, a APSI (2020) insurgiu-se contra a excessiva reacção de confinamento e distanciamento, divulgando a mensagem que a seguir se reproduz:

Neste momento as crianças e os adolescentes estão impedidos (ou pelo menos com grandes restrições) de abraçar os seus amigos, de partilhar brinquedos, de brincar livremente, de tagarelar horas a fio com os seus pares... Não podem usar o Parque Infantil ao lado da sua casa. Nem

partilhar a bola com os vizinhos. E abraçar o/a seu/sua educador/a, professor/a ou os seus avós é um ato pensado, muito ponderado e, pior, carregado de alguma culpa.

Segurança não é fechar a criança numa redoma. É garantir que a criança cresce e brinca livremente de forma espontânea, segura e saudável, com o máximo de autonomia e o mínimo de restrições possível, em ambientes estimulantes e desafiantes.

Não podemos dizer em consciência (ou de consciência tranquila) que o temos feito, sobretudo nos últimos meses.

Saúde é muito mais que a ausência de doença. É um estado de bem-estar físico, mental e social de acordo com a própria Organização Mundial de Saúde.

É urgente reavaliar as decisões que tomamos e colocar na equação, e a par da avaliação dos riscos para a saúde física da criança, os riscos para sua saúde emocional e social, considerar todos os benefícios e ganhos de reduzir ou retirar algumas das medidas existentes e definir um nível de risco aceitável que equilibre e atribua o mesmo peso a todos os direitos da criança.

## **SECÇÃO 4. O CONFINAMENTO DE DIREITOS**

Houve um conjunto de direitos das crianças que os tempos Covid restringiram, atingiram ou questionaram: convívio com os progenitores; convívio com os avós; convívio com tios, primos, amigos e outras pessoas; participação em jogos e actividades recreativas.

### **Subsecção 4.1. Convívio presencial com os progenitores**

O artigo 9.º da Convenção dos Direitos da Criança e o artigo 36.º, n.º 6, da Constituição da República Portuguesa, consagram o princípio da inseparabilidade da criança dos progenitores, que se aplica mesmo que a criança não viva com um ou ambos os pais.

No caso de progenitores que não vivam juntos, nomeadamente por se terem separado ou divorciado, o convívio com a criança está sujeito a regulação do exercício das responsabilidades parentais (Pinheiro, 2020b, pp. 285-300). Para esta matéria, é especialmente relevante no ordenamento português o artigo 1906.º do Código Civil, que menciona três modelos atinentes às responsabilidades parentais (sem excluir outros): o modelo de exercício conjunto mitigado, em que há um progenitor que reside habitualmente com a criança e outro que com ela se encontra temporariamente (n.ºs 1 e 3); o modelo de exercício exclusivo por um dos progenitores (n.º 2); e o modelo de exercício com base na residência alternada da criança com cada um dos dois progenitores (n.º 6).

Em geral, entende-se que é do interesse da criança manter uma relação de grande proximidade com os dois progenitores (artigo 1906.º, n.º 8, do Código Civil). Independentemente de o exercício das responsabilidades parentais incumbir aos dois progenitores, a um ou a nenhum deles, não se exclui, em regra, o convívio da criança com qualquer dos pais, salvo se o contacto se afigurar contrário ao interesse do filho (artigo 40.º, n.ºs 2 e 3, do Regime Geral do Processo Tutelar Cível).

Ora, ainda que a regulação do exercício das responsabilidades parentais tenha resultado de acordo entre os progenitores, por vezes, subsiste alguma conflitualidade entre os pais, que pode levar um deles a se aproveitar da situação de epidemia para obstar a que o filho esteja com o outro, invocando a saúde, o interesse superior da criança e, em período de estado de emergência, a própria imposição do dever de não circulação na via pública.

Todavia, o Estado português nunca validou a ideia de que a pandemia, sem mais, justificaria a suspensão dos contactos presenciais da criança com um dos progenitores. O artigo 5.º, n.º 1, alínea j), de cada um dos três decretos que regulamentaram a aplicação do estado de emergência (citados,

supra, na secção 3), estabeleceu que os cidadãos podiam circular em espaços e vias públicas com o propósito de cumprimento de partilha de responsabilidades parentais ou “por razões familiares imperativas”.

Seja como for, tal como não seria adequada a pura e simples suspensão do contacto presencial entre pais e filhos enquanto perdurasse a pandemia, também se apurou não ser avisada a manutenção das chamadas visitas previstas na regulação do exercício das responsabilidades parentais do progenitor que estivesse em confinamento obrigatório ou coabitasse com pessoa em confinamento obrigatório, isto é, do progenitor (ou pessoa que vivesse com o progenitor) doente com Covid-19, infectado com SARs-Cov2 ou a aguardar teste (Figueiredo, 2020, pp. 432-433). Efectivamente, é de afastar o convívio que seja perigoso para o filho, nos termos do regime da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e do artigo 1918.º do Código Civil.

Menos compreensível foi o procedimento inicialmente adoptado quanto às crianças em acolhimento residencial.

O acolhimento residencial é uma das medidas que, visando a protecção da criança, a afasta dos pais (artigos 34.º, alínea a), 35.º, n.º 1, alínea e), e 49.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo). Atendendo ao impacto restritivo desta medida, o legislador formula um enunciado de direitos que cabem à criança que se encontre em acolhimento, sendo primeiramente referido o direito de “manter regularmente, e em condições de privacidade, contactos pessoais com a família e com as pessoas com quem tenham especial relação efectiva, sem prejuízo das limitações impostas por decisão judicial ou pela comissão de protecção” (artigo 58.º, n.º 1, alínea a), da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo). Contudo, antes de ter sido decretado o estado de emergência, aludindo a “medidas extraordinárias e de carácter urgente face à situação de pandemia epidemiológica”, aprovadas pelo Conselho de Ministros em 12 de Março de 2020, a Segurança Social publicou um documento, de 16 de Março de 2020, que visava divulgar “esclarecimentos relativamente à situação dos equipamentos e respostas sociais” ([https://www.seg-social.pt/documents/10152/16722120/FAQ+IPSS+Documento10+\(002\).pdf/1e4b17bf-bb6e-4f98-8f8e-11de22c74327](https://www.seg-social.pt/documents/10152/16722120/FAQ+IPSS+Documento10+(002).pdf/1e4b17bf-bb6e-4f98-8f8e-11de22c74327)), no qual se afirmava que

Face ao estado de alerta nacional, no âmbito do qual foi decretada a suspensão de actividades lectivas e não lectivas presenciais, deverá garantir-se a suspensão temporária de todo o tipo de visitas e saídas das crianças e jovens que se encontram integradas em respostas de acolhimento residencial ou familiar. (n.º 19, primeiro parágrafo).

Excluía-se, portanto, a possibilidade de encontros presenciais das crianças acolhidas com a sua família, que o supra citado artigo 58.º, n.º 1, alínea a), da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo assegura, na falta de limitações fixadas por tribunal ou comissão de protecção.

No mesmo dito documento da Segurança Social esclarecia-se que

Devem ser contactados e devidamente informados os familiares previstos no regime de contactos das crianças e jovens, sobre esta medida preventiva de protecção da saúde e bem-estar do seu filho/familiar, dando conhecimento de que poderão contactar as crianças através de chamadas telefónicas, videochamadas, via Skype ou equivalente, por forma a manter um contacto directo com as crianças. (n.º 19, segundo parágrafo).

Só cerca de dois meses depois surgiram orientações destinadas a reestabelecer a hipótese de contactos presenciais da família com crianças acolhidas.<sup>1</sup>

### **Subsecção 4.2. Convívio presencial com os avós**

O artigo 1887.º-A do Código Civil confere particular relevância ao convívio das crianças com os avós, determinando que o contacto não pode ser vedado injustificadamente pelos pais. O preceito, que introduz um limite ao exercício das responsabilidades parentais, fundamenta-se no reconhecimento do papel dos ascendentes em segundo grau para o desenvolvimento da criança (Martins & Vítor, 2008, pp. 211-214) e na presunção de que a relação com os avós é benéfica para ela (Sottomayor, 2021, p. 255). Assim sendo, a legitimidade do afastamento da criança dos avós pressupõe causa justificada de não convívio, v.g., que o relacionamento crie ou seja susceptível de criar perigo para o neto, nos termos do artigo 3.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo<sup>2</sup> (Pinheiro, 2015, pp. 277-278).

Apesar disso, durante o período de estado de emergência, todo o convívio com não coabitantes foi desencorajado pelas regras de distanciamento social e confinamento, a não ser que se tratasse de contacto entre pais e filhos. Aliás, nenhum dos três decretos que regulamentou a aplicação do estado de emergência, identificados, supra, na secção 3, consagrou como excepção ao dever geral de recolhimento domiciliário o relacionamento entre avós e netos.

Para mais, também no sentido do afastamento dos avós, surgiu o argumento da inclusão dos idosos na categoria de pessoas mais vulneráveis à epidemia. O artigo 4.º, n.º 1, alínea a), e n.º 2, dos três mencionados decretos impôs aos maiores de 70 anos um dever especial de protecção, que restringiu a sua faculdade de circulação num grau superior ao das pessoas com idade inferior. Não obstante o artigo 72.º, n.º 1, da Constituição da República Portuguesa, dispor que as pessoas idosas têm direito a “condições de convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento e marginalização social”, elas, vivendo em casas próprias, lares ou estruturas residenciais, ficaram privadas de visitas de familiares. Isto alegadamente para defesa da saúde dos idosos.<sup>3</sup>

### **Subsecção 4.3. Convívio presencial com tios, primos, amigos e outras pessoas**

Como se afirmou anteriormente, durante o período de estado de emergência, todo o convívio com não coabitantes foi desencorajado. Por conseguinte e não obstante o disposto no artigo 5.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (que obriga os Estados Partes a respeitar as

---

<sup>1</sup> *Plano de Excepção Casas de Acolhimento*, terceira actualização, de 25-05-2020, documento que já não está disponível no sítio da Segurança Social (onde fora publicado em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/16722120/covid+19\\_plano+de+exce% c3%a7%c3%a3o+ca+v02+1+abril.pdf/f7df0b2f-05ac-498e-b9b9-b6ce5f03ce9d](http://www.seg-social.pt/documents/10152/16722120/covid+19_plano+de+exce% c3%a7%c3%a3o+ca+v02+1+abril.pdf/f7df0b2f-05ac-498e-b9b9-b6ce5f03ce9d)) e no qual se lia que, no plano de desconfinamento das casas de acolhimento, os responsáveis pelas instituições devem permitir “a realização de visitas presenciais das famílias e de outras pessoas de referência, no interior ou exterior da instituição, de acordo com o previsto na decisão da CPCJ [comissão de protecção de crianças e jovens] ou do tribunal”.

<sup>2</sup> O n.º 2 do artigo 3.º contém enumeração exemplificativa de situações em que se considera que a criança está em perigo. É o que acontece se sofrer maus tratos físicos ou psíquicos (alínea a), primeira parte); se não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal (alínea c); se estiver sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional (alínea f)...

<sup>3</sup> Assinale-se a orientação da Direcção-Geral de Saúde, de 07-04-2020, sobre procedimentos para estruturas residenciais para idosos, documento que já não está disponível no respectivo sítio (onde fora publicado em <https://www.dgs.pt/directrizesda-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092020-de-11032020-pdf.aspx>) e que, a propósito das medidas gerais para reduzir o risco de transmissão do SARS-COV-2, dizia que a instituição de acolhimento de idosos “deve comunicar que, por motivos de saúde pública, não são permitidas visitas. A presença de visitas só poderá reiniciar-se em função das normas e orientações nacionais, tendo em conta a evolução da pandemia a nível nacional, regional e local.” As instituições devem garantir os meios para que os residentes possam comunicar com os familiares, nomeadamente videochamada ou telefone” (p. 2).

responsabilidades, direitos e deveres dos membros da família alargada), o relacionamento com tios e primos foi restringido, tendo ficado abrangido pelas regras de proibição o encontro com parentes na linha colateral, que ocorria muitas vezes por ocasião de aniversários, outras festividades e tempos livres.

O encontro da criança com amigos e outras pessoas, naturalmente prejudicado pelas proibições características do período de estado de emergência, não deixou de ser dificultado posteriormente, na sequência de fixação de limites à concentração de pessoas num mesmo espaço e de uma distância mínima entre elas, em épocas juridicamente menos críticas como foram as de situação de calamidade e de alerta.<sup>4</sup>

#### **Subsecção 4.4. Participação em jogos e outras actividades recreativas**

Os impedimentos ao convívio com não coabitantes atingiram o direito à liberdade de associação, que é reconhecido pelos Estados àqueles que ainda não completaram os 18 anos de idade, nos termos do artigo 15.º, n.º 1, da Convenção sobre os Direitos da Crianças.

De facto, o artigo 15.º aplica-se no contexto do envolvimento em actividades quer políticas quer sociais, abarcando, por isso, a “associação informal e de assembleia através de família, amizades e redes sociais, on e off line”, bem como o direito de acesso a espaços públicos (Lansdown, 2022, p. 86). Ou seja, implica estar com amigos e outras pessoas não apenas “à distância”.

Mas a proibição, ou dissuasão, do convívio com os que não residam no mesmo local não se harmoniza bem com o direito de participar em jogos e actividades recreativas, inscrito no artigo 31.º, n.º 1, da Convenção sobre os Direitos da Criança.

O artigo 31.º, n.º 1, contempla o direito de brincar. E brincar constitui actividade fundamental para o desenvolvimento da criança, “é essencial para a sua saúde física e mental, faz parte do seu processo de formação como ser humano” (Amaral, 2010, p. 172)<sup>5</sup>.

Brincar ou jogar não se resume a uma actividade solitária ou actividade só com coabitantes ou terceiros que estão noutra espaço geográfico. O direito que a Convenção estabelece no artigo 15.º engloba a “faculdade de brincar no exterior, com espaço adequado e a supervisão que for indispensável; oportunidades de socializar com outras crianças, de jogar e praticar desportos com elas” (McNeill, 2020, p. 5).

---

<sup>4</sup> As declarações do estado de emergência, da situação de calamidade e da situação de alerta destinam-se a viabilizar a tomada de medidas necessárias para enfrentar hipóteses de risco anómalo. A situação de alerta pressupõe risco menos grave do que o que justifica a situação de calamidade (artigo 8.º, n.º 2, da Lei de Bases da Protecção Civil - Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho). O estado de emergência exige risco mais grave e, ao contrário das situações de alerta ou calamidade, permite a suspensão do exercício de determinados direitos e liberdades e garantias (cf. artigo 19.º da Constituição da República Portuguesa). A título ilustrativo, cite-se parte do conteúdo do anexo à Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-A/2020, de 30 de Abril, que declarou a situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença Covid-19: previsão de um dever *cívico* de recolhimento domiciliário (artigo 3.º, n.º 1); aconselhamento da não concentração de pessoas na via pública e a dispersão pela polícia de concentrações superiores a 10 pessoas (artigo 3.º, n.º 6); funcionamento de estabelecimentos de restauração para efeitos exclusivos de confecção destinada a consumo fora do estabelecimento ou entrega no domicílio (artigo 7.º, n.º 1); permissão de prática de actividade física e desportiva recreativa *até dois praticantes* (artigo 16.º, n.º 2).

<sup>5</sup> O autor prossegue

Quando brincam, as crianças recriam e repensam os acontecimentos da sua vida familiar e comunitária. Ao brincar interiorizam determinados modelos de adulto, imitam alguém, imitam uma experiência vivida na família ou em outro ambiente, servindo, por vezes, de base o relato de um colega, as cenas vistas na televisão, no cinema ou as narrações de um livro. O brincar tem uma função social, na medida em que contribui para que as crianças se integrem num determinado grupo, e uma função cognitiva, visto que ajuda o desenvolvimento social das mesmas. Por esta via, as crianças interagem com o meio, que passam a conhecer melhor, e desenvolvem a sua criatividade, a sua habilidade, a sua inteligência, a sua imaginação. Além disso, desenvolvem, por este modo, a sua personalidade e têm a oportunidade de se conhecerem melhor a si próprias, enquanto lhes é permitida a comparação com outras crianças. Enquanto brincam, compartilham mais, tornam-se menos agressivas e constroem um melhor relacionamento com suas famílias.

## **Subsecção 4.5. Apreciação geral**

Pode-se entender que as situações de não exercício dos direitos das crianças apontadas na presente secção foram, em boa medida, justificadas por valores mais elevados como a vida e a saúde das próprias e dos adultos. Aliás, tal justificação é expressamente assinalada, no artigo 15.º, n.º 2, da Convenção sobre os Direitos da Criança, como admissível para restringir o direito da criança à liberdade de associação.

No entanto, como decorre também desse preceito (e dos princípios de Direito interno), qualquer restrição deve respeitar princípios de necessidade e proporcionalidade. Terá/tem sido assim ou assistiu-se/assiste-se afinal a uma restrição excessiva?

## **SECÇÃO 5. O DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA**

A geração Covid vive/tem vivido sob o signo da preocupação com a saúde, mais precisamente com a saúde enquanto ausência de Covid-19. É esta preocupação de evitar a doença, aqui e ali obsessiva ou redutora, que determinou o que se denominou como confinamento de direitos (tema que foi analisado na secção precedente).

Ora, a vacina é apontada como um dos melhores instrumentos de prevenção da doença. A primeira viria a ser criada em Inglaterra, nos finais do século XVIII, por Edward Jenner, graças a ensaio clínico a que foi submetido James Phipps, uma criança de oito anos de idade. Após esta vacina, contra a varíola, que é tida como um dos maiores sucessos na história da Medicina, surgiram outras vacinas, cuja administração obteve enorme sucesso. A imunização é e tem sido feita principalmente em idade pediátrica, sendo visível o acréscimo do número de vacinas recomendadas. (Pinheiro, 2021b), pp. 137-139).

Na óptica da saúde pública, afigura-se desejável uma taxa elevada de vacinação. Todavia, antes da epidemia de Covid-19, verificou-se algum retrocesso, devido ao crescente número de casos de oposição parental à vacinação dos filhos, oposição que foi impulsionada principalmente pelo receio dos riscos que a vacina comporta para a saúde da criança. Mas, uma análise objectiva e global mostra que os benefícios das vacinas que integram o Programa Nacional de Vacinação superam largamente os riscos. (Pinheiro, 2021b), pp. 140-143).

Em poucos meses foram criadas e aprovadas várias vacinas contra a Covid, tendo um dos critérios de disponibilização das mesmas sido a idade (mais avançada). Em Portugal, o plano de vacinação incluiu as pessoas com 80 ou mais anos de idade na primeira fase, com início previsto para Fevereiro de 2021, e, ao longo do tempo, o procedimento foi sendo facultado à generalidade da população, por faixas etárias decrescentes (com excepção do grupo com idade inferior a cinco anos<sup>7</sup>).

Quando se abriu a vacinação ao grupo etário dos 12 aos 15 anos, surgiram dúvidas sobre o sentido da imunização das crianças contra a Covid. A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) e a Sociedade de Infecçologia Pediátrica (SIP) concluíram então (<https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=11050&op=2&ID=132>) que

---

6 Plano de vacinação contra a Covid-19, actualização de 28-01-2021, [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2021/01/Apresentacao\\_PlanoVacinacao\\_2020.01.28\\_VFINAL.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2021/01/Apresentacao_PlanoVacinacao_2020.01.28_VFINAL.pdf)

7 A excepção tem-se mantido em 2022: <https://www.natgeo.pt/ciencia/2022/01/as-criancas-com-menos-de-5-anos-ainda-nao-podem-ser-vacinadas-contra-a-covid-19-porque>

Enquanto os adolescentes com 12 ou mais anos com comorbilidades associadas a risco acrescido para COVID-19 grave devem ser priorizados para vacinação, é prudente obter toda a evidência científica possível antes da decisão final sobre a vacinação universal de crianças saudáveis.

Neste enquadramento, decorreu o caso Vera (<https://www.cmjornal.pt/sociedade/detalhe/pai-de-vera-cede-a-recusa-da-toma-da-vacina-da-covid-19>): Vera, criança de 12 anos, estava sujeita ao exercício de responsabilidades parentais de dois progenitores separados; o pai propunha-se vaciná-la contra a Covid-19 e a mãe opunha-se; para fazer valer a recusa da vacina em apreço (e apenas esta, dado que a criança tinha em dia a vacinação contemplada no programa português de vacinação), ao arrepio do que estava determinado na regulação do exercício das responsabilidades parentais, Vera não foi confiada ao pai em 16 de Agosto de 2021, tendo acompanhado a mãe durante seis semanas de existência clandestina (vivendo em casa de amigos, alojamentos locais e apartamentos arrendados); finalmente, a criança apareceu na escola em que estava matriculada quando se iniciou o ano lectivo, tendo o dissenso parental sido submetido a decisão judicial; na sequência da intervenção do tribunal, em que Vera, ouvida, manifestou vontade de não ser vacinada contra a Covid, o pai concordou em não proceder à imunização.

No início de 2022, a vacina foi disponibilizada ao grupo etário dos 5 aos 11 anos. Acrescente-se que, no final do ano precedente, a orientação da SPP e da SIP mudara substancialmente (<https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=11080&op=2&ID=132>)

As vacinas contra a COVID-19 são seguras e eficazes, protegem contra doença grave e reduzem a transmissão da infecção, embora não a impeçam por completo. A vacinação contra SARS-CoV-2 foi avaliada num ensaio clínico em crianças dos 5 aos 11 anos de idade, no qual foram vacinadas 1517 crianças. Os resultados mostraram que é segura e eficaz contra a COVID-19, tal como noutros grupos etários, pelo que foi já aprovado o seu uso pela FDA e se aguarda aprovação pela EMA.

## **SECÇÃO 6. EM SITUAÇÃO PÓS-PANDÉMICA**

Num contexto pós-pandémico, cuja ocorrência é desejável e susceptível de estar algo dependente do grau de adesão do conjunto da população à vacina contra a Covid-19, as restrições aos direitos das crianças assinaladas, supra, na secção 4, devem cessar, até porque não favorecem o desenvolvimento e o bem-estar da criança.

Mas mais do que isso: ao Estado incumbe a obrigação de efectivar/dinamizar os direitos cerceados, nos termos do artigo 4.º da Convenção do Direito sobre as Crianças e do artigo 69.º, n.º 1, da Constituição da República Portuguesa. Aquele artigo estabelece que os Estados Partes se comprometem a tomar todas as medidas necessárias à realização dos direitos reconhecidos pela Convenção; o outro preceito, constante da Lei Fundamental, incumbe o Estado português de proteger as crianças, com vista ao seu desenvolvimento integral.

Deste modo, impõe-se enorme investimento discursivo e económico: uma intensa campanha em prol da aproximação social/física e uma grande aplicação de recursos em parques e equipamentos recreativos e de convívio.

## **REFERÊNCIAS**

Amaral, Jorge Pais do. (2010). A criança e os seus direitos. In Armando Leandro, Álvaro Laborinho Lúcio & Paulo Guerra (Coords). Estudos em homenagem a Rui Epifânio. 163-176.



APSI (Associação para a Promoção da Segurança Infantil). 2020. Direitos das crianças em tempos de Covid-19. <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/noticias/310-direitos-das-criancas-em-tempos-de-covid-19>

Comité dos Direitos da Criança. (2013). General comment No. 17 (2013) on the right of the child to rest, leisure, play, recreational activities, cultural life and the arts (art. 31). <https://www.refworld.org/docid/51ef9bcc4.html>

Deeker, Wayne. (2022). The Covid generation: the effects of the pandemic on youth mental health. Horizon: The EU Research & Innovation Magazine, 20/01/2022, <https://ec.europa.eu/research-and-innovation/en/horizon-magazine/covid-generation-effects-pandemic-youth-mental-health>

Figueiredo, Pedro Raposo de. 2020. Exercício das responsabilidades parentais em tempo de pandemia e de isolamento social. In AA.VV. Estado de Emergência – Covid 19: Implicações na Justiça (2.<sup>a</sup> edição). 432-433, CEJ – Centro de Estudos Judiciários. <https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=GI3pNomaeQc%3d&portalid=30>

Haber, Amanda S. et al. 2021. «Why Can't I See My Friends and Family?»: Children's Questions and Parental Explanations About Coronavirus. Mind, Brain, and Education, 16, 54-61. <https://doi.org/10.1111/mbe.12309>

Lansdown, Gerison (2022). Article 15: The Right to Freedom of Association and Assembly. In Ziba Vaghri, Jean Zermatten, Gerison Lansdown & Roberta Ruggiero (Editors). Monitoring State Compliance with the UN Convention on the Rights of the Child: An Analysis of Attributes. 85-92. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-84647-3>

Martins, Rosa, & Vítor, Paula Távora. (2008). A propósito do «direito de visita» dos avós no contexto português – Algumas reflexões acerca do seu fundamento e natureza jurídica. In Tânia da Silva Pereira & Guilherme de Oliveira (Coords). O cuidado como valor jurídico. 207-217. Editora Forense.

McNeill, Sophie. (2020). Article 31 of the CRC – The Right to Play, Rest and Leisure: A Forgotten Right for Children? King's Student Law Review, vol. 10, no. 2, 2-17.

Mihálik, Jaroslav. (2021). Generation Covid-19: Another Brick in the Wall? EJTS European Journal of Transformation Studies, V. 9, No. 2, 169-186. DOI: 10.5604/01.3001.0015.7457

Ordem dos Psicólogos. (2020). Como explicar a uma criança a importância das medidas de distanciamento social e isolamento. [https://www.ordemdos psicólogos.pt/ficheiros/documentos/covid\\_19\\_criancas\\_.pdf](https://www.ordemdos psicólogos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_criancas_.pdf)

Pinheiro, Jorge Duarte. 2015. A relação entre avós e netos. In Pinheiro, Jorge Duarte. Estudos de Direito da Família e das Crianças. 255-282. AAFDL.

Pinheiro, Jorge Duarte. (2020a). Direito da Família-20 e Covid-19. Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa/Lisbon Law Review, LXI/1, 353-363. <https://drive.google.com/file/d/1VvTwJOIBGoTGH-PGEuafym-gBI9iXmV4/view>

Pinheiro, Jorge Duarte. (2020b). O Direito da Família Contemporâneo (7.<sup>a</sup> ed.). Gestlegal.

Pinheiro, Jorge Duarte. (2021a). O impacto do coronavírus de 2019 (Covid-19) no Direito da Família português de 2020. Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva (Belo Horizonte, Brasil), n.43, 401-412. <http://npa.newtonpaiva.br/direito>

Pinheiro, Jorge Duarte. (2021b). Temas de Direito Pediátrico. Gestlegal.

Reis, Pedro dos et al. (2021). Impacto do Confinamento em Crianças e Adolescentes. Acta Med Port Apr;34(3):245-246. <https://doi.org/10.20344/amp.15854>

Sottomayor, Clara. (2021). Regulação do exercício das responsabilidades parentais nos casos de divórcio (7.<sup>a</sup> ed.). Almedina.

Shoichet, Catherine. (2021). Conheça a Geração C, a geração Covid. CNN Brasil, 13/03/2021 (actualizado 02/09/2021). <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/conheca-a-geracao-c-a-geracao-covid/>

UNICEF. (s.d.). Generation COVID: Respond. Recover. Reimagine. <https://sites.unicef.org/generation-covid/>

## What Happens When The Family Falls III

José Carlos Carvalho

*Escola Superior de Enfermagem do Porto / CINTESIS (Portugal)*

*zecarlos@esenf.pt*

### Resumo

Os filhos dos doentes com doença mental crónica, têm sido vistos como um grupo de risco no que respeita à sua saúde mental em resultado da exposição à doença do progenitor e/ou do risco genético.

Esta, é uma breve abordagem da nossa visão, do que acontece à família, quando um dos seus membros adoece. Resulta da investigação efetuada e em parte, do nosso trajeto de acompanhamento de estudantes em ensino clínico e nos seus percursos formativos.

A investigação, teve como objetivo o estudo das repercussões da esquizofrenia no(s) filho(s) com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos e com contacto regular com o progenitor doente, com base num estudo de natureza quantitativa, analítico e descritivo, com uma amostra constituída por 38 famílias (38 doentes com esquizofrenia, 25 cônjuges e 50 filhos), identificados num hospital psiquiátrico do Grande Porto. Efetuado estudo com grupo de controlo (crianças emparelhadas por idade e sexo, no total de 50). Colheita de dados com a utilização de um conjunto de instrumentos de avaliação e com entrevistas aos participantes. Todas as questões éticas foram salvaguardadas, de acordo com a declaração de Helsínquia.

Os doentes estudados, apresentaram bons índices de funcionalidade, os cônjuges centraram a sua preocupação no bem-estar dos doentes e na manutenção da relação, uma vez que valorizaram muito a relação e a coesão familiar, sendo um bom suporte e alicerce familiar. Os resultados, permitiram-nos perceber, que apesar de algumas dificuldades, as famílias apresentaram-se como funcionais (flexíveis e unidas na sua maioria).

Palavras-Chave: Doença Mental; Esquizofrenia; Família; Relações Pais-Filhos.

### Abstract

The children of patients with chronic mental illness have been viewed as a risk group regarding their mental health because of the exposure to the parent's illness and/or genetic risk.

Thus, we sought to perform a brief approach to understand what happens to the family when one of its members falls ill. This work is the result of the research carried out alongside the experience of accompanying students in their clinical teaching and training.

The research aimed at studying the repercussions of schizophrenia on children aged between 6 and 18 years and in regular contact with the ill parent. A quantitative, analytical and descriptive study was conducted with a sample of 38 families (38 patients with schizophrenia, 25 spouses and 50 children) recruited from a central psychiatric hospital in Porto. Sampling for the control group included 50 children matched by age and gender. Data were collected through several assessment instruments and interviews with the participants. The study followed the recommendations of the Helsinki declaration.

The results showed good indices of functionality, with the spouses focusing their concern on the patients' well-being and on maintaining the relationship, considered the pillar for strong family ties and cohesion. Despite the difficulties experienced by families, the produced outcomes revealed the existence of functional families, mostly flexible and cohesive.

Keywords: Mental Illness; Schizophrenia; Family; Parent-Child Relationship.

## INTRODUÇÃO

Os estudos epidemiológicos demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais (Portugal, 2008).

No relatório para a saúde mental da OMS, uma em cada quatro famílias tem pelo menos um elemento que sofre atualmente uma perturbação mental ou comportamental, sendo reforçada esta importância pela Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS - Região Europeia, que referem, que “uma em cada cinco crianças apresenta problemas de saúde mental, alertando para o facto de esta situação tender a aumentar” (Portugal, 2008). Em parte, pelo envelhecimento da população, pelo agravamento dos problemas sociais e económicos, assim como pela desinstitucionalização do doente e ao conseqüente aumento das dificuldades e da sobrecarga familiar.

A esquizofrenia, sendo uma entidade emblemática na Saúde Mental e na Psiquiatria, encontra-se entre os dez principais motivos de sobrecarga social a longo prazo, com taxas de prevalência na população mundial, que não chegam regra geral a 1%. As pessoas com esquizofrenia requerem uma maior atenção psiquiátrica a longo prazo, ocupam cerca de 25% do total das camas psiquiátricas e representam 50% dos internamentos nas clínicas psiquiátricas (Mueser & McGurk, 2004).

Sendo uma síndrome heterogénea, afeta a capacidade do doente a diferentes níveis, nomeadamente da linguagem, da percepção, do pensamento, do afeto e da vontade. Uma das entidades nosológicas de carácter crónico, que desperta grande preocupação, muito associada à sobrecarga evidente para a família e para a sociedade.

A presença de uma doença como a esquizofrenia no seio familiar altera todo o percurso familiar e coloca em evidência algumas das dificuldades e fragilidades do doente e de toda a família.

Estão sujeitas a uma significativa quantidade de diversidades e dificuldades, resultantes da doença e da pressão do meio ambiente. A perda de competências, os défices neuro cognitivos, a terapêutica e os seus efeitos colaterais, a sintomatologia, o estigma..., tornou o doente com esquizofrenia mais dependente de terceiros.

As mudanças sociais, diminuíram o tradicional apoio proveniente de vizinhos e da família alargada, vendo-se estas famílias obrigadas não só a proporcionar o apoio físico e emocional, como a suportar o impacto negativo da estigmatização e discriminação a que estão sujeitos.

A família é a unidade suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas para estes doentes, possui uma especial importância, pela necessidade acompanhamento e de cuidados.

O Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), numa análise à situação em Portugal, faz uma especial referência à:

- reduzida participação de utentes e familiares
- limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis
- quase total ausência de programas de promoção/prevenção
- escassa produção científica no setor da Psiquiatria e Saúde Mental (Portugal, 2008).

Neste sentido, sendo a família a entidade que devia preencher as necessidades emocionais e psicológicas de todos os seus elementos, assim como preparar os filhos para uma existência

autónoma, alguns investigadores têm dedicado o seu estudo às questões da família: da sobrecarga da doença na família, nos cuidadores e no peso que ela representa para a sociedade.

De acordo com Marques-Teixeira et al. (2006), 64,4% dos doentes portugueses com esquizofrenia vivem dependentes da família e em toda a Europa, encontram-se entre os mais dependentes da família.

Dos resultados disponíveis, em 2010, sobre a saúde mental portuguesa, um estudo epidemiológico concluiu que 43% dos portugueses já sofreu perturbações mentais, dos quais, quase 23% dos portugueses tiveram uma doença mental nos 12 meses anteriores ao inquérito, valor elevado que coloca Portugal no topo entre os países europeus e próximo dos Estados Unidos (26,4%).

Na presença de uma doença como a esquizofrenia, não é apenas o indivíduo que sofre, mas também toda a sua família, o que vai originar um anormal funcionamento familiar e ao mesmo tempo, potenciar o aparecimento de sintomatologia em um ou mais dos seus membros, pelo que a importância do envolvimento familiar no processo terapêutico, revela-se fundamental no processo de recuperação do doente.

De acordo com a WHO (2006), a aproximação e integração do indivíduo com esquizofrenia no sistema familiar, contribuiu para a diminuição do número de hospitalizações e recaídas, para o aumento da adesão às diferentes opções de tratamento, na diminuição da taxa de criminalidade entre os doentes com esquizofrenia e na diminuição dos gastos governamentais na área da saúde mental.

Todas as famílias, de uma forma individual sofrem com a presença de uma doença mental, por desesperança, por impotência, por medo e ansiedade no futuro (Martens & Addington, 2001).

A doença crónica, é sempre motivo de preocupação, no entanto, quando a doença de um dos membros da família é do foro da saúde mental, é vivenciada pelos familiares de forma mais dramática, como se de um processo de “luto” se tratasse.

Os comportamentos inapropriados de muitos doentes mentais, associados à falta de informação sobre a doença, são causas frequentes de *stress* e tornam a família mais suscetível a episódios de ansiedade, entre outras.

A imprevisibilidade que ocorre na relação com o doente com esquizofrenia, tem um efeito profundo nos membros da família.

É exatamente aqui que a família ganha relevância, uma vez que quando um dos membros da família adoece, todos os seus membros são afetados, verificando-se uma alteração nas suas atividades sociais normais, como consequência do cuidado ao familiar doente.

A família vivencia emoções muito fortes, de tristeza, associadas a sentimentos de perda das perspetivas de futuro... em que todas as dificuldades têm de se superadas e exigente adaptação de toda a família. Por estes motivos, os estudos centrados na dinâmica familiar do doente mental e mais especificamente, do doente com esquizofrenia, têm vindo a aumentar.

Após o impacto inicial, a família inicia um processo de adaptação visando manter um equilíbrio nas relações familiares. As exigências da doença requerem a aquisição de estratégias de *coping* e uma consciência da patologia, da sua evolução, que é imprevisível, assim como uma nova forma de compreender o que é ser família.

É consensual que uma das funções da família é a de promoção da educação e da integração social das crianças e dos seus membros, ainda que a unidade familiar pode ou não incluir crianças, e os seus membros podem viver ou não juntos (Stuart & Laraia, 2001).

Existem limites para descrever o desenvolvimento familiar de modo preciso, absoluto e universal, no entanto, verifica-se que cada família é única e que, entre as várias famílias, diferem no que respeita à contextualização da própria família (Wright & Leahey, 2009).

De uma outra forma, podemos afirmar que a família tem como funções:

- Gerar afetos
- Proporcionar a segurança e aceitação pessoal
- Proporcionar a satisfação e sentimento de utilidade
- Assegurar a continuidade das relações
- Proporcionar a estabilidade e a socialização
- Proteger a saúde dos seus membros

Com o movimento de desinstitucionalização dos doentes mentais, observou-se que estes passaram a viver com a família, nas suas próprias casas, mudando-se o “*locus de cuidados do hospital para a comunidade aumentando-se as oportunidades de incluir as famílias e outros cuidadores informais, como sendo aqueles que lidam com a esquizofrenia*” (Laidlaw *et al.*, 2002:303).

Aliado à desinstitucionalização do doente mental, os períodos de internamentos tornaram-se gradualmente mais curtos, pelo que as famílias, têm sido mais solicitadas, a participar como cuidadores e ao mesmo tempo verifica-se uma maior consciencialização e valorização da importância do papel exercido pelas famílias (Bandeira & Barroso, 2005).

Esta crescente valorização da família e do seu papel como cuidadora, fomentou também o crescimento da investigação relativa à família da pessoa com doença mental grave e ao com o tempo foi-se alterando a perspectiva de olhar para a família.

O conceito de sobrecarga “*burden*” tem sido objeto de grande interesse por parte da comunidade científica e tem sido usado para designar a sobrecarga, quer da família, quer do cuidador.

Esta “sobrecarga” ou “fardo”, é assim designada pelo facto da família passar a colocar as suas próprias necessidades e desejos em segundo plano.

O impacto da doença mental atinge um amplo espectro de dimensões da vida familiar, em que estas se vêm agora confrontadas, com problemas que não tinham, com dificuldades que encontram no seu desempenho, enquanto cuidadoras (Tessler & Gamache, 2000).

A perceção dos próprios doentes foi favorável, no estudo de Perreault *et al.* (1999), a um maior contacto dos seus familiares com os serviços de saúde mental e a uma maior participação da família no seu tratamento. Ficou evidenciado que a participação da família constitui uma dimensão importante da satisfação dos doentes com os serviços de saúde mental. Considerando-se que a satisfação dos doentes pode contribuir para uma melhor adesão ao regime terapêutico e favorecer um impacto mais positivo dos serviços de saúde mental, o envolvimento dos familiares, torna-se ainda muito mais pertinente.

A funcionalidade familiar pode ser descrita como o desenvolvimento, a afetividade e a capacidade de resolução da família junto aos seus membros. O funcionamento da família deve ser definido em termos de interação e coesão do sistema familiar. O modelo circunplexo de Olson, ou modelo do sistema conjugal e familiar, é um dos modelos utilizados na investigação, sendo importante para o diagnóstico das relações familiares, uma vez que se centra em dimensões que são relevantes nos modelos de abordagem familiar e na terapia familiar. A coesão e a flexibilidade/adaptabilidade são compostas por vários níveis, sendo que os níveis moderados, seriam os mais adequados para o

funcionamento equilibrado enquanto, que os níveis mais extremos poderiam ser considerados como mais problemáticos (Olson, 1991).

As famílias equilibradas possuem e utilizam melhor os seus canais de comunicação do que as famílias extremas. Capacidades comunicacionais positivas (empatia, escuta e apoio), permitem aos membros da família partilharem uns com os outros as suas necessidades e preferências, enquanto, as capacidades comunicacionais negativas (mensagens duplas e criticismo), minimizam a capacidade da família de partilhar os seus sentimentos (Olson, 1986).

As famílias necessitam tanto de estabilidade, como de mudança, mantendo um equilíbrio dinâmico, pelo que os extremos são entendidos como disfuncionais, correspondendo a famílias disfuncionais ou desestruturadas.

“Normalidade” familiar é complexa pelo que será melhor falar em famílias que funcionam bem ou que tendem a funcionar bem, na maioria das circunstâncias, Bloch et al. (1994) tentaram sistematizar alguns elementos cruciais: a existência de papéis familiares bem definidos, de relações afetuosas onde impere o respeito, uma comunicação clara, aberta e direta, de regras explícitas de conduta, de capacidade de resolução de problemas e de adaptação a situações novas... (Gonçalves-Pereira, Xavier & Fadden, 2007).

Os familiares mais próximos à pessoa com esquizofrenia, são os primeiros a perceberem diferenças na personalidade e/ou nos comportamentos desse membro da família, que se processam ao nível das alterações: do apetite, do padrão de sono/repouso, do desempenho escolar ou profissional, dos comportamentos sociais, do desinteresse por atividades e passatempos que gostava... assim como alguns particularidades da doença que têm grande impacto na estabilidade familiar, como a negligência no autocuidado; a desconfiança; a existência de ideias delirantes aliados à falta de motivação, à má gestão financeira, à dificuldade para completar as tarefas, e à não adesão ao regime terapêutico.

Esta falta de interesse manifesta-se também pelo isolamento socialmente, pela maior dificuldade em entrar/continuar no mercado de trabalho (devido aos *deficits* provocados pela doença, pela presença do estigma social, pelos comportamentos não adequados e imprevisíveis...), assim como pela perda de autonomia).

As crianças que são criadas em famílias em que um dos progenitores tem esquizofrenia, assim como os seus pontos de vista raramente têm sido estudados.

Somers (2007), defende que estas crianças devem ter a mesma “chance” de vida que as outras, preconizando a necessidade de programas educativos e de apoio a estas crianças.

Defende-se que as experiências e necessidades dos filhos dos doentes devem ser analisadas pelos serviços de saúde mental da infância e adolescência, através de uma ação integrada, quer ao nível nacional, regional ou mesmo local, pelo que se reconhece, pela primeira vez na política nacional de saúde mental, os filhos de pais com problemas de saúde mental (Portugal, 2008).

Aliado ao facto de não existir acompanhamento, por vezes, ainda existe alguma marginalização das necessidades destas crianças parte dos profissionais de saúde mental (Hetherington et al., 2002).

A vulnerabilidade nos filhos de pais com esquizofrenia, pode envolver diversos fatores, desde o risco de isolamento, rutura/conflitos familiares, atraso no desenvolvimento psicomotor, assim como a exposição a diferentes manifestações da doença e situações de pobreza.

A pertinência deste estudo, deveu-se ao interesse pelo estudo da esquizofrenia e pela importância atribuída à família. O desconhecimento de trabalhos portugueses sobre este tema e a falta de

consensos nos trabalhos que têm sido publicados, nomeadamente quanto à prevalência de psicopatologia nestas crianças.

O estudo teve como finalidade, estudar os filhos e os cônjuges dos doentes com esquizofrenia e avaliar quais as repercussões que possam ter, pelo facto de um dos progenitores ter esquizofrenia.

Tivemos como objetivos, caracterizar as famílias dos doentes com o diagnóstico de esquizofrenia, que têm filhos e que mantêm contacto com eles, avaliar as possíveis repercussões nos filhos associadas à patologia, por comparação com um grupo de controlo, de crianças com pais não sofrendo de doença psiquiátrica e reunir informação que permita um melhor conhecimento das necessidades destas famílias e desta forma contribuir, para a definição de estratégias de intervenção na família.

## **METODOLOGIA**

Desenvolvido um estudo com um desenho de investigação com um carácter predominantemente quantitativo, do tipo analítico, mas com uma componente qualitativa, uma vez que na abordagem das famílias, existem questões difíceis de objetivar e quantificar e que traduzem aspetos fulcrais no seu desenvolvimento.

A população em estudo foi constituída pelos doentes com o diagnóstico de esquizofrenia, seguidos num hospital Psiquiátrico do norte do país, sendo a amostra constituída por todos os doentes da população que cumpriram os seguintes critérios de inclusão:

- Indivíduos adultos de ambos os sexos, com o diagnóstico de esquizofrenia [diagnosticados pelos clínicos responsáveis, como casos de esquizofrenia (código: 295 de acordo com o *CID 9*)] e com filhos.
- O doente a viver ou ter contacto frequente com o(s) filho(s).
- A existência de filhos biológicos
- A idade dos filhos situar-se entre os 6-18 anos, devido à validade dos instrumentos de avaliação utilizados.
- Saber ler e escrever por parte do doente e cônjuge.
- Aceitar participar voluntariamente no estudo e assinar o documento de consentimento informado.

Pelo método de seleção da amostra, conseguimos referenciar 213 (6,9%) doentes com o diagnóstico de esquizofrenia e que tinham filhos. Foi possível contactar 155 famílias (72,8%) e temos a informação da existência de 274 filhos. Foram excluídos no processo de seleção da amostra 91 doentes, devido a vários fatores, essencialmente por não cumprirem os critérios de inclusão na amostra, como doentes a viver fora do país, doentes sem contacto direto com os filhos, doentes com idades avançadas, filhos já adultos e sem contacto com os pais... e dois doentes faleceram durante o período previsto para a recolha de dados.

No final deste processo de seleção, conseguimos identificar como participantes no estudo 38 famílias de doentes, com o diagnóstico de esquizofrenia e que têm filhos, divididas por três grupos, 38 doentes com o diagnóstico de esquizofrenia e que têm filhos, 25 cônjuges dos doentes e 50 filhos dos doentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos.

Foi também constituído um grupo de controlo de crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, em que os progenitores não possuíam doença mental, emparelhados em função das idades e do sexo dos filhos dos doentes com esquizofrenia.

Na colheita de dados, necessitamos de informações que podem ser obtidas através de uma entrevista estruturada, sobre os dados sócio demográficos e os dados clínicos (doença, tempo de doença, duração da sintomatologia ou evolução da doença, história de vida...).

Para ajudar na caracterização dos diferentes grupos que participaram no estudo, foram utilizados os seguintes Instrumentos de colheita de dados:

Para o doente com esquizofrenia, para além da entrevista estruturada, um questionário sociodemográfico e o FACES IV. Para o estudo do cônjuge, foi utilizada a mesma estratégia, com mais a avaliação da família pelo índice de Graffar e o Inventário neuropsiquiátrico e o instrumento de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-Bref e o Questionário Problemas Familiares (PFPQ).

Para os filhos, foram o *Child Behavior Checklist* for ages 6-18 (CBCL 6-18); *Youth Self Report* (YSR 11-18) e o *Family Relations Test* (FRT versão longa/curta).

De todos os instrumentos utilizados conforme descrito, salientamos o Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV), de Gorall, Tiesel & Olson, (2006). O FACES IV é um questionário individual de autoavaliação do funcionamento familiar, composto por 62 questões, 52 sobre em que medida está de acordo com as afirmações e 10 questões sobre o grau de satisfação que apresenta relativamente à sua família (Olson & Gorall, 2006).

Permite comprovar as relações entre as dimensões coesão, flexibilidade e a satisfação familiar e tem como objetivo, avaliar a validade do “modelo circunplexo”, modelo de avaliação familiar que relaciona a prática clínica, a teoria e a investigação. As duas dimensões centrais são: a coesão e a adaptabilidade/flexibilidade da família.

Carateriza as famílias quanto aos níveis de coesão e de flexibilidade/adaptabilidade, assim como os níveis de satisfação e de comunicação familiar na perspetiva do doente, do cônjuge e dos filhos. Estes níveis estão divididos em cinco categorias (entre muito baixo, baixo, moderado, alto e muito alto) para a maioria das dimensões e em três categorias para o nível de coesão (pouco unida, unida e muito unida), assim como para a adaptabilidade (pouco flexível, flexível e muito flexível).

Quanto aos pressupostos éticos que devem nortear qualquer investigação, foram respeitados todos os princípios éticos, de acordo com o protocolo de Helsínquia.

Uma vez que se trata de uma população sensível, todos os participantes foram informados sobre os objetivos e finalidades do estudo a desenvolver, assim como da possibilidade de desistência sem prejuízo para o próprio ou para os outros membros da família, acesso aos resultados e garantia de confidencialidade. Para o grupo de controlo, todos tiveram autorização prévia dos encarregados de educação.

## RESULTADOS

Num trabalho de investigação é normal haver diferentes níveis e uma vastidão de resultados, pelo que neste espaço, pretendemos apenas destacar aqueles que consideramos mais pertinentes para esta abordagem do que acontece à família, quando um dos seus membros adoecer:

A amostra dos doentes, foi constituída por 38 indivíduos, com uma média de idade de 40,9 anos; sendo 52,6% do sexo feminino; 60,5% eram casados, com uma escolaridade inferior ou igual ao 9º ano de 84,4%, com o tempo de doença (esquizofrenia), ou seja, o espaço de tempo desde que foi diagnosticada a doença até à data do estudo, teve uma amplitude de 30 anos [2-32], com uma média de anos de doença mental de 11,95 anos com um desvio padrão de 8,32 anos, encontrando ativos em 47,4% da amostra, com agregados familiares em que as famílias nucleares representavam



42,1%, de classe média baixa em 47,4% e com um contacto diário com os filhos na ordem dos 76,3%. Anterior ao diagnóstico de doença, verificou-se que 66,7% iniciaram uma relação conjugal e que o nascimento filhos ocorreu em 61,8% das famílias.

A amostra dos cônjuges, foi constituída por 25 indivíduos, com uma média de idade de 42,6 anos, maioritariamente do sexo masculino (60%), casados (88%), ativos profissionalmente (76%) com uma escolaridade igual ou inferior ao 9º em 80% da amostra, tendo referido acompanhamento Psiquiatria em 16% e que referiram uma alteração relação familiar em 62,5% das famílias.

Relativamente aos filhos, tivemos a informação da existência de 274 filhos dos 213 doentes com esquizofrenia, com idades compreendidas entre 1 e 50 anos, dos quais com a idade inferior a 6 anos - 27 crianças, entre os 6-18 com 94 crianças/adolescentes e com idades superiores a 18anos, com 143 filhos adultos.

Inquiridos sobre com quem vivem os filhos, 119 (63,3%) responderam que vivem com o progenitor doente (quer seja mãe ou o pai). Nas situações em que os filhos vivem apenas com um dos progenitores, é a mãe que representa este papel no maior número de vezes, em relação ao pai. A viver com outros familiares (avós, tios, padrinhos) existem 14 filhos, com uma média de idade de 12,5 anos.

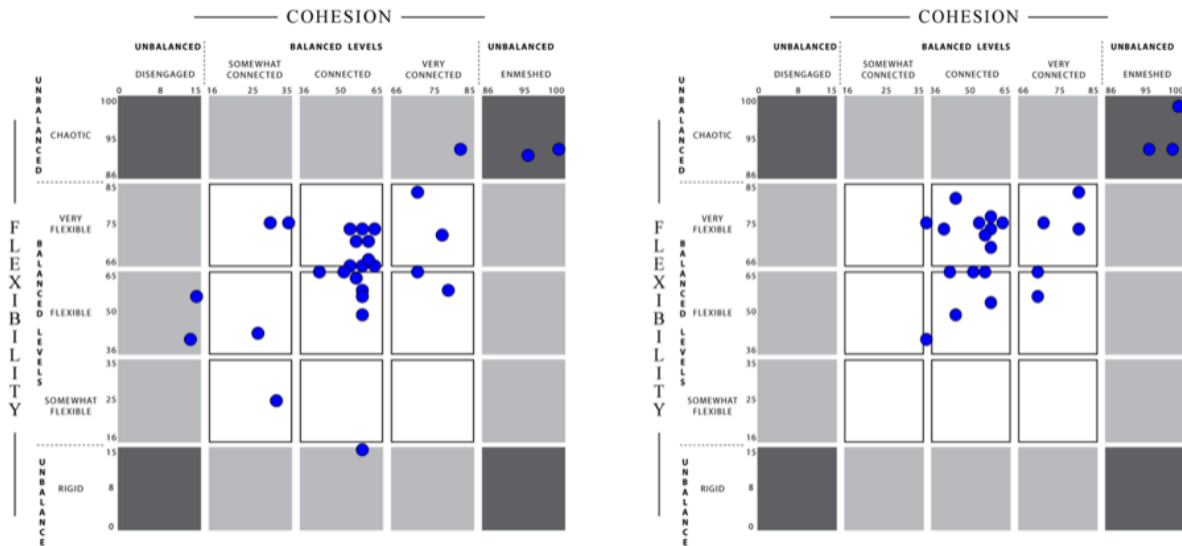
A existência de filhos que estão institucionalizados/tutela do tribunal de menores, em 8 casos, com uma média de idade de 11,2 anos [7-17]. Verifica-se que é nestas duas situações, que a média de idade dos filhos é mais baixa.

Fizemos a opção de distribuir no esquema original, os resultados obtidos pelos doentes/cônjuge. Verifica-se que a grande maioria dos resultados, situa-se dentro da superfície branca, correspondente aos tipos de família equilibrados ou balanceados.

Na perceção do doente, existem 2 casos em que a família é caótica e emaranhada, pontos localizados no quadrante superior direito. Restantes casos muito dispersos ainda que maioritariamente dentro do espaço branco, considerado como adequado.

Pela perceção do cônjuge, verifica-se a existência de 3 casos em que a família é caótica e emaranhada, resultados no quadrante superior direito do diagrama. Os resultados estão curiosamente mais concentrados e localizados no lado direito do diagrama, mais conectados e coesos.

**Figura 1 – Modelo Circumplexo e FACES IV, com representação dos resultados dos doentes / cônjuges**



(Fonte: Adap. Faces Iv Package - Olson, 2009:21)

Pela análise de frequências, verificamos que os cônjuges percebem a sua família como uma família unida (65,2%), muito flexível (82,6%) com um nível de comunicação familiar moderado (43,5%) ou alto (39,1%), no entanto referem também um baixo nível de satisfação familiar (56,6%). Os resultados, apontam para um baixo (56,5%) nível de emaranhamento, com um nível de desmembramento muito baixo (56,5%), com níveis de rigidez moderados (43,5%) ou baixo (34,8%) e com um nível caótico baixo (47,8%) ou muito baixo (47,8%).

Pela análise do tipo de família, podemos verificar algumas semelhanças na forma como o doente e o seu cônjuge percebem a sua família, mesmo quando esta apresenta evidência de ser considerada não equilibrada.

Verificamos uma distribuição das variáveis pelos filhos, podendo ser feita a análise ou identificados como fatores “problema” ou indicadores de vulnerabilidade:

- Qual dos progenitores é o doente
- Idade da criança
- Sexo da criança
- O facto de residir apenas com o progenitor doente
- O facto de residir com familiares ou estar institucionalizado
- O encaminhamento para Pedopsiquiatria
- Estar a fazer terapêutica específica - psicofármacos
- Ter a ocorrência de reprovações
- Pontuar valores elevados no CBCL e/ou no YSR acima do ponto de corte

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Da análise dos resultados e da discussão à luz da evidência, ficou claro que os filhos dos grupo experimental, que apesar de algumas dificuldades decorrentes de ter um progenitor doente, as crianças do Grupo em Estudo (GE) estão expostas a um maior número de fatores de vulnerabilidade e risco (reprovações, acompanhamento por Pedopsiquiatria, recurso a psicofármacos), que o Grupo Controlo (GC), para além da esquizofrenia de um dos progenitores, apesar dos resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nas manifestações psicopatológicas.

Que os doentes estudados, apresentam bons índices de funcionalidade, o que se compreende pela constituição, manutenção e funcionalidade das suas famílias. Revelam uma preocupação acrescida na proteção dos seus descendentes, no que diz respeito a os expor ao rótulo da doença mental e à guarda legal.

E que os cônjuges centram a sua preocupação no bem-estar dos doentes e na manutenção da relação sendo uma nota importante a ter em conta, uma vez que valorizam muito a relação e a coesão familiar, sendo um bom suporte e alicerce familiar.

Apesar de algumas dificuldades, como o baixo nível socioeconómico, baixa formação escolar/académica e consequentes dificuldades laborais ou de acesso ao mercado do trabalho, as famílias apresentam-se como funcionais (flexíveis e unidas na sua maioria).

Uma vez que os filhos dos doentes com esquizofrenia têm sido vistos como um grupo de risco no que respeita à sua saúde mental em resultado da exposição à doença do progenitor e/ou do risco genético, Consideramos ser consensual, a necessidade de abordagens integradas para a esquizofrenia, que incluam todos os elementos da família, dando especial ênfase aos descendentes de modo a prevenir eventuais repercussões do processo saúde/doença, reforçando a importância de continuar a desenvolver investigação neste âmbito.

Compreendemos que existe um impacto da doença nos filhos, uma vez que o relacionamento entre os pais com transtornos mentais e as crianças, é complexo e influencia o desenvolvimento por interação de múltiplos fatores. Que existem fatores, que estão associados à doença mental parental, com o a exposição a situações de risco, como o passado com história de negligência/abuso, a criança estar envolvida na doença dos pais, a baixa funcionalidade parental, assim como o conflito parental, envolvendo a criança.

Por outro lado, são indicadores da vulnerabilidade da criança: os atrasos de crescimento, as dificuldades na aprendizagem, os graves transtornos da personalidade e o abuso substâncias (Clarke, 2008).

Que apresentam bons índices de funcionalidades, manifestados pela constituição, manutenção e funcionalidade das suas famílias e pelo número significativo de doentes profissionalmente ativos. Não evidenciaram comportamentos aditivos ou de comorbilidade psiquiátrica associada.

Revelaram uma preocupação acrescida na proteção dos seus descendentes, no que diz respeito a os expor ao rótulo da doença mental e à guarda legal, centraram a sua preocupação no bem-estar dos doentes e na manutenção da relação, valorizam muito a relação e a coesão familiar e apresentaram uma boa perceção da qualidade de vida que se traduz pela boa adaptação ao processo de doença do cônjuge.

Na perspetiva do cônjuge, salientaram a grande necessidade de informação da doença e da sintomatologia associada e manifestaram a negligência das atividades de lazer/distração como um dos aspetos mais negativos neste processo.

No global, apesar de algumas dificuldades, as famílias apresentam-se como funcionais (flexíveis e unidas). Os filhos dos doentes com esquizofrenia não apresentam manifestações psicopatológicas significativas, pelo facto de ter um progenitor doente.

Os resultados da investigação, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, ainda que existam algumas diferenças perceptíveis, mas, apesar de tudo, a ausência de evidência, não é evidência de ausência.

Das principais questões de reflexão que emergiram a partir dos resultados, salientamos a necessidade de acompanhamento e investigação nesta área e a integração de todos os elementos da família. Continuar a contribuir para a redução do estigma junto da população e em especial, junto dos profissionais de saúde.

O trabalho nos processos familiares, permitirá em especial aos enfermeiros, intervir e facilitar a adaptação da família à doença mental (esquizofrenia).

No processo de seleção da amostra, deparamo-nos com inúmeras dificuldades. Estudar um grupo de doentes com esquizofrenia, reveste-se de algumas dificuldades, pelas características do doente e da própria doença, mas ao acrescentar a necessidade de estes doentes, terem filhos com idades bem definidas e de manterem contacto com eles, foram demasiadas condicionantes, ainda que muito gratificante sob o ponto de vista da aprendizagem e das relações humanas.

## REFERÊNCIAS

- Bloch, S., Hafner, J., Harari, E., & Szmukler, G. (1994). *The family in clinical psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Carvalho, Á. A. D., Mateus, P., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Oliveira, A. L., Alves, M. I., & Martins, J. (2016). Portugal Saúde Mental em Números, 2015. *Portugal Saúde Mental em Números, 2015*, 5-113.
- Carvalho, J. C. (2012). *Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e cônjuge*. [Schizophrenia and family: repercussions on children and spouse]" PhD Thesis.
- Carvalho, J.C. (2015). A família e as pessoas com experiência de doença mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14:6-8. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602015000300001](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000300001).
- Carvalho, J.C.; Freitas, Paula Pinto; Leuschner, António; Olson, David H.(2014). Healthy Functioning in Families with a Schizophrenic Parent. *Journal of Family Psychotherapy* 25,1: 1-11. <http://dx.doi.org/10.1080/08975353.2014.881685>.
- Carvalho, J.C.; Leuschner, A.; Freitas, P. (2009). "Caracterização dos doentes com esquizofrenia e que têm filhos". *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2: 51-56.
- Clarke, L. (2008). *Child & Youth Mental Health Services - Children of Parents with Mental Illness (COPMI) - Best Practice Guide (Draft Document)*. from <http://www.parentalmentalillness.org/CYMH%20Best%20Practice%20Guide%20with%20COPMI-%20web%20version.pdf>
- Gonçalves-Pereira, M. (2010). *Famílias de pessoas com síndromes psicóticas. Análise dimensãoal e avaliação da efectividade de uma intervenção em grupos de familiares*. (Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa).
- Hetherington, R., Baistow, K., Katz, I., Mesie, J. & Trowell, J. (2002). *The Welfare of children with mentally ill parents: learning from inter-country comparisons*. New York: John Wiley & Sons.
- Laidlaw, T., Coverdale, J., Fallon, I. & Kydd, R. (2002). Caregivers' Stresses When Living Together or Apart from Patients with Chronic Schizophrenia *Community Mental Health Journal*, 38(4).

- Marques-Teixeira, J., Pereira, A., Silva, A., Marieiro, A., Humberto, J. & Guerreiro, M. (2006). Caracterização de doentes portugueses com esquizofrenia: resultados da avaliação do estudo observacional SOHO no início do estudo. *Saúde Mental*, VII(4), 13-21.
- Martens, L. & Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 128-133.
- Mueser, K. & McGurk, S. (2004). Schizophrenia. *Lancet*. Jun 19;363(9426):2063-72.
- Olson, D. & Gorall, D. (2006). FACES IV & the Circumplex Model.
- Olson, D. (1991). Three dimensional circumplex model and revised scoring of FACES III. *Family Process*, 30, 74-79.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of marital & family Therapy*, 3(1), 64-80.
- Perreault, M., Paquin, G., Kennedy, S., Desmarais, J. & Tardif H. (1999). Patient's perspective on their relatives involvement in treatment during a short-term psychiatric hospitalization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 157-165.
- Portugal, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde (2008) Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 56 p.
- Tessler, R. & Gamache, G. (2000). *Family Experiences with Mental Illness*. Westport: Auburn House.



# Oral Communications and Posters

## ICCA2022-10006 - Violência no namoro nos jovens- Revisão do tema e impacto de um webinar

Ana Torres Rebelo<sup>1</sup>, Sara Rodrigues<sup>1</sup>, Joana Mendes<sup>1</sup>, Francisca Guimarães<sup>1</sup>, Sara Araújo<sup>1</sup>, Inês Azevedo<sup>1</sup>, Benedita Bianchi de Aguiar<sup>2</sup>, Joana Monteiro<sup>2</sup>, Virgínia Monteiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Interna de Formação Específica de Pediatria no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Portugal*

<sup>2</sup> *Assistente Hospitalar de Pediatria no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Portugal*

<sup>3</sup> *Assistente Graduada Sénior de Pediatria no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Portugal*  
*Anatorresrebelo@gmail.com*

### Resumo

A violência no namoro não é um fenómeno exclusivo de relações entre adultos sendo um problema presente nos relacionamentos entre os mais jovens. Define-se pela ocorrência de atos abusivos entre duas pessoas numa relação de proximidade e intimidade.

De acordo com os dados estatísticos do Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro em Contexto Universitário, metade dos jovens já foram sujeitos/as a pelo menos um ato de violência no namoro, reforçando assim a importância desta problemática.

Nos adolescentes é cada vez mais precoce a relação de namoro. O profissional de saúde quer seja pediatra ou médico de Medicina Geral e Familiar, pode desempenhar um papel de grande relevância ao detetar, numa fase inicial, os primeiros sinais que transparecem o impacto que uma relação abusiva pode ter para a vítima.

Esses sinais manifestam-se das mais diversificadas formas, podendo existir um declínio no rendimento escolar, sentimentos de tristeza, medo ou baixa autoestima, dificuldades de concentração, distúrbios do sono ou lesões físicas para as quais o jovem não apresenta explicação... Identificados esses sinais, em primeiro lugar, é fundamental consciencializar os jovens a desenvolverem relações de intimidade saudáveis, a desconstruírem a legitimação de comportamentos abusivos e a estarem alerta para as múltiplas formas que a violência no namoro assume e que podem passar despercebidas. Além disso, é crucial informar sobre os recursos de apoio existentes.

O Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) em conjunto com um grupo de internas do Serviço de Pediatria e Neonatologia desenvolveu no dia 14 de fevereiro, Dia de São Valentim, um Webinar sobre esta temática. A ação, dirigida a jovens e profissionais de diversas áreas, contou com uma elevada adesão, demonstrativa do interesse que provocou. Gostaríamos, desta forma, de apresentar uma revisão sobre o tema e partilhar um pouco desta experiência.

Palavras-Chave: Violência no namoro, Jovens, Webinar.

### Abstract

Dating violence is not a phenomenon exclusive to adult relationships, but a problem that also occurs in relationships between young people. It is defined by the occurrence of abusive acts between two people who have a close and intimate relationship.

According to statistical data from the National Study on Dating Violence in University Context, half of adolescents have been victims of dating violence at least once, underscoring the importance of this issue.

Teenagers are starting dating relationships earlier and earlier. The health professional can play a very important role in identifying at an early stage the early signs that show the impact an abusive relationship may have on the victim.

These signs manifest in a variety of ways, such as declining academic performance, feelings of sadness, anxiety or low self-esteem, difficulty concentrating, sleep disturbances, or physical injuries for which the young person has no explanation. Once these signs are identified, it is essential to raise young people's awareness of the need to develop healthy intimate relationships, deconstruct the legitimization of abusive behaviour, and raise awareness of the many forms that dating violence takes that may go unnoticed. In addition, it is critical to provide information about existing support services.

The hospital's Centre for Supporting Children and Adolescents at Risk worked with a group of interns to develop a webinar on this topic on February 14, Valentine's Day. The action, aimed at young people

and professionals from different fields, was well attended, which shows that it was met with great interest. We would therefore like to review the topic and share a little about the experience.  
Keywords: Dating violence, Young people, Webinar.

## INTRODUÇÃO

A experiência de um relacionamento íntimo abusivo pode influenciar negativamente vários domínios da vida da vítima, incluindo o seu funcionamento e bem-estar físico e emocional, mas também a vida familiar, as relações de amizade e a escola/trabalho.<sup>1</sup>

Dados estatísticos do Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro em Contexto Universitário promovido pela Associação Plano i reforçam a importância desta problemática referindo que mais de metade dos jovens já foram sujeitos/as a pelo menos um ato de violência no namoro. Além disso, 35% dos/as participantes já praticaram pelo menos um ato de violência. Embora a violência no namoro seja praticada por ambos os sexos, verifica-se que é o sexo masculino o principal protagonista. A violência psicológica é a mais prevalente nas relações de namoro, seguida da violência social, da violência física e, por fim, da violência sexual. Constatou-se também que quem pratica violência no namoro apresenta crenças sobre as relações sociais de género mais conservadoras, por exemplo, concordam que as mulheres são mais sensíveis do que os homens, que algumas situações de violência doméstica são provocadas pelas mulheres ou que o ciúme é uma prova de amor.<sup>2</sup>

Um tipo de violência surge quase sempre associado a outros tipos de violência, sendo rara a experiência de um só tipo isolado.<sup>3</sup> Podemos destacar a violência emocional /psicológica, quando existe uma tentativa de manipular os sentimentos e pensamentos do/a namorado/a, intenção de o/a rebaixar, humilhar, controlar e fazer sentir-se mal com ele/ela próprio/a ou até com os outros. São atos que limitam a liberdade e o desenvolvimento pessoal. A título de exemplo, gritar ou ameaçar, intimidar e ameaçar magoar ou suicidar-se, para se obter o que se quer do/a parceiro/a; fazer a outra pessoa sentir-se culpada por todos os problemas da relação, transferindo para ela a responsabilidade das próprias agressões. A violência física, mais óbvia, numa tentativa de magoar, aleijar ou ferir o/a namorado/a. Por exemplo dar bofetadas; puxar os cabelos; atirar objetos à outra pessoa; dar beliscões; dar empurrões; agarrar com muita força. A violência sexual, numa tentativa de realizar um ato sexual indesejado pelo/a namorado/a. Apesar de ser rara, por comparação com as formas de violência mais frequentes, no contexto do namoro, os comportamentos sexualmente agressivos e violentos estão também presentes nas relações de namoro na adolescência, sendo maioritariamente concretizados pelo parceiro do sexo masculino. Outras formas menos frequentes incluem a violência económica quando se restringe ou controla financeiramente o/a parceiro/a, o stalking qualquer forma, ou tentativa, de comunicação, vigilância, assédio ou perseguição a alguém que não o deseja, violência social, restringir ou impedir contactos, isolar socialmente, desvalorizar a imagem pública, diminuir as atividades sociais e de lazer, utilizar as novas tecnologias como veículo para a violência.<sup>2-4</sup>

Alguns indicadores que podem ser consequência de uma experiência de vitimação incluem lesões físicas para as quais a vítima não apresenta explicação, dificuldades de concentração, em dormir, de memória, na tomada de decisões, diminuição da autoconfiança, mudança brusca nos comportamentos habituais, afastamento em relação a pessoas anteriormente próximas, recusa ou desinteresse por atividades previamente apreciadas, declínio no rendimento escolar ou redução da produtividade no trabalho e fugas da escola e/ou de casa.<sup>4</sup>



## **METODOLOGIA**

A transmissão de eventos de forma online tem crescido exponencialmente principalmente após o início da pandemia COVID-19.

O Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) em conjunto com um grupo de internas do Serviço de Pediatria e Neonatologia desenvolveu, no dia 14 de fevereiro, Dia de São Valentim, um Webinar sobre a temática Violência no Namoro.

O público-alvo eram os jovens e os profissionais de diversas áreas que lidassem com a temática. Utilizamos as redes sociais para a divulgação, que como sabemos apresentam um alcance significativo, constituindo um veículo essencial para a partilha de eventos. Enviamos convites via email a várias instituições, outros NHCJR, equipas multiprofissionais de Agrupamentos de Centros de Saúde e da Administração Regional De Saúde Do Norte, entre outros. Com o auxílio da designer do nosso Hospital, criou-se um cartaz que foi distribuído por alguns postos de registo biométrico. Finalmente também a revista médica Just News contribuiu para a divulgação deste evento, com uma notícia divulgada no dia de São Valentim, abordando a relevância deste tema na população pediátrica.

A organização deste Webinar teve como objetivo fundamental consciencializar os jovens a desenvolverem relações de intimidade saudáveis e desconstruir a legitimação de comportamentos abusivos, alertar para as múltiplas formas que a violência no namoro assume e que podem passar despercebidas assim como informar sobre os recursos de apoio disponíveis.

## **RESULTADOS**

Relativamente ao impacto deste webinar, obtivemos cerca de 291 inscrições, sendo que 158 inscritos assistiram ao webinar.

Relativamente à distribuição por género constatamos que a maioria da amostra, cerca de 86,5%, era do sexo feminino. Na análise dos inscritos por faixa etária, verificamos uma média de 32 anos, a moda correspondeu aos 15 anos para uma idade mínima de 12 e máxima de 64 anos. Cerca de metade dos inscritos (49%) eram profissionais de saúde, 36% estudantes do ensino básico, ou ensino secundário ou ensino superior e cerca de 1/4 das inscrições correspondiam a profissionais de outras áreas nomeadamente psicólogos e professores.

## **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

Foi de facto surpreendente que a uma semana da realização do evento atingíssemos cerca de 300 inscrições, número este que ultrapassou as nossas expectativas iniciais. É curioso também constatar que os inscritos sejam de áreas bastante distintas, designadamente estudantes, profissionais de saúde, professores, psicólogos... o que demonstra a importância e a atualidade do tema que, além dos danos físicos e psicológicos que provoca nos seus protagonistas, é também motivo de preocupação para aqueles que têm que lidar com esta temática.

As consequências da violência podem funcionar como sinais ou sintomas que, se identificados e reconhecidos por amigos ou adultos de confiança precocemente, podem ajudar a prevenir condutas violentas, a diminuir o impacto da vitimação e a cessar a relação de namoro, é assim, fundamental, estarmos sensibilizados para esta temática.

Perante um jovem que está a viver uma relação violenta é fundamental ouvir sem julgar ou responsabilizar e não o pressionar a contar aquilo que não deseje. Por vezes o jovem pode precisar

de tempo para tomar as suas próprias decisões, mas também o podemos ajudar a perceber que está a viver uma relação violenta, dizendo-lhe que a violência no namoro é um crime punido por lei e que tem o direito a viver sem violência e a ser respeitado pelo namorado/a. Manter o apoio mesmo depois do fim da relação é essencial porque, muitas vezes, o fim da relação não significa o fim da violência. A violência no namoro pode e deve ser denunciada, existem várias plataformas para o fazer: no Ministério público, no Portal Queixa Eletrónica do Ministério da Administração Interna e junto das Autoridades Policiais. Também as escolas, os centros de saúde e/ou hospitais e as estruturas de apoio são entidades que podem apoiar e informar as vítimas. Denunciar ou apresentar queixa-crime é gratuito, não implica qualquer custo para a vítima ou para o denunciante.<sup>4</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho PCT. Violência Doméstica no Namoro. Published online 2017:1-17. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/23750/1/Dissertação Paula Carvalho.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/23750/1/Dissertação%20Paula%20Carvalho.pdf)
2. Rodrigues A, Beires A, Maia AM, et al. Estudo Nacional sobre Violência no Namoro 2020. Published online 2020. [https://www.researchgate.net/publication/339273894\\_Estudo\\_Nacional\\_sobre\\_Violencia\\_no\\_Namoro\\_2020](https://www.researchgate.net/publication/339273894_Estudo_Nacional_sobre_Violencia_no_Namoro_2020)
3. Ferreira, Mafalda; Abreu, Ana Luísa; Neves S. Guião para a Prevenção da Violência no Namoro em Contexto Universitário.
4. APAV. Manual Crianças e Jovens Vítimas de Violência.; 2011.

## ICCA2022-10663 - Intervenção Precoce, Desenvolvimento, Práticas Centradas na Família e Necessidades, Criança

Olívia de Carvalho<sup>1</sup>, Isabel Teixeira<sup>2</sup>, Sónia Galinha<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instituto Jurídico Portucalense (IJP), Centro de Estudos População, Economia e Sociedade (CEPESE), CIDI\_IESF [olivia@upt.pt](mailto:olivia@upt.pt) (Portugal)

<sup>2</sup> APPACDM Sabrosa - Vila Real (Portugal)

<sup>3</sup> CIE UMa e ESE (Portugal)

### Resumo

Neste artigo propomos alargar o conhecimento sobre a Intervenção Precoce (IP), com o objetivo de perceber as necessidades das famílias. Este trabalho foi realizado a partir de uma revisão da literatura e da aplicação do instrumento Famil Needs Survey (adaptado) a uma amostra, constituída por 35 pais de crianças apoiadas pelas ELIs do distrito de Vila Real, Portugal. A análise dos dados resultantes da aplicação deste questionário permitiu perceber que a Intervenção Precoce está na mira da investigação que se faz relacionada com o desenvolvimento na primeira infância. Por sua vez, estas mesmas práticas recomendam uma intervenção centrada na família como condição primordial para a promoção do desenvolvimento da criança. Os resultados revelam que, conhecer as reais necessidades da família e as suas prioridades, torna-se fundamental para uma intervenção eficaz, baseada no respeito pelos direitos da criança e pelo seu superior interesse; tal contribui para a melhoria da qualidade da prestação de serviços em Intervenção Precoce.

Palavras-chave: Intervenção Precoce, Desenvolvimento, Práticas Centradas na Família.

### Abstract

With this article we propose a journey through the Early Intervention (IP) route, in order to understand the needs of families. This work was carried out based on a literature review and the application of the Famil Needs Survey instrument (adapted) to a sample consisting of 35 parents of children supported

by ELIs in the district of Vila Real, Portugal. The analysis of the data resulting from the application of this questionnaire made it possible to perceive that Early Intervention is in the crosshairs of research related to early childhood development. In turn, these same practices recommend an intervention centered on the family as a primordial condition for the promotion of the child's development. The results reveal that knowing the real needs of the family and its priorities is essential for an effective intervention, based on respect for the rights of the child and for their best interests; this contributes to improving the quality of the provision of services in Early Intervention.

Keywords: Early intervention, Development, Family-Centered Practices.

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Ao longo dos tempos, a infância e as implicações que um desenvolvimento harmonioso e saudável tem para o futuro, bem como os seus condicionantes e intervenientes, tem vindo a sofrer muitas mudanças. “A investigação recente na área da neurologia tem ajudado a clarificar cada vez melhor a importância dos primeiros anos” (Nelson, 2000, citado em Serrano, 2010).

A Intervenção Precoce (IP), tal qual se nos apresenta hoje, tem estado em permanente evolução, sempre no sentido de melhor intervir junto das famílias e crianças que dela necessitam. Sendo um apoio integrado e de verdadeiro valor como fator de mudança e adaptabilidade de quem dela necessita, as famílias de crianças, que apoiadas pela IP ganham centralidade e são o elemento chave para a promoção do um desenvolvimento adequado.

Com este trabalho, pretende-se conhecer as verdadeiras Necessidades das Famílias de Crianças em Intervenção Precoce.

O objetivo principal para a obtenção desta informação prende-se com o facto de, quanto mais nós soubermos das reais necessidades da família, mais e melhor poderemos fazer a quando da intervenção, capacitação, orientação e encaminhamento. No fundo, quanto mais conhecermos as necessidades das famílias mais poderemos fazer no sentido de melhorar e tornar eficaz o serviço de IP tendo em conta a melhoria do desenvolvimento das crianças, por um lado, e a capacitação e adaptabilidade às circunstâncias por outro.

O desenvolvimento da criança e as suas implicações são tema central para as sociedades educativas atuais, pela forma como podem comprometer e condicionar todo um percurso de vida de uma criança hoje, e adulto de amanhã. Cada criança tem uma experiência de vida diferente e há um sem número de coleções diversas de experiências que podem efetivamente promover o desenvolvimento (Dunst, 2007). Quando pensamos em desenvolvimento relacionamos necessariamente a conjugação entre os fatores genéticos e ambientais que quando em interação ideal com as componentes sociais e de maturação nos levam ao desenvolvimento adequado e esperado numa determinada idade da criança. Tal como nos diz McWilliam (2012) para compreender verdadeiramente o percurso de desenvolvimento das crianças e criar um plano de intervenção para o promover, temos que compreender as perceções, valores, crenças, apoios, recursos e vivências diárias que compõem o contexto desse mesmo desenvolvimento (Bernheimer & Keogh, 1995).

O desenvolvimento da criança e as suas implicações são tema central para as sociedades educativas atuais, pela forma como podem comprometer e condicionar todo um percurso de vida de uma criança hoje, e adulto de amanhã. Cada criança tem uma experiência de vida diferente e há um sem número de coleções diversas de experiências que podem efetivamente promover o desenvolvimento (Dunst, 2007). Quando pensamos em desenvolvimento relacionamos necessariamente a conjugação entre os fatores genéticos e ambientais que quando em interação ideal com as componentes sociais e de maturação nos levam ao desenvolvimento adequado e esperado numa determinada idade da criança.

Tal como nos diz McWilliam (2012) para compreender verdadeiramente o percurso de desenvolvimento das crianças e criar um plano de intervenção para o promover, temos que compreender as perceções, valores, crenças, apoios, recursos e vivências diárias que compõem o contexto desse mesmo desenvolvimento (Bernheimer & Keogh, 1995).

A IP em Portugal começou a dar os primeiros passos formalmente em 1999 com a publicação do Despacho Conjunto 891/99 que continha orientações reguladoras da IP. Este despacho estipulava que a “A intervenção precoce é uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da ação social, com vista a: a). Assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento; b) potenciar a melhoria das interações familiares; c) Reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência.”.

Antes deste despacho existiam algumas experiências e tentativas de desenvolver trabalho na área da IP embora ainda muito informal e pouco estruturado. A esta altura existia já alguns projetos de IP ainda que de forma pouco organizada e sem uma política de fundo verdadeiramente estruturante, este era sem dúvida um constrangimento para a evolução da IP em Portugal. Segundo Joaquim Bairrão (2003), importa não esquecer que a intervenção precoce (IP) é principalmente uma organização de serviços e recursos com uma dimensão pluridisciplinar. Sem estruturas de saúde bem organizadas e capazes de realizar um despiste precoce e uma monitorização de saúde das crianças, sem redes de suporte social, sem assegurar um trabalho com as famílias, sem uma rede de apoio na comunidade e sem um sistema educativo capaz de intervir eficazmente de uma forma muito flexível e diferenciada, a IP permanecerá ‘letra morta (Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância – Um Guia para Profissionais, 2016).

Estes projetos e estudiosos interessados na área, acabaram por ser fundamentais para a evolução da IP uma vez que iniciaram um caminho de investigação e procura do saber, nomeadamente o que de melhor se fazia em outros países com sistemas de IP já implementados. Da investigação, da tentativa de conhecer o território nacional e suas necessidades quanto a este tipo de apoio específico surge uma reflexão sobre os modelos de referência e intervenção. A forma como a família foi sendo vista em contexto de IP foi sendo alterada uma vez que inicialmente o centro das atenções da intervenção das equipas transdisciplinares era a criança e as suas necessidades sendo a família o elo de ligação e mais um parceiro de intervenção, com o passar dos tempos esta vertente da família vai evoluindo e esta passa a ter um papel mais relevante. Efetivamente, assistimos a uma mudança conceptual significativa, com reflexos a nível dos objetivos e das práticas deste tipo de intervenção. De uma intervenção centrada exclusivamente na criança suas necessidades, e nos seus problemas, passamos para uma intervenção em que o enfoque é colocado na criança, no seu contexto familiar e na família. Da reflexão, crescente, e da clara importância que a IP tem para o desenvolvimento das crianças e suas famílias surge a necessidade de clarificar, aprofundar e organizar a IP em Portugal como sendo um sistema transversal ao território nacional definindo competências e clarificando contributos dos parceiros a intervir na IP. Assim surge a necessidade de rever a legislação por forma a adequá-la às necessidades existentes a este nível e condizente com práticas mais atuais e mais eficazes. Com esta necessidade e dando cumprimento à sequência dos princípios estabelecidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a

Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade (2006-2009) surge o Decreto Lei 281/2009, de 6 de outubro, que tem como principal objetivo a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). José Boavida diz, Portugal é dos poucos países no mundo com uma legislação nacional sobre intervenção precoce na infância. Destes poucos, não conheço nenhum outro com um sistema intersectorial envolvendo formalmente, a todos os níveis, a Saúde, a Educação e a Segurança Social., (Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância – Um Guia para Profissionais, 2016). O SNIPI funciona com base num acordo tripartido entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, sendo que se articulam de forma direta com as famílias e com os meios existentes na comunidade. Atualmente a Intervenção Precoce na Infância (IPI), traduz-se num conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. O público alvo são crianças até aos 6 anos de idade, em risco ou atraso de desenvolvimento e suas famílias. As crianças expostas a situações que as coloquem em risco de comprometimento do seu desenvolvimento ou crianças com alterações nas estruturas ou funções do corpo que limitem a sua atividade e participação tendo sempre como referencial o desenvolvimento adequado á sua faixa etária e contextualização social bem como crianças que possam vir a ser influenciadas de forma negativa por fatores ambientais e socio afetivos. No terreno o SNIPI está representado de forma direta pelas Equipas Locais de Intervenção (ELI) sendo que são elas que no terreno articulam a intervenção através dos técnicos envolvidos no processo de IP, sucedendo que destes é sempre definido o Responsável de Caso (RC).

Das muitas mudanças de paradigmas a que assistimos nos últimos anos na IP destaco como característica central desta mudança a intervenção com base em práticas centradas na família. “A adoção de uma perspetiva centrada na família, colocando a família no centro da intervenção, implica uma mudança de paradigma na forma como tradicionalmente se conceptualizavam os serviços de prestação de ajuda a crianças com dificuldades”, (Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância – Um Guia para Profissionais, 2016). Podemos definir o conceito abordagem centrada na família, segundo Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância – Um Guia para Profissionais (2016) como sendo um modelo em que a família é considerada o elemento-chave no processo de tomada de decisão e na prestação de cuidados à criança; a intervenção constrói-se a partir dos pontos fortes da criança e da família; toda a família constitui a unidade da intervenção; profissionais e famílias trabalham em parceria e colaboração; a intervenção responde às prioridades e objetivos da família – os profissionais são agentes ao serviço da família; a intervenção é individualizada para cada família; a intervenção é realizada nos contextos naturais e rotinas da criança e família e é baseada na mobilização dos recursos existentes na rede da comunidade. Da análise de documentos e da reflexão, consideramos esta, a definição mais concreta e fiel ao que são efetivamente as práticas centradas na família. Para Pereira & Serrano (2010). A especificidade do significado desta abordagem reside no reconhecimento de que as famílias são o contexto principal para a promoção e para o desenvolvimento da criança; no respeito pelas escolhas da família e pelos seus processos de decisão; na ênfase nas competências da criança e da família, e nas parcerias família/profissional. A investigação tem –se encarregado de provar que as práticas centradas na família resultam na efetiva melhoria de resultados. Pereira & Serrano (2010) reiteram a ideia de que atualmente, é considerável o número de estudos de investigação que validaram os benefícios da abordagem centrada na família, mais especificamente sobre a forma como as intervenções

implementadas com um enfoque na família estão diretamente relacionadas com a melhoria de funcionamento de alguns domínios na/da vida das famílias, designadamente a sua influência positiva ao nível da corresponsabilização; do bem-estar dos pais e da família; da eficácia na identificação e na obtenção de apoios e de recursos desejados; da coesão familiar; das interações pais/criança; da satisfação parental; entre outras (S. F. Allen, 2007; Bailey, Scarborough, & Hebbler, 2003; Carmo, 2004; Coutinho, 1999; Craveirinha, 2002; Cruz, Fontes, & Carvalho, 2003; Dunst, Brookfield, & Epstein, 1998; Dunst, Leet, & Trivette, 1988; Dunst, Trivette, & Hamby, 2006, 2007; Flores, 1999; Gavidia-Payne & Stoneman, 2004; Leal, 2008; McWilliam et al., 1995; Morgado & Beja, 2000; Narciso, 2003; Neal, 2007; Reynes-Blanes, Correa, & Bayley, 1999; Ribeiro & Sarmiento, 2005; Romer & Umbreit, 1998; Serrano, 2003, 2007; Serrano & Bento, 2004; Trivette, Dunst, & Hamby, 1996; Warfield, Hauser-Cram, Krauss, Shonkoff, & Upshur, 2004).

Acreditamos que a IP será tanto mais eficaz, quanto mais profundamente conseguirmos realizar o trabalho com base nas práticas centradas na família.

Neste seguimento facilmente chegamos à conclusão que conhecer as necessidades da família se torna fundamental para que possamos intervir mais eficazmente, por forma a podermos priorizar as ações, determinar e acionar recursos quer formais quer informais. Como orientadores de todo o processo de intervenção, os elementos das ELI têm o papel fundamental de conseguir articular no terreno as ações de intervenção mais adequadas num determinado momento. Este facto é muito importante, uma vez que o levantamento e conhecimento das necessidades da família, pode influenciar, de forma negativa ou positiva, uma dada intervenção. As próprias necessidades das famílias, apoiadas na IP, foram mudando ao longo dos tempos, sendo que estas necessariamente são influenciadas por fatores extrínsecos. De acordo com Dunst (1988), a finalidade da intervenção é a identificação das necessidades familiares, determinação dos recursos formais e informais para satisfazer essas necessidades e ajudar a ligar as famílias com os recursos identificados (Passos, 2014). De acordo com o mesmo autor, os pais têm expectativas acerca do Serviço de Intervenção Precoce que são influenciadas pela noção de incapacidade do seu filho. A identificação das necessidades da família, permite promover encontros coerentes com os técnicos de Intervenção Precoce. Para se continuar com este objetivo é necessário analisar as expectativas dos pais em relação à avaliação do desenvolvimento do seu filho em três dimensões: o conteúdo das avaliações, a forma de avaliar e os seus sentimentos em relação à avaliação. Desta forma, é necessário respeitar as capacidades e aptidões da família, bem como dos restantes membros, utilizados para identificar as necessidades, recursos e apoios necessários que respondam às necessidades da família bem como as suas prioridades (Dunst et al., 1994; Carvalho, 2011, Varanda, 2011). De acordo com Carvalho (2011) o modelo de Intervenção Precoce Centrado na Família exige das profissionais competências de colaboração, apoio e cooperação. A capacidade de escuta com empatia e de compreender o ponto de vista da família é o ponto crítico da prática centrada na família. A capacidade de responder às prioridades, preocupações e necessidades da família requer que os profissionais aprendam a identificar e respeitar as rotinas das famílias.

Assim sendo, definimos como objetivos do estudo, (1) identificar as necessidades das famílias na dimensão: das necessidades de informação, de apoio social e familiar, financeiras, de explicar aos outros, de tomar conta da criança e de serviços comunitários; e (2) verificar de que forma as características da família como a escolaridade dos pais influenciam as suas necessidades.

Como já referido anteriormente, este é então o ponto central deste estudo, identificar as necessidades das famílias, por forma a melhorar a eficácia na prestação do apoio e interação pelas ELIs, no sentido mais restrito e conseqüentemente pelo SNIPI no sentido mais abrangente.

## **MÉTODO**

Este trabalho de investigação pretende vir a permitir obter novos conhecimentos acerca das necessidades das famílias, segundo o processo de examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões que se deseja aprofundar (Fortin, 2009). Neste caso pretendemos identificar as necessidades das famílias apoiadas pela IPI de Vila Real, Portugal. O estudo é de natureza exploratório-descritiva, uma vez que as variáveis ou os dados não foram manipulados, mas sim estudadas como acontecem na realidade, e descritivo, dado que os factos são descritas tal qual se nos apresentam (Sampieri, Collado & Lucio, 2006 cit. por Gonçalves, 2011).

### **Participantes**

A amostragem é encontrada pelo método não probabilístico e por conveniência. A escolha deste tipo de amostragem prende - se com o facto de não haver acesso aos dados referentes à população total sobre a qual visa o estudo. O uso desta técnica consiste na seleção de uma amostra que está disponível para participar. Os indivíduos são selecionados por contacto direto e acessível ao investigador ou por Indicação de contactos de proximidade.

Segundo Fortin (2009), a amostragem probabilística e por conveniência é um processo de seleção no qual os indivíduos não tem todos a mesma possibilidade em serem parte integrante do estudo. Não sendo a amostra criada por meios estatísticos apresenta a fragilidade de não poderem ser generalizados os resultados. Neste estudo a amostra é constituída por 35 pais ou prestadores de cuidados de crianças apoiadas pelas Equipas Lcais de Intervenção Precoce – ELIs do distrito de Vila Real, Portugal.

### **Instrumentos**

O instrumento de recolha de dados utilizado para a avaliar as necessidades da família foi a adaptação do Family Needs Survey (Bailey e Simeonsson, 1988; Bailey, Blasco e Simeonsson, 1992), feita para Portugal, com autorização dos autores, por Serrano (1999b), (cit. por Carmo, 2004), “Inventários das Necessidades da Família” (anexo1).

Segundo Fortin (2009), o questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Estes mesmos questionários são fundamentais para a recolha e organização de dados e para que a informação recolhida seja feita de forma rigorosa e sem variantes de interpretação.

Os questionários foram apresentados a cada mãe/pai ou prestador de cuidados, com o cuidado de contextualizar o propósito do estudo, tendo sido também, informados sobre o anonimato e confidencialidade.

O “Inventário das Necessidades das Famílias” é composto por 32 itens distribuídos entre 6 subescalas, nomeadamente: Subescala: Necessidade de Informação, Subescala: Necessidade de Apoio Familiar e Social, Subescala: Necessidade de Apoio Económico, Subescala: Necessidade de Explicar a Outros, Subescala: Necessidade de Serviços da Comunidade, Subescala: Necessidade de outras ajudas Profissionais.

### **Procedimentos**

Foi contactado informalmente o SNIPI no sentido de perceber a disponibilidade de acolhimento deste tipo de estudo. Uma vez revelada a pouca disponibilidade em acolher estes estudos (que identificamos como um constrangimento), avançamos para o contacto direto e telefónico com famílias apoiadas pelas ELIs e, por sua vez, estas foram indicando outras famílias. Nesta abordagem inicial, as famílias foram sendo informadas dos objetivos do estudo.

Posto isto, passamos a agendar encontros diretamente com as famílias que aceitaram participar no estudo. Neste encontro, inicialmente, voltamos a lembrar os objetivos do estudo e de seguida as famílias responderam aos questionários. Os inquéritos foram realizados, na íntegra, pela investigadora.

## RESULTADOS

Para a análise dos resultados foi feita uma seleção por forma a eliminar eventuais questionários que não pudessem ser considerados por estarem incompletos, desta triagem foram considerados todos os 35 aplicados. Os dados foram tratados no SPSS (Statistical Package for the Social Science) 21.0 ® e no Microsoft Office Excel ®.

Dos questionários constam duas perguntas de resposta aberta que não foram tratadas porque um número significativo de famílias não respondeu às mesmas.

Assim sendo, a amostra considerada é de 35 pais e cuidadores de crianças com idades compreendidas entre 1 e 6 anos de idades, apoiados pelas ELIS.

Na sua maioria, foi a mãe quem respondeu ao questionário ( $n=29$ ; 82,9%) em oposição ao pai ( $n=3$ ; 8,6%) e outros ( $n=3$ ; 8,6%), sendo que estes últimos são cuidadores de crianças que se encontram institucionalizadas.

**Tabela 1: Pessoa que respondeu ao questionário.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Mãe	29	82,9	82,9	82,9
	Pai	3	8,6	8,6	91,4
	Outro	3	8,6	8,6	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

Na sua maioria foi o género feminino que respondeu ao questionário ( $n=31$ ; 86,9%) em oposição ao género masculino ( $n=4$ ; 11,4%).

**Tabela 2: Género da pessoa que respondeu ao questionário.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Masculino	4	11,4	11,4	11,4
	Feminino	31	88,6	88,6	100,0
	Total	35	100,0	100,0	



Desta amostra, as habilitações académicas encontram - se distribuídas da seguinte forma: 4o ano ( $n=3$ ; 8,6%), 6o ano ( $n=6$ ; 17,1%), 9o ano ( $n=3$ ; 8,6%), 12o ano ( $n=11$ ; 31,4%), licenciatura ( $n=10$ ; 28,6%), mestrado ( $n=1$ ; 2,9%) e doutoramento ( $n=1$ ; 2,9%).

**Tabela 3: Habilitações académicas da pessoa que respondeu ao questionário.**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	4.º ano	3	8,6	8,6	8,6
	6.º ano	6	17,1	17,1	25,7
	9.º ano	3	8,6	8,6	34,3
	12.º ano	11	31,4	31,4	65,7
	Licenciatura	10	28,6	28,6	94,3
	Mestrado	1	2,9	2,9	97,1
	Doutoramento	1	2,9	2,9	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

Da aplicação do Inventário de Necessidades da Família, tal como foi referido anteriormente, resultaram os seguintes dados analisados por subescalas:

#### **Subescala: Necessidade de Informação**

Da análise dos resultados obtidos podemos concluir que, em média, a percentagem de indivíduos que dizem necessitar (77%) é muito superior em relação aos que dizem não necessitar (20%) do tipo de informação em destaque na subclasse necessidade de informação. Já a percentagem média para os indivíduos que diz não ter certeza se necessita (4%) é muito pouco significativa (Tabela 4).

No caso desta subclasse a necessidade que mais se evidencia é “informação acerca dos serviços que o meu filho pode beneficiar neste momento” (89%), “informação à cerca de serviços que o meu filho poderá beneficiar no futuro” (83%) e “informação de como ensinar o meu filho” (77%).

**Tabela 4: Necessidade de informação.**

	1. Como é que as crianças crescem e se desenvolve m	2. Como brincar ou falar com o meu filho?	3. Como ensinar o meu filho?	4. Como lidar com o comportam ento do meu filho?	5. Informação acerca de qualquer problema ou deficiência que o meu filho possa ter.	6. Informação acerca dos serviços que o meu filho pode beneficiar neste momento.	7. Informação acerca de serviços que o meu filho poderá beneficiar no futuro.	Perce ntage m média
Não	23%	26%	20%	17%	29%	11%	11%	20%
Não tenho a certeza	6%	3%	3%	9%	0%	0%	6%	4%
Sim	71%	71%	77%	74%	71%	89%	83%	77%
								100%

#### **Subescala: Necessidade de Apoio Familiar e Social**

No que diz respeito aos resultados obtidos nesta subescala, podemos concluir que, em média, a percentagem de indivíduos diz necessitar de Apoio Familiar e Social (51%), sendo que dizem não necessitar (34%) do apoio evidenciado na subescala necessidade de apoio familiar e social, a percentagem média para os indivíduos que diz não ter certeza se necessita (14%). (Tabela 5)

No caso desta subescala a necessidade de apoio que mais se evidencia é “ter mais tempo para mim mesmo” (66%) e “ajudar o meu marido/ mulher a aceitar as dificuldades que o nosso filho possa ter”, “ajudar a nossa família a discutir os problemas e a encontrar soluções” e “ajudar a nossa família a apoiarem-se uns aos outros em momentos difíceis” as três necessidades com (60%).

**Tabela 5: Necessidade de apoio familiar e social.**

	1. Falar com alguém da minha família sobre coisas que me preocupam.	2. Ter amigos com quem falar.	3. Ter mais tempo para mim mesmo.	4. Ajudar o meu marido/ mulher a aceitar as dificuldades que o nosso filho possa ter.	5. Ajudar a nossa família a discutir os problemas e a encontrar soluções.	6. Ajudar a nossa família a apoiarem-se uns aos outros em momentos difíceis.	7. A quem irá fazer as tarefas caseiras, tomar conta das crianças e outras tarefas familiares.	8. Decidir como ocupar os tempos livres da família.	Percentagem média
Não	51%	34%	20%	29%	17%	29%	43%	51%	34%
Não tenho a certeza	9%	14%	14%	11%	23%	11%	17%	14%	14%
Sim	40%	51%	66%	60%	60%	60%	40%	34%	51%
									100%

### Subescala: Necessidade de Apoio Económico

Da análise e do cálculo das percentagens médias podemos concluir que 50% dos inquiridos não tem necessidades de apoio económico, sendo que 54% dizem não necessitar de ajuda nas necessidades básicas avaliadas no item, “pagar despesas tais como comida, casa, cuidados médicos, roupas ou transportes”. Em oposição 54 % diz sentir necessidade de “arranjar qualquer tipo de equipamento especial que o meu filho necessite”. (Tabela 6).

**Tabela 6: Necessidade de apoio económico.**

	1. Pagar despesas tais como comida, casa, cuidados médicos, roupas ou transportes.	2. Arranjar qualquer tipo de equipamento especial que o meu filho necessite.	3. Pagar infantário, terapias ou outros serviços que o meu filho necessite.	4. Ajuda para conseguir emprego.	5. Pagar ama ou a alguém que fique com o meu filho quando preciso de sair.	6. Comprar brinquedos que o meu filho necessite.	Percentagem média
Não	54%	40%	49%	49%	63%	43%	50%
Não tenho a certeza	11%	6%	6%	9%	9%	6%	8%
Sim	34%	54%	46%	43%	29%	51%	43%
							100%

### Subescala: Necessidade de Explicar a Outros

Globalmente mais de metade dos inquiridos diz não ter necessidade de explicar aos outros (51%) o problema ou a dificuldade do seu filho nas diferentes dimensões avaliadas nesta subclasse. Na especificidade da subescala destaco que 54% dizem não sentir necessidade de “explicar o problema do meu filho aos avós”, não sentem necessidade de “explicar o problema do meu filho a outros familiares mais próximos” e não sentem necessidade de “saber como responder aos meus amigos vizinhos ou estranhos quando eles fizerem perguntas acerca do meu filho”. (Tabela 7).

**Tabela 7: Necessidade de explicar a outros.**

	1. Explicar o problema do meu filho aos avós	2. Explicar o problema do meu filho a outros familiares mais próximos	3. Saber como responder aos meus amigos vizinhos ou estranhos quando eles fizerem perguntas acerca do meu filho	4. Explicar o problema do meu filho a outras crianças	5. Conseguir o contacto com outras famílias que têm um filho com os mesmos problemas do meu, para falar com elas.	Percenagem média
Não	54%	54%	54%	49%	43%	51%
Não tenho a certeza	14%	14%	14%	14%	14%	14%
Sim	31%	31%	31%	37%	43%	35%
						100%

### Subescala: Necessidade de Serviços da Comunidade

No que diz respeito à subescala necessidades de Serviços da Comunidade verificamos que, ao olhar para a percentagem media, 49% dos inquiridos diz não ter necessidade serviços da comunidade embora com uma percentagem menor mas relativamente próxima (42%) diz sentir necessidade destes mesmos serviços. Da análise efetuada gostaria de destacar que 57% dos inquiridos sente necessidade de” localizar um médico que me compreenda e compreenda as necessidades do meu filho”. (Tabela 8).



**Tabela 8: Necessidade de serviços da comunidade.**

	1. Localizar amas ou serviços de colocação temporária	2. Localizar um infantário ou Jardim de Infância para o meu filho	3. Conseguir alguém que me fique com o meu filho quando preciso de sair	4. Localizar um médico que me compreenda e compreenda as necessidades do meu filho	Percen tagem média
Não	54%	51%	54%	34%	49%
Não tenho a certeza	11%	11%	6%	9%	9%
Sim	34%	37%	40%	57%	42%
					100%

### **Subescala: Necessidade de Outras Ajudas Profissionais**

De forma muito evidente, como podemos verificar da análise da percentagem média, 62% dos inquiridos diz ter necessidade de outras ajudas profissionais numa oposição muito evidente aos que dizem não sentir esta necessidade (27%). De destacar também a expressão muito evidente (Tabela 9), de que os inquiridos sentem necessidade de “ter mais tempo para falar com os professores ou terapeutas do meu filho (80%)”,

**Tabela 9: Necessidade de outras ajudas profissionais.**

	1. Ter mais tempo para falar com os professores ou terapeutas do meu filho	2. Ter oportunidades para me encontrar e falar com pais de outras crianças com problemas.	3. Encontrar-me regularmente com um conselheiro (psicólogo, técnico de serviço social, psiquiatra, etc.) para poder falar sobre os problemas do meu filho.	Percentagem média
Não	17%	34%	29%	27%
Não tenho a certeza	3%	14%	17%	11%
Sim	80%	51%	54%	62%
				100%

## Relação entre as Necessidades da Família e Habilitações Académicas

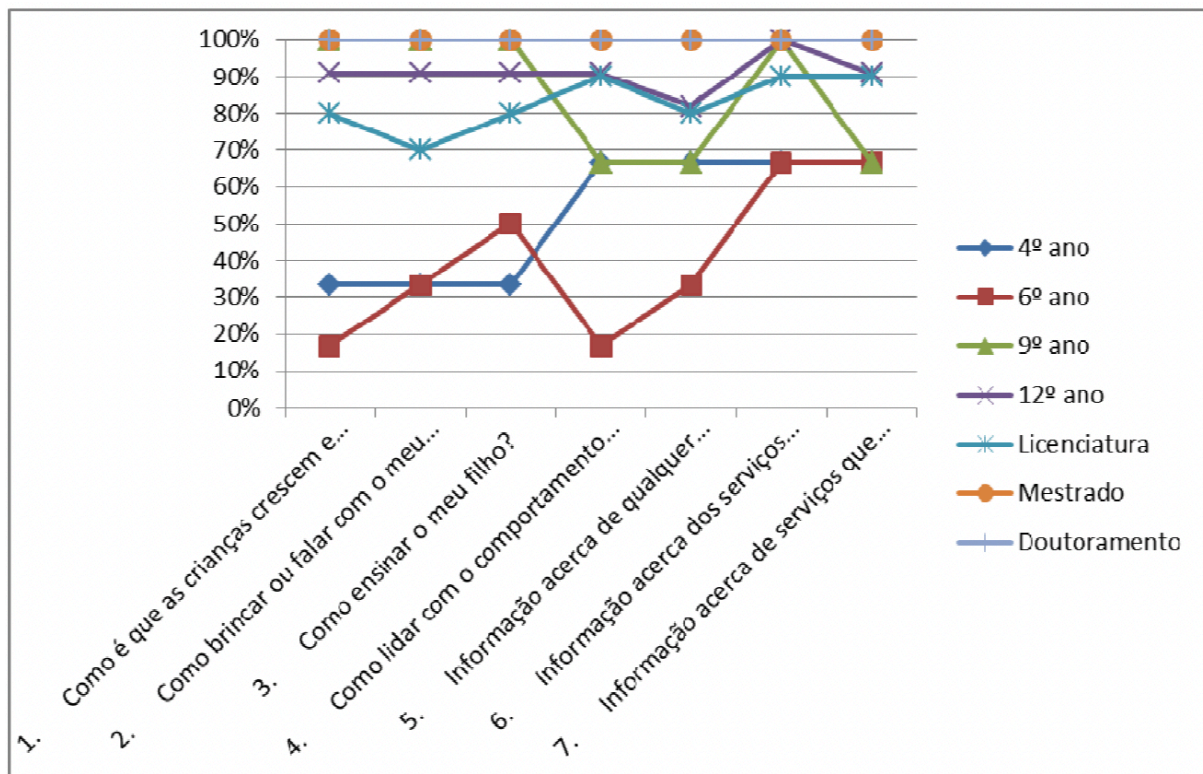
Na tentativa de ir um pouco mais longe na compreensão das necessidades da família quisemos perceber qual a relação das necessidades sentidas pela família com as suas habilitações académicas.

Dos dados recolhidos e da análise feita anteriormente concluímos que a subescala- Necessidade de Informação e a subescala Necessidade de Outras Ajudas Profissionais foram as identificadas com maior percentagem média de respostas afirmativas, ao nível da necessidade efetiva nestas vertentes respetivamente com 77% e 62%. Assim sendo estas foram as subescalas que destacamos para isolar e por em evidência com as habilitações académicas.

### Relação entre subclasse – Necessidades de Informação e Habilitações Académicas

Da análise da tabela que se segue verificamos que dentro de cada item da subescala, tendencialmente, a necessidade aumenta com o aumento das habilitações académicas. Tal como podemos verificar no caso desta subescala, a necessidade que mais se evidencia é “informação acerca dos serviços que o meu filho pode beneficiar neste momento” (percentagem média 89%, quadro1) e “informação à cerca de serviços que o meu filho poderá beneficiar no futuro” (percentagem média 83%, tabela 4). Colocando estes itens em evidência com as habilitações concluímos que no primeiro mencionado, tendencialmente, a necessidade aumenta com o aumento das habilitações, já no último esta relação é evidente e inequívoca como se verifica nos dados destacados na figura 1.

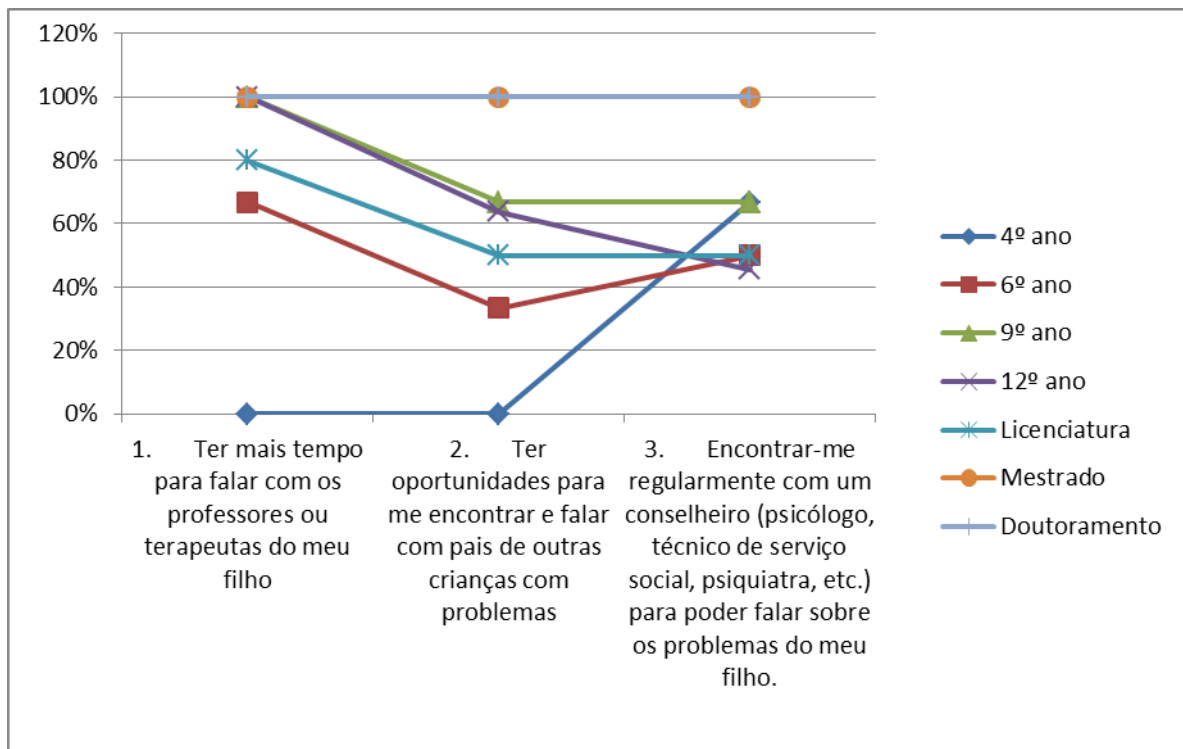
Figura 1: Relação entre as subclasses – Necessidades de Informação e Habilitações Académicas.



## Relação entre subclasse – Necessidades de Necessidade de Outras Ajudas Profissionais e Habilitações Acadêmicas

No caso desta subclasse verificamos de igual modo que o nível de instrução das famílias influencia de forma direta as suas necessidades 62% (Tabela 9) dos inquiridos diz ter necessidade de outras ajudas profissionais. Assim, quanto mais necessidades de ajudas profissionais as famílias manifestam, mais é o seu nível de instrução. Vejamos, no caso do item “ter mais tempo para falar com os professores ou terapeutas do meu filho” desta subescala constatamos que do 4o de escolaridade ( $n=0$ ; 0), no 6o ano de escolaridade ( $n=4$ ; 67), no 9o ano de escolaridade ( $n=3$ ; 100 ), no 12o ano de escolaridade ( $n=11$ ; 100 ), com licenciatura ( $n=8$ ; 80 ), com mestrado ( $n=1$ ; 100 ) e com doutoramento ( $n=1$ ; 100 ).

**Figura 2: Relação entre as subclasses – Necessidades de Necessidade de Outras Ajudas Profissionais e Habilitações Acadêmicas.**



## DISCUSSÃO

Na fase inicial deste estudo foi feita uma revisão bibliográfica que serviu de suporte e contextualização do estudo bem como a análise de estudo similares a este. Seguiu-se a definição de objetivos do estudo e a operacionalização do mesmo.

De acordo com o objetivo do estudo, previamente definido, globalmente podemos concluir que a necessidade que mais se destaca como prioritária para as famílias é a necessidade de informação tal como concluiu Ferro (2012).

“Os estudos de McLinden (1990), D’Amato e Yoshida (1991), Bailey et al. (1992), Sontag e Schacht (1994), McWilliam et al. (1995) e Morgado e Beja (2000), também referem as Necessidades de Informação como as mais frequentes.” (Ferro, 2012).

Neste estudo dentro da subescala da necessidade de informação, a maioria das famílias (89%) destaca a preocupação com “informação acerca dos serviços que o meu filho pode beneficiar neste momento”. Já no estudo levado a cabo por Ferro (2012), nesta categoria das “Necessidades de Informação”, a grande maioria das famílias (72% ) destaca a preocupação com “informação sobre os serviços e os apoios de que o seu filho poderá beneficiar no futuro”, o que vem ao encontro dos resultados relatados por Bailey e Simeonsson (1988) e McLinden (1990).”.

Quanto às necessidades de apoio económico este estudo revela que estas não são preocupação para as famílias inquiridas (50%), em oposição a estudos que referem o aumento das necessidades de apoio económico (Serrano, 2003, Costa 2004, citado em Ferro, 2012). Este facto pode ser explicado pelo facto da amostra tendencialmente ter um nível de instrução mais elevado daí melhores empregos e menos necessidades económicas. Mas no concreto, dentro desta subclasse, 54% dos inquiridos manifesta necessidade em “Arranjar qualquer tipo de equipamento especial que o meu filho necessite”. Constatamos, também, que as famílias inquiridas, não parecem valorizar, de forma significativa, as Necessidades de Explicar a Outros (51%) em oposição a outros estudos segundo Ferro (2012) “este resultado não é concordante com a literatura que refere que as Necessidades de Explicar a Outros a deficiência do seu filho é um dos grandes problemas que se coloca às famílias (Summers, Brotherson, Turnbull, 1984).”.

A necessidade “Outras Ajudas Profissionais” também se revelou como sendo uma necessidade de importância para as famílias, destacando-se dentro desta, a necessidade de “ter mais tempo para falar com os professores ou terapeutas do meu filho” fator que pode estar relacionada com o nível de instrução das famílias e a necessidade que manifestaram em relação á obtenção de formação.

Relativamente à relação das necessidades das famílias, com a sua escolaridade verificamos que, tendencialmente, quando aumenta o nível de habilitações académicas aumentam também as necessidades das famílias. Em termos globais, o nível de instrução das famílias sim, influencia as suas necessidades uma vez que o conhecimento, o entendimento e o acesso privilegiado a meios de informação têm influência direta nas expectativas da família.

Depois do estudo concluído não podemos deixar de referir a dificuldade sentida na recolha de dados, uma vez que houve dificuldades no acesso às famílias apoiadas pela IPI no distrito de Vila Real, o que condicionou a constituição da amostra. Consequentemente condicionou o número de inquiridos e a escolha da amostra que é aleatória por conveniência e, por isso, não permite generalizar as conclusões do estudo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No presente estudo constatamos que as necessidades de maior relevância para as famílias de crianças apoiadas pela Intervenção Precoce no distrito de Vila Real são a necessidade de informação e a necessidade de outras ajudas profissionais. Especificamente, ao nível das necessidades de informação, as famílias identificam como mais significativa, em primeiro lugar, a informação acerca dos serviços que os seus filhos podem beneficiar neste momento e a informação acerca dos serviços que os seus filhos podem beneficiar no futuro, em segundo lugar.

No que diz respeito à necessidade de outras ajudas profissionais as famílias valorizam, de forma evidente, ter mais tempo para falar com os professores ou terapeutas dos seus filhos, confirmando a ideia da investigação teórica que os pais preferem os profissionais que lhes proporcionem informação

relevante e precisa (Beverly & Thomas, 1999; Sontag & Schacht, 1994; McWilliam et al., 1995)” (Carmo, 2004).

Podemos assim concluir que as famílias precisam de profissionais que lhes forneçam informação. Corroborando conclusões de outros estudos, também esta amostra de famílias espera dos profissionais de Intervenção Precoce uma atitude de esclarecimento e fornecimento de informação relevante, clara e precisa. Os serviços de IPI e, no concreto, os técnicos das ELIs poderão ir ao encontro das necessidades das famílias com base no fornecimento de informação, tendo em conta as características individuais de cada família e o seu nível de entendimento.

Da análise efetuada, verificamos que o nível de escolaridade da família influencia diretamente a sua necessidade de outras ajudas profissionais que também aumentam com o seu nível de instrução, como no caso do item “ter mais tempo para falar com os professores ou terapeutas do meu filho” é evidente a disponibilidade e interesse das famílias para ir mais além na obtenção de informação que os potencie como elos centrais na intervenção com as suas crianças.

Em suma, podemos concluir que estas famílias esperam dos profissionais de IPI uma atitude de proatividade, no sentido do seu envolvimento e acesso a toda a informação, por forma a serem um elo central da intervenção e com esta atitude trazer ganhos para a intervenção com os seus filhos. Famílias esclarecidas e na posse de toda a informação estarão mais habilitadas a fazer escolhas e tomar decisões com maior conhecimento de causa. Famílias com estas características são também famílias mais capazes de identificar os seus pontos fortes, as suas potencialidades e as suas fraquezas.

Esta é a atitude e postura que se deve esperar de uma família para que se possam alcançar, de forma mais rápida e consistente, os objetivos de intervenção.

O caminho que a IPI tem feito de aproximação às famílias parece estar mais claro do que nunca, a disponibilidade demonstrada por estas famílias para a obtenção de informação e a necessidade de outras ajudas profissionais deixam adivinhar um bom prognóstico para a capacitação das famílias.

## REFERÊNCIAS

Anip, (2016), *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais*, p.3,4, 82,83. Associação Nacional de Intervenção Precoce. Acedido em 10 de dezembro, 2016, de <http://anip.net/index.php/quem-somos/historia-ip>

Bairrão, J. (1994) – “A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias. O Caso de intervenção precoce”. *Inovação*.

Capucha, L. (2008). Educação especial. Manual de apoio à prática. Lisboa: Ministério da Educação, DGIDC.

Carvalho, O. (2020). Crescer juntos na parentalidade positiva: Competências profissionais para a Educação Parental (pp. 122-136). In S. Monteiro (Orgs.) *Educação de jovens e adultos: ações de consolidação da agenda*. Paraná: Atena Editora. <https://doi.org/1022533/at.ed.81720140713>

Carvalho, O., Oliveira, B., Vázquez-Justo, E., & González Lozano, M. P. (2019, January). Formação de profissionais para a Parentalidade Positiva. Poster presented at the *3rd International Conference on Childhood and Adolescence and 6th Annual Meeting of the Social Paediatric Subcommittee (SPS-SPP) of the Portuguese Society of Paediatrics*, Fundação Dr. António Cupertino de Miranda, Porto, Portugal, 23rd-25th January 2019.



Carvalho, O., Costa-Lobo, C., Menezes, J., & Oliveira, B. (2019). O valor das práticas de Educação Parental: Visão dos profissionais. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 27(104), 654-684. doi: 10.1590/s0104-40362019002701653.

Carvalho, O. C., Galinha, S. A., Pereira, B. R., Coelho, G., & Machado, C. (2022). Contextos e perspetivas de criação de culturas, políticas e práticas inclusivas. *Quaderns d'Animació i Educació Social*, (35, Enero 2022), 1-23.

Carvalho, O. (2011). De pequenino se torce o destino: O valor da Intervenção Precoce. Porto: Legis Editora.

Carvalho, O.A. & Peixoto, L.M (2000). *A Escola Inclusiva, Da Utopia à Realidade*. Braga, Edições APPACDM Distrital de Braga, 2000. Isbn: 972-8424-72-8 Biblioteca Geral da Universidade Portucalense (BGUPT) [376 C 327 e] (1).

Carvalho, O. (2011). De pequenino é que se torce o destino: O valor da Intervenção Precoce. Porto, Livpsic, p.12.

Carmo, M. (2004). Influência das características das famílias em intervenção precoce na identificação das suas necessidades e na utilidade na sua rede de apoio social. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Braga.

Carrapatoso, M. T. de J. P. (2003). Subsídios para o Estudo da Investigação em Intervenção Precoce Centrada na Família: Quais as Perceções dos Técnicos?, Tese de Mestrado Publicada, Universidade do Porto, Portugal.

Correia, L. & Serrano, A. M. (1998). Envolvimento parental em intervenção precoce. Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família. Porto: Porto Editora.

Decreto-lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Diário da República - I Série - N.º 193 - 6 de outubro de 2009.

Despacho n.º 891-B/1999, de 19 de outubro. . Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Diário da República - II Série - N.º 244 - 19 de outubro de 1999.

Dunst, C. J. (2007) Early intervencion for infants and toddlers with development disabilities. In S. L. Odom, R. H. Honer, M. E. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp.531-551). Nova Iorque: Guilford Press.

Ferro, C. (2012). *Relações entre fatores de risco e necessidades da família*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Educação e Ciências. Lisboa.

Fortin, M. (2009). O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Loures, Lusociência.

Gonçalves, S. (2011). Intervenção Precoce na Infância: perspectivas e contributos de um estudo sobre a avaliação da satisfação das famílias do concelho de Viseu. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação de Viseu.

IM2. Acedido em 10 de dezembro, 2016, de <http://im2.anip.net/>

McWilliam, R. A.. (org.). (2012). Trabalho com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais. Coleção Educação Especial. Porto Editora, p.20.

Passos, A. J. B. (2014). As Necessidades das Famílias Apoiadas pela Intervenção Precoce e o atendimento das equipas no Concelho de Povoação, na Ilha de S. Miguel. Universidade Fernando Pessoa.

Pereira, A. P. S., Serrano, A. M. (2010). Intervenção Precoce em Portugal: Evidências e Consequências. Universidade do Minho

Serrano, A. M. (2007). Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce. Porto: Porto Editora.

Serrano, A. M. (2010 julho, agosto e setembro). Projecto-Piloto de Investigação-Ação em Intervenção Precoce na Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação. "Revista Diversidades", p.4.

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais. Salamanca: UNESCO e Ministério da Educação e Ciência de Espanha.

## **ICCA2022-11253 - Autonomia e habilidades de vida adulta: Impacto de uma intervenção socioeducativa em jovens institucionalizadas**

Ana Gaspar<sup>1</sup>, Tânia Pinto<sup>1</sup>, Rosina Fernandes<sup>2</sup>, Emília Martins<sup>2</sup> & Francisco Mendes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Técnica Superior de Educação Social (Portugal)*

<sup>2</sup>*ESEV e CI&DEI - Instituto Politécnico de Viseu (Portugal)*

*rosina@esev.ipv.pt*

### **Resumo**

A autonomização de jovens institucionalizados é um processo com dificuldade acrescida, pela ausência de suporte e modelos de aprendizagem ajustados nos contextos familiares, após a saída da casa de acolhimento residencial. Promover a autonomia é fundamental para evitar escolhas de vida com impacto negativo, muito comuns nesta população na vida adulta. Procurou-se avaliar o impacto de uma intervenção socioeducativa numa casa de acolhimento residencial, com o propósito de promover a autonomia e preparar a transição para a vida adulta independente, num grupo de 20 jovens do género feminino (dos 14 aos 21 anos), com média de idades de 16.35(±1.72), 50% a frequentar o 3º ciclo e as restantes o ensino secundário. Preencheram o Questionário de Habilidades de Vida Adulta (QHVA), subescalas de Apoio Social, Estudos e Trabalho, Dinheiro, Sobre si mesmo e Casa. Para avaliar a autonomia funcional, cognitiva e emocional, recorreu-se ao Questionário de Autonomia nos Adolescentes (QAA). Após o pré-teste, implementaram-se, de fevereiro a maio de 2021, ateliês socioeducativos, com recurso a uma metodologia ativa e participativa, centrados em: i) gestão doméstica; ii) documentos pessoais; iii) aconselhamento de carreira; iv) serviços públicos; e v) competências de autocuidado. Recorreu-se ao SPSS-IBM 27 para a análise de dados (*Wilcoxon*,  $p < .05$ ). Verificaram-se diferenças significativas ( $p < .05$ ), com resultados superiores pós-intervenção, em todas as subescalas do QHVA, exceto na dimensão Dinheiro. Destaca-se a subescala Sobre si mesmo, com o score final mais elevado (4.24±.81). No QAA a evolução foi apenas significativa e favorável à intervenção na Autonomia Cognitiva ( $p = .002$ ). Sugere-se uma avaliação *follow up* para aferir a manutenção destas competências. Apesar de bem-sucedida, a intervenção foi breve para mudanças que requerem tempo. O foco na gestão financeira, aspeto deficitário neste grupo, será crucial para prevenir a repetição de padrões de pobreza e exclusão social, que caracterizam as famílias da maioria destas jovens. Atender à autonomia funcional e emocional, para uma vida adulta independente e emocionalmente estável, deve constituir uma preocupação destas instituições. É comum a crença nestes jovens de que a vida se encarregará de resolver as dificuldades por si, desresponsabilizando-se, frequentemente, do envolvimento necessário ao desenvolvimento destas competências e da programação ajustada da saída da instituição. A educação não formal, mais especificamente a intervenção socioeducativa, pelo seu carácter prático e instrumental, poderá constituir-se um meio de atuação privilegiado de promoção destas mudanças, incentivando-se o recurso a programas estruturados, com evidência científica da sua eficácia na promoção da inclusão na sociedade e melhoria das condições de vidas destes jovens.

Palavras-chave: Autonomia, Institucionalização, Jovens, Intervenção socioeducativa.

### **Abstract**

Empowerment in institutionalized youth is a process with additional difficulty, due to the lack of support and adjusted learning models in their family contexts, especially after leaving the residential care home. Promoting autonomy is essential to avoid often harmful life choices, very common in this population in adult life. We sought to evaluate the impact of a socio-educational intervention in a residential care home, with the purpose of promoting autonomy and preparing the transition to independent adult life, in a group of 20 young females (from 14 to 21 years old), with average age of 16.35( $\pm$ 1.72), 50% attending the 3rd cycle and the rest secondary education. They completed the Adult Life Skills Questionnaire (QHVA), with Social Support, Study and Work, Money, About Self, and Home subscales. To assess functional, cognitive and emotional autonomy, the Adolescent Autonomy Questionnaire (QAA) was used. After the pre-test, socio-educational workshops were implemented from February to May 2021, using an active and participatory methodology, focused on: i) domestic management; ii) personal documents; iii) career counseling; iv) public services; and v) self-care skills. SPSS-IBM 27 was used for data analysis (Wilcoxon,  $p < .05$ ). There were significant differences ( $p < .05$ ), with superior post-intervention results, in all QHVA subscales, except for the Money dimension. The subscale About yourself stands out, with the highest final score (4.24 $\pm$ .81). In the QAA, the evolution was only significant and favorable to the intervention in Cognitive Autonomy ( $p = .002$ ). A follow-up assessment is suggested to assess the maintenance of these skills. Although successful, the intervention was brief for changes that require time. The focus on financial management, an aspect lacking in this group, will be crucial to prevent the repetition of patterns of poverty and social exclusion, which characterize the families of most of these young women. Attending to functional and emotional autonomy, for an independent and emotionally stable adult life, should be a concern of these institutions. It is common for these young people to believe that life will solve automatically difficulties by itself, often avoiding responsibility for the necessary involvement in the development of these skills and the adjusted planning for leaving the institution. Non-formal education, more specifically socio-educational intervention, due to its practical and instrumental nature, may constitute a privileged mean of action to promote these changes, encouraging the use of structured programs, with scientific evidence of their effectiveness in promoting inclusion in society and improvement of the living conditions of these young people.

Keywords: Autonomy, Institutionalization, Youth, Socio-educational intervention.

## INTRODUÇÃO

A eliminação/mitigação das situações de perigo e risco, e a consequente promoção dos direitos das crianças e jovens em risco, está contemplada na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo - LPCJP (Lei nº. 147/99, de 1/9). Aí se preveem diferentes medidas de promoção e proteção que, genericamente, se dividem em medidas de meio natural de vida e de colocação, num contínuo de menor para maior afastamento do seio familiar. Com efeito, tendo como fim último o superior interesse da criança, privilegiam-se decisões que impliquem o menor afastamento possível da família de origem. Entre as medidas de colocação que implicam maior afastamento, insere-se o Acolhimento Residencial (AR) que deve ser aplicado apenas quando todas as outras menos intrusivas já se mostraram (ou mostram) inadequadas/insuficientes para garantir a segurança e eliminar o perigo em que as crianças e jovens se encontram, revelando-se como a alternativa mais saudável, a vários, senão a todos os níveis, na ausência de condições emocionais, afetivas e materiais na família biológica, nuclear ou alargada.

Não obstante a situação real de perigo vivida pelo menor, o processo de institucionalização quase nunca é tranquilo e fácil para o menor, porquanto se trata de uma mudança radical, ou seja, uma nova realidade psicossocial, onde se encontram novas pessoas (todas) e novas regras. Compete à entidade responsável pelo pedido de acolhimento garantir que a instituição seja o mais adequada possível ao perfil da criança/jovem, assim como, em conjunto com a família, delinear o melhor projeto de vida, visando-se, com o acolhimento, prevenir, intervir, remediar e contribuir para a melhoria da vida da criança/jovem e da sua família (Antunes & Correia, 2016). Por outro lado, o fim último deve ser a autonomia de vida, como em todo o processo educativo, pelo que o fundamental é ajudar na co-

construção da autonomização progressiva, fazendo da institucionalização uma necessidade temporária. E este pode ser mesmo o desafio maior das instituições de acolhimento.

Neste sentido, desenvolveu-se um trabalho de investigação-ação, com uma intervenção direcionada para a promoção de autonomia e habilidades de vida adulta, num grupo de crianças/jovens institucionalizados em que estas competências se revelaram como prioritárias/urgentes, isto é, a necessitar de serem desenvolvidas/potenciadas.

## **1. CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO E INSTITUCIONALIZAÇÃO**

### **1.1. Criança em risco vs. criança em perigo**

O conceito de risco de ocorrência de maus-tratos em crianças é mais amplo e abrangente do que o das situações de perigo, caracterizadas na LPCJP, podendo, por vezes, ser difícil a demarcação entre ambas. Nas situações de risco as crianças pelas suas características biológicas e/ou familiares, encontram-se potencialmente sujeitas a omissões na satisfação das suas necessidades de ordem física (alimentação, abrigo, segurança, saúde e higiene), socioemocional (interação, afeto, estimulação, atenção e contacto) ou familiar, vendo comprometido o seu processo de desenvolvimento (Alves, 2007; Anica & Freire-Raposo, 2017). Ou seja, segundo estes autores, uma situação de risco define-se pela iminência de um perigo efetivo, no entanto essa ameaça ainda não se efetivou. Quanto a situação de perigo, consideram que está presente, no caso específico da criança, quando se verifica a confluência de várias situações de risco numa mesma criança ou jovem, podendo assumir várias manifestações (abandono – ausência de proteção da criança ou jovem por desistência ou recusa da assunção das competências parentais; negligência – desleixo parental face às necessidades afetivas e de desenvolvimento da criança/jovem; entre outras).

Segundo a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens - CNPDPCJ (2021), nas situações de risco, a intervenção delimita os esforços para o superar, tendo como objetivo a prevenção primária e secundária das situações de perigo. Esta prevenção deverá ser realizada através de políticas, estratégias e ações integradas dirigidas à população em geral ou a grupos específicos de famílias e crianças em situação de vulnerabilidade (por exemplo, através de campanhas de informação e prevenção). Por outro lado, segundo Gonçalves (2020), perante a presença de situações de perigo, a intervenção direciona-se para a remoção do perigo ou, caso não seja possível, para a mitigação dos efeitos provocados na criança. Daqui decorre, não só a aplicação de uma medida de promoção e proteção, mas também a prevenção de reincidências, reparação e superação das consequências dessas situações (CNPDPJC, 2021).

### **1.2. Medidas de promoção e proteção: o caso do Acolhimento Residencial**

A LPCJP prevê diferentes medidas de promoção e proteção destas crianças e jovens, quer em meio natural de vida, quer através da colocação e é neste âmbito que se insere o acolhimento residencial, entendido como um dos últimos recursos neste processo.

Com efeito, segundo Vala (2019), deve evitar-se a separação da criança dos pais/mães, no entanto, quando tal não é possível, recomenda-se que a família esteja envolvida no processo de acolhimento. E considera ainda que quando uma criança está entregue à instituição, esta adquire, no plano jurídico, as responsabilidades educativas morais, sociais e escolares, que em situações naturais seriam da responsabilidade dos progenitores. Para além destas, a instituição tem ainda como responsabilidade dar suporte ao nível do desenvolvimento físico, providenciando os cuidados de

alimentação e de saúde necessários, bem como psicológico, restabelecendo o equilíbrio emocional da criança/jovem e o seu desenvolvimento cognitivo e afetivo.

O objetivo essencial que se pretende atingir com a retirada da criança da sua família e a colocação em acolhimento é garantir que desenvolva laços de vinculação segura com os seus acolhedores, sem os quais o seu desenvolvimento estará ameaçado, ou mesmo comprometido, até os seus progenitores recuperarem as suas competências parentais, meta que deve ser alcançada num prazo reduzido de tempo (Delgado & Gersão, 2018).

São vários os motivos que conduzem à institucionalização, contudo, a forma como cada criança/jovem gere esse momento é muito singular, sendo o papel dos técnicos e educadores fulcral para a gestão desses sentimentos e promoção do seu desenvolvimento ajustado (Ferreira, 2016), como veremos em seguida.

### **1.3. Dificuldades no processo de acolhimento**

É necessário e imprescindível compreender as diferentes perspectivas que procuram explicar os antecedentes/causas das problemáticas apresentadas pelas crianças e jovens em risco. Segundo vários autores a separação precoce da(s) figura(s) parental(is) de referência pode conduzir a danos psicológicos duradouros. É, neste sentido que o psicólogo, psiquiatra e psicanalista britânico John Bowlby (em conjunto com muitos outros teóricos da vinculação) afirma que qualquer perturbação da vinculação inicial da criança tornará a pessoa emocionalmente insegura no futuro. Nesta perspetiva, é importante destacar que a separação é psicologicamente perigosa, uma vez que a continuidade da relação da criança com a primeira figura de vinculação é um elemento necessário para a sua saúde mental (Gleitman, 1999; Moreira et al., 2018).

O psicólogo Harry Harlow, em trabalhos de psicologia comparada em 1958, desenvolveu estudos com primatas, tendo por objetivo analisar o comportamento dos macacos quando criados sem qualquer contacto. Como resultado, verificou nos macacos isolamento, apatia e inadaptação social, que persistia na adolescência e na idade adulta. A generalização destes resultados à espécie humana, permitiu concluir que a criança necessita de estabelecer laços verdadeiramente humanos e de obter cuidado parental, enquanto aspetos fundamentais e indispensáveis para suprir as necessidades socioafetivas e, ainda, para evitar repercussões ao nível socioemocional na vida adulta. Neste contexto, Diniz et al. (2018) referem que é essencial refletir sobre os efeitos da quebra dos laços afetivos na institucionalização, tendo em conta os impactos decorrentes desse processo no desenvolvimento da criança a diversos níveis.

Apesar da literatura indicar que a institucionalização é capaz de diminuir os danos sofridos pela criança/jovem que vivencia o rompimento do vínculo familiar, existem fragilidades que podem colocar em causa a eficácia desta medida de promoção e proteção. No que diz respeito à rede profissional, há cuidadores que não conseguem transmitir confiança a este público-alvo, em especial por não compreenderem, ou não perceberem, as suas manifestações individuais; por não serem afetuosos, ou ainda por terem que dividir o seu tempo (de cuidado) entre todas as crianças (Diniz et al., 2018). medida institucionalização pode acarretar impactos relevantes tanto para o desenvolvimento físico quanto mental das crianças/jovens, com conseqüências no seu desenvolvimento socio afetivo. O autor acrescenta que alguns estudos indicam que as crianças institucionalizadas, apesar da pobreza, negligência e violência vivenciadas no meio familiar, desejavam retornar a casa, ao seio familiar, mesmo compreendendo que na casa de acolhimento estão mais seguras.

Assim, o papel destas instituições na promoção do bem-estar das crianças e jovens é fundamental, sobretudo no assegurar de condições para um processo de desenvolvimento ajustado, apesar da adversidade. Trata-se de um desafio que as casas de acolhimento residencial devem assumir com responsabilidade, destacando-se, a preparação destas crianças e jovens para uma vida adulta feliz e autónoma.

## **2. AUTONOMIA EM JOVENS INSTITUCIONALIZADOS**

### **2.1. Importância da promoção de autonomia em acolhimento residencial**

Autonomia refere-se à capacidade de o indivíduo tomar decisões sobre a sua própria vida, de forma independente, estabelecendo as suas normas de conduta (Soenens et al., 2017). Para os autores, a construção da autonomia é um ponto-chave no processo de desenvolvimento, que se inicia desde cedo, mas assume-se como uma tarefa com especial relevância no período da adolescência. Neste processo, a família e os restantes contextos da vida (escola e comunidade) assumem um papel fundamental. No caso das crianças e jovens institucionalizados, a ausência da família no suporte ao desenvolvimento da autonomia deve ser compensada com a intervenção promovida pela instituição que acolhe o menor (Oliveira et al., 2020).

Quando falamos em autonomia, de acordo com Noon et al. (2001), devemos considerar três dimensões: cognitiva (fazer escolhas, definir objetivos), funcional (tomar decisões e resolver os seus assuntos de forma independente, com as suas estratégias) e emocional (confiança na definição de metas para a sua vida). Neste processo de construção da autonomia, o desenvolvimento de habilidades/competências de vida adulta é fundamental, e passa pela capacidade de gerir a confeção de refeições, organizar tarefas domésticas, como o tratamento de roupa, limpeza e higiene, mas também assegurar aspetos inerentes à cidadania e cuidados de saúde, bem como gestão financeira (Almeida, 2016).

O desenvolvimento da autonomia e a necessidade de nos vermos separados dos outros são fundamentais para a possibilidade de sobrevivência (Moura et al., 2017). Destaca ainda que algumas perspetivas psicológicas priorizam a autonomia, a separação e a independência para o desenvolvimento emocional saudável, no entanto, a capacidade de estabelecer relações sociais é igualmente imprescindível nesta fase. Nesta lógica de pensamento, referem os autores, a literatura propõe a existência de tarefas universais de desenvolvimento: formação de relacionamentos, aquisição de conhecimento e equilíbrio entre autonomia e relação, sendo que a primeira deve acontecer desde o nascimento, a segunda na infância inicial e a terceira na adolescência. Face às diferentes formas de desenvolvimento, Moura et al., (2017) apontam a possibilidade de as crianças/jovens poderem desenvolver-se segundo quatro modelos: autónomo-separado, heterónimo-separado, heterónimo-relacionado, e o autónomo-relacionado. O melhor modelo de *self* a seguir será o último, uma vez que se espera que as crianças e jovens desenvolvam a autonomia, tomem decisões e ajam por conta própria, mas que também se mantenham próximas nos relacionamentos, dada a valorização da interdependência emocional. Este modelo incentiva e estimula o desenvolvimento da autonomia, promovendo, em simultâneo, a aquisição de sentimentos de empatia, solidariedade e entajuda (através das relações interpessoais).

No que diz respeito às crianças e jovens institucionalizadas, a autonomização é uma capacidade que não está facilmente ao seu alcance quando saem das instituições. Segundo Gaspar e Gaspar (2017), a falta de suporte e afeto, assim como de modelos e aprendizagens, prejudica tanto a vivência interna

como a social. Consequentemente, muitos tendem a procurar escapatórias da realidade e a enveredar por escolhas de vida com impacto negativo para si e para os outros. Deste modo, sendo indispensável fomentar a autonomia em crianças e jovens, emerge a educação não-formal como medida mais adequada às suas necessidades. Para os autores, este tipo de educação afasta-se da imposição excessiva de regra, contando com o empenho voluntário das crianças/jovens e com a compreensão de que precisam de ajuda. O que aprendem é prático, útil e visa promover a sua integração na sociedade e melhoria de vida.

## **2.2. Promoção de autonomia em jovens institucionalizados**

Após a segunda Guerra Mundial, e até à década de 1970, com o forte incremento do progresso científico e tecnológico, assistiu-se à massificação dos sistemas educativos, acompanhada pelo descontentamento face aos modelos pedagógicos vigentes. A ideia de que os sujeitos se educavam ao longo da vida surgiu nos finais da década de 1950. Esta ideia apresentava-se como uma nova proposta educativa que concedia maior protagonismo aos contextos não formais e informais de educação, formação e aprendizagem (Guimarães, 2019). Assim, surge a educação não formal como formação capaz de capacitar os indivíduos nas mais diversas áreas da vida. Segundo Nascimento e Cury (2020), a educação é a porta de entrada para a participação ativa em todos os espaços sociais e políticos. No entanto, os mesmos autores salientam que a efetividade do direito à educação como área social exige o comprometimento do Estado, através do desenvolvimento de políticas públicas. No que concerne mais especificamente às crianças e jovens, revela-se essencial, no seu desenvolvimento saudável, a existência de uma formação e educação ao longo da vida, o mais precocemente possível, dotando os indivíduos de competências necessárias para a vida autónoma adulta.

Incluídas no leque da formação e educação encontram-se diferentes áreas de estudo. Centrando esta temática na faixa etária da infância e adolescência, uma das áreas que mais carece de educação é a autonomia. No contexto particular dos jovens institucionalizados, destacam-se os programas de autonomia de vida para facilitar a autonomização e preparação da saída da instituição (Almeida, 2016). São vários os programas estruturados que existem neste âmbito, entre os quais se inclui um dos mais reconhecidos, o Programa *Umbrella*, desenvolvido, em 2006, pela equipa do Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental da organização Mundos de Vida – Portugal. O *Umbrella* inclui um questionário de avaliação de competências de vida e propõe o desenvolvimento de atividades promotoras de competências pessoais, sociais e profissionais, bem como capacidades de natureza mais funcional como a gestão doméstica e financeira, de que são exemplo o apoio social, estudos/trabalho, dinheiro, sobre si mesmo e casa (Martins, 2015).

## **3. METODOLOGIA**

Desenvolveu-se uma investigação-ação, com pré e pós teste medidos por 3 meses de intervenção). A avaliação diagnóstica permitiu identificar as áreas prioritárias de intervenção para promover autonomia e habilidades de vida adulta. A intervenção foi realizada com recurso a um programa de promoção de autonomia (Um passo para o futuro), construído especificamente para uma instituição de acolhimento residencial para crianças e jovens em risco. O programa está organizado sob a forma de ateliers de autonomia, desenvolvidos através de metodologia ativa e participativa, valorizando as experiências, vivências e conhecimentos do grupo, implicando as jovens no seu processo de desenvolvimento, de forma responsável e segura, enquanto protagonistas da sua

(trans)formação. Visa capacitar as jovens de conhecimentos e competências promotoras da sua autonomia e independência e apresenta como objetivos específicos: i) consciencializar/sensibilizar as jovens para o seu Projeto de Vida de Autonomização; ii) preparar para a saída da instituição; iii) desenvolver competências pessoais, sociais e funcionais que lhes permitam viver de forma autónoma e independente. Os ateliers foram organizados em diversas sessões em função de várias temáticas: Gestão Doméstica (ex. cuidar da roupa, cozinhar, ir às compras), Documentos Pessoais (ex. tratar do cartão de cidadão), Aconselhamento de Carreira (ex. exploração de oferta formativa e estratégias de procura ativa de emprego), Serviços Públicos (ex. solicitar apoios da Segurança Social) e Competências de Autocuidado (ex. higiene pessoal e procura de apoios na área da saúde). No que concerne à implementação, podemos apontar dois momentos durante a semana: Atelier de Cozinha e Workshops Temáticos de Autonomia. O Atelier de Cozinha surgiu com o objetivo de apoiar as jovens na confeção das suas refeições, promovendo simultaneamente uma alimentação saudável. Decorria uma vez por semana e com as jovens divididas em dois grupos para que o apoio fosse mais próximo e individualizado. Os Workshops Temáticos de Autonomia tinham como objetivo munir as jovens de ferramentas e estratégias para a sua inserção na vida adulta, com recurso a também a dinâmicas de grupo. Eram realizados uma vez por semana, trabalhando diferentes áreas: gestão doméstica, tratamento de roupa, manutenção e oficinas, serviços da comunidade e inserção na vida adulta.

### **3.1. Participantes**

Participaram no estudo 20 jovens institucionalizadas, todas do género feminino, a viver numa casa de acolhimento residencial da região Centro do país. A média de idades corresponde a 16.35 ( $\pm 1.72$ ) anos, sendo a idade mínima 14 e a máxima 21 anos. Em termos de habilitações académicas, dividem-se equitativamente entre a frequência do 3º ciclo e do ensino secundário.

### **3.2. Variáveis**

A autonomia e as habilidades de vida adulta foram as variáveis consideradas, operacionalizadas, respetivamente, pela pontuação obtida no Questionário de Autonomia nos Adolescentes (QAA), em geral e nas três dimensões que o instrumento avalia (autonomia cognitiva, funcional e emocional), bem como no Questionário de Habilidades de Vida Adulta (QHVA) e respetivas dimensões que decorrem das áreas exploradas no Programa Umbrella (apoio social, estudos/trabalho, dinheiro, sobre si mesmo e casa).

### **3.3. Procedimentos**

A recolha de dados nos dois momentos, bem como a intervenção, foram realizadas após cumprimento de todos os procedimentos de natureza ética, com autorização prévia dos responsáveis e direção técnica da instituição de acolhimento em causa, e consentimento das jovens. Procedeu-se, inicialmente e durante o mês de fevereiro de 2021, a uma caracterização do público-alvo e do funcionamento da instituição. Seguidamente, iniciou-se a intervenção durante 3 meses (até final de maio de 2021), com aplicação prévia (pré teste) dos instrumentos de avaliação selecionados, culminando com a avaliação final (pós teste).

### **3.4. Instrumentos**

O Questionário de Autonomia nos Adolescentes (QAA), versão portuguesa de Graça et al. (2010), do Adolescent Autonomy Questionnaire (Noom, 1999), que revelou boas qualidades psicométricas, traduz uma medida de capacidade do jovem em controlar a sua vida e é constituído por 3 subescalas de autonomia: cognitiva, emocional e funcional. Cada subescala é composta por 5 itens (15 no total),



com uma escala de resposta de Likert, de 1 a 5, que corresponde, respetivamente, a nada característico em mim e a muito característico em mim. A pontuação obtida reflete o grau de autonomia dos jovens em cada dimensão De acordo com os autores, a autonomia cognitiva refere-se à capacidade de tomar decisões e estabelecer objetivos pessoais, enquanto a autonomia emocional reflete o sentimento de auto-confiança e ausência de necessidade excessiva de validação social, ao passo que a autonomia funcional revela a medida em que a conduta é confiante e auto-regulada. Quanto ao Questionário de Habilidades para a Vida Adulta (QHVA), da autoria de Almeida (2016), é constituído por 63 itens em escala de *Likert* (de nada – 1, a muitíssimo - 5), agrupados em 5 dimensões: apoio social, estudos e trabalho, dinheiro, sobre si mesmo e casa. Dados psicométricos definitivos ainda não existem, porquanto foi construído para uma Instituição em particular, que reúne dados exploratórios. Todavia, a sua autora partiu do Programa Umbrella, elaborado no âmbito de um projeto Leonardo da Vinci, financiado pela União Europeia, entre 1997 e 2000, que envolveu organizações educativas de Holanda, Finlândia, Escócia, Alemanha e Suécia, cuja versão portuguesa (2006) é da responsabilidade da Equipa do Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP) da Mundos de Vida. Trata-se de um programa de promoção de autonomia dirigido a crianças e jovens institucionalizados, focado em competências das 5 áreas abrangidas pelas dimensões do QHVA.

### 3.5. Técnicas estatísticas e grau de confiança

Para a análise dos dados recolhidos, recorreu-se ao SPSS-IBM 27, assumindo-se um grau de confiança de 95% na interpretação dos resultados. Neste sentido, para comparar os dois momentos de aplicação do instrumento, como não se cumpriram os pressupostos para aplicação de técnicas paramétricas procedemos à aplicação do teste (Wilcoxon).

## 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No que concerne à autonomia, os valores de estatística descritiva (média, desvio padrão, máximo e mínimo) e inferencial de comparação entre pré e pós teste (Wilcoxon) encontram-se nas Tabelas 1 e 2.

**Tabela 1. Estatística descritiva e inferencial (Wilcoxon). Questionário de Autonomia dos Adolescentes**

QAA	n	Mín.	Máx.	M	DP	Z	p
Total							
Pré teste	20	2.47	3.47	2.97	.28	-3.49	.72
Pós teste		2.07	4.13	2.95	.46		
Autonomia Cognitiva							
Pré teste	20	1.33	3.67	2.63	.69	-3.08	.00
Pós teste		1.00	4.67	3.10	.79		
Autonomia Emocional							
Pré teste	20	2.33	5.00	3.56	.73	-.343	.73
Pós teste		1.33	4.67	3.51	.75		
Autonomia Funcional							
Pré teste	20	1.75	4.00	3.04	.68	-1.30	.19
Pós teste		1.50	4.25	3.26	.57		

Tendo por referência os valores médios obtidos na adaptação da escala à população portuguesa, podemos constatar que, quer os valores globais finais desta amostra ( $M=2.95\pm.46$ ), quer os parciais por subescala, à exceção da subescala de autonomia emocional, foram inferiores aos obtidos por Graça et al. (2010), que constataram valores médios  $>3.3$  na subamostra feminina. A autonomia emocional no final da intervenção encontra-se no extremo superior ( $3.56\pm.73$ ), enquanto a subescala de autonomia cognitiva apresenta os piores resultados ( $3.10\pm.79$ ). Salienta-se, contudo, que a intervenção se revelou favorável e significativa apenas ao nível da dimensão cognitiva da autonomia ( $p=.00$ ).

A construção da autonomia envolve múltiplos processos cognitivos, emocionais e comportamentais, como a reflexão, responsabilidade e autodisciplina. Estudos revelam que o recurso excessivo à interação em contexto virtual, que caracteriza a atualidade dos jovens, potencia um défice nesta dimensão emocional da autonomia (Li et al., 2022). Na amostra em estudo, os resultados favoráveis nesta dimensão, independentes da intervenção levada a cabo, parecem apontar para níveis ajustados de interação e comunicação (*offline*) nestas jovens. Com efeito, a dimensão mais problemática nas participantes estaria relacionada com o desenvolvimento de planeamento, organização e estratégias de avaliação, bem como o processamento de informação, competências fundamentais para processos de tomada de decisão e para lidar com os problemas do quotidiano, gerindo de forma independente estratégias de aprendizagem, porquanto caracterizam a autonomia cognitiva (Aguirre-Dávilla, 2021). Os estudos apontam para a relação entre esta dimensão e o desempenho académico (Gnambs & Hanfstingl, 2016). A intervenção mostrou-se benéfica neste âmbito, contudo, seria importante cruzar estes resultados com as classificações escolares por forma a perceber que estratégias poderiam ser desenvolvidas, também em contexto escolar, para potenciar esta dimensão, num período em que geralmente o declínio no desempenho académico é frequente. Não obstante, todos os valores médios se situarem acima do ponto médio da escala de resposta, os resultados reforçam a necessidade de intervenção continuada com estas jovens. Por seu lado, o efeito mais evidente da intervenção foi na autonomia cognitiva, porquanto foi a única em que se registaram melhorias estatisticamente significativas. O efeito de maior dificuldade de evolução a partir de determinados valores da escala pode ter-se feito sentir, necessitando eventualmente de intervenção mais prolongada no tempo.

No QHVA, destacamos que, no final da intervenção (Tabela 2), tendencialmente, as crianças/jovens apresentam competências de autonomia acima do ponto médio da escala ( $3.73\pm.46$ ), superiores aos do estudo original (Almeida, 2016), efetuado também com jovens raparigas. Os valores médios mais baixos registam-se na subescala referente ao Dinheiro ( $3.41\pm.88$ ) e no extremo oposto situa-se a subescala Sobre si mesmo ( $4.24\pm.81$ ), ambos em linha com os resultados de Almeida (2016). O êxito da intervenção nas HVA, está expresso no  $p<.05$  em todas as comparações pré-pós teste realizadas, exceto a subescala Dinheiro, embora com evolução favorável.

**Tabela 2. Estatística descritiva e inferencial (Wilcoxon). Questionário de Habilidades para a Vida Adulta**

QHVA	n	Mín.	Máx.	M	DP	Z	p
Total							
Pré teste	20	2.07	4.56	3.25	.79	-2.91	.00
Pós teste		2.40	4.62	3.73	.46		

Apoio Social Pré teste Pós teste	20	1.63 2.21	4.42 5.00	3.08 3.67	.79 .72	-2.91	.00
Estudos Trabalho Pré teste Pós teste	20	1.57 2.14	4.71 4.71	3.11 3.58	.87 .75	-1.99	.04
Dinheiro Pré teste Pós teste	20	1.44 1.56	4.33 4.67	2.96 3.41	.80 .88	-1.77	.07
Sobre si mesmo Pré teste Pós teste	20	1.80 2.10	5.00 5.00	3.77 4.24	.98 .81	-2.76	.00
A Casa Pré teste Pós teste	20	1.67 2.22	4.94 5.00	3.31 3.75	.92 .87	-2.78	.00

Com efeito, a literatura aponta para a importância da intervenção no âmbito da literacia financeira e aconselhamento de carreira para ajudar os jovens a romper com o ciclo intergeracional de pobreza, ao promover a consciencialização dos aspetos económicos inerentes a uma vida adulta independente, comportamentos financeiros adaptativos e competências relacionadas com o mundo do trabalho (Cedeño et al., 2021).

## 5. CONCLUSÃO

Destaca-se o sucesso desta intervenção, com melhorias nas habilidades de vida adulta e autonomia cognitiva. Ainda assim, salienta-se a necessidade de continuidade na intervenção, atendendo à morosidade inerente à promoção de mudanças desta natureza. Os resultados menos favoráveis na gestão financeira, resultam de dificuldades detetadas nas jovens relativamente a competências de raciocínio numérico e que se evidenciaram nas competências de literacia financeira. Neste sentido, o trabalho em parceria com profissionais de educação formal revela-se fundamental. Este trabalho em equipa é crucial para prevenir situações futuras de pobreza e exclusão social que repetem padrões menos ajustados de funcionamento das famílias de origem da maior parte destas jovens. A promoção de mudanças ao nível da autonomia emocional e funcional requer, também, amadurecimento no processo de desenvolvimento que deve continuar a ser potenciado nestas jovens, privilegiando a regulação emocional e a capacidade de agir em conformidade com a autonomia cognitiva, isto é, a autonomia funcional, que foi possível promover com as dinâmicas de grupo implementadas.

Concluimos que, apesar das limitações, nomeadamente o recurso a estratégias de intervenção planeadas especificamente no âmbito deste projeto e não com recurso a um programa estruturado validado e com evidência científica demonstrada, bem como o tempo reduzido de intervenção, os resultados são, ainda assim, promissores. Seria, contudo, necessário efetuar o *follow up* destas competências.

Fica evidente a importância do recurso a uma intervenção de natureza socioeducativa na promoção destas mudanças. Com efeito, como já o afirmámos, é comum a crença nestes jovens de que a vida se encarregará de resolver as dificuldades por si, desresponsabilizando-se, do envolvimento necessário na preparação da sua saída da instituição. Cabe aos responsáveis e técnicos das casas de acolhimento residencial potenciar a intervenção socioeducativa, assente numa metodologia participativa e ativa, empoderando estes jovens no seu processo de mudança, dando-lhes voz e

envolvimento como atores sociais, para coconstrução do caminho do bem-estar pessoal e social (Carvalho, 2015).

## REFERÊNCIAS

- Aguirre-Dávila, E., Morales-Castillo, M., & Moreno-Vásquez, M. (2021). Parenting, autonomy and academic achievement in the adolescence. *Journal of Family Studies*, 10.1080/13229400.2021.1871935
- Almeida, C. (2016). *Autonomia em adolescentes/ jovens institucionalizados* (Nº de Publicação 201650355). [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4498>
- Alves, S. (2007). *Filhos da Madrugada- percursos adolescentes em Lares de Infância e Juventude*. Instituto Superior e Ciências Sociais e Políticas.
- Anica, A. & Freire-Raposo, S. (2017). *Crianças em risco: Um olhar multifacetado*. Universidade do Algarve.
- Antunes, M., & Correia, L. (2016). Educar para a Autonomia de Vida: Uma Intervenção com Crianças/ Jovens Institucionalizados. *Atas do XIII Congresso*, 276–282. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/51214/3/Livro%20de%20Atas%20XIII%20Congresso%20SPCE%202016.pdf>
- Carvalho, M. J. (2015). Rehabilitating and educating for responsible autonomy: two sides of a path to personal and social well-being. In R. Carneiro (Ed.), *Youth, offense and well-being: Can science enlighten policy?* (pp. 227-252). CEPCEP – Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.
- Cedeño, D., Lannin, D. G., Russell, L., Yazedjian, A., Kanter, J. B., & Mimnaugh, S. (2021). The effectiveness of a financial literacy and job-readiness curriculum for youth from low-income households. *Citizenship, Social and Economics Education*, 20(3), 197–215. <https://doi.org/10.1177/20471734211051770>
- CNPDPJ. (2021). *Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens*. <http://ns1.inr.pt/left.asp?13.02>
- Delgado, P., & Gersão, E. (2018). O acolhimento de crianças e jovens no novo quadro legal. *Análise Social, LIII*(226), 112–134. <https://doi.org/10.31447/as00032573.2018226.05>
- Diniz, I., Assis, M., & Souza, M. (2018). Crianças institucionalizadas: Um olhar para o desenvolvimento socioafetivo. *Pretextos - Revista Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais*, 3(5), 261–285.
- Ferreira, C. (2016). O Encontro do Saber Escolar por Crianças e Jovens Institucionalizadas. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 238–245.
- Gaspar, M., & Gaspar, J. (2017). Desafios de Automatização com Jovens (Ex)acolhidos. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1), 187–203.
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. Fundação Calouste Gulbenkian. Gnambs, T., & Hanfstingl, B. (2016). The decline of academic motivation during adolescence: An accelerated longitudinal cohort analysis on the effect of psychological need satisfaction. *Educational Psychology*, 36(9), 1691–1705. <https://doi.org/10.1080/01443410.2015.1113236>
- Gonçalves, D. (2020). *Cidadania e desenvolvimento de competências pessoais e sociais: Um projeto de intervenção com os Jovens ao Leme- E7G* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação da

Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/71369/2/Relat%c3%b3rio%20Daniela%20Martins%20Gon%c3%a7alves.pdf>

Graça, J., Calheiros, M., & Martins, A. (2010). Adaptação do Questionário de Autonomia nos Adolescentes (QAA) para a língua portuguesa, *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 237-250. <https://doi.org/10.14417/lp.644>

Guimarães, P. (2019). Educação ao Longo da Vida. *Sisyphus*, 7(2). <https://doi.org/10.25749/sis.18179>

Li, Y., Chen, H., Zheng, Y., Wu, L., & Fan, C. (2022). Development and Validation of an Autonomy Questionnaire for Chinese Adolescents From the Perspective of Network Culture. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.810140>

Martins, S. (2015). Processo de Autonomização dos Jovens através do apartamento de autonomização – Programa de Residência e Apoio à integração de adolescentes. <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6771/Sara%20Martins.pdf?sequence=1>

Moreira, C., Torrenté, M., & Jucá, V. (2018). Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. *Interface*, 22(67), 1123-34.

Moura, M., Ramos, D., Pessôa, L., Carvalho, R., Victor, T., & Mendes, D. (2017). Autonomia-Relacionada como Tendência do Desenvolvimento do Self: Novas Evidências em um Contexto Brasileiro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, 1–9. <https://doi.org/doi:http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3333>

Nascimento, J., & Cury, C. (2020). A qualidade da educação no horizonte da proteção integral infanto-adolescente. *Cadernos de Pesquisa*, 50(177), 679–697. <https://doi.org/10.1590/198053146873>

Noom, M., Dekovic, M. & Meeus, W. (2001). Conceptual analysis and measurement of adolescent autonomy. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(5), 577-595.

Oliveira, L., Araújo, P., Martins, E., Fernandes, R., & Mendes, F. (2020). Institutionalization and Autonomy in Adolescents and Youth. In P. Besedová, N. Heinrichová, & J. Ondráková (Eds.), *ICEEPSY 2020: Education and Educational Psychology, vol 1. European Proceedings of International Conference on Education and Educational Psychology* (pp. 300-307). European Publisher. <https://doi.org/10.15405/epiceepsy.20111.28>

Sanchis-Sanchis, A., Grau, M. D., Moliner, A.-R., & Morales-Murillo, C. P. (2020). Effects of Age and Gender in Emotion Regulation of Children and Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11, 946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00946>

Santos, L., Velho, C., Pinheiro, M., & Palaio, C. (2018). PROJET'AR-TE - Desenvolvimento de competências para a vida: Estudo de eficácia e follow-up de um Programa de Desenvolvimento de Autonomia para jovens em Acolhimento Residencial. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 9(2), 43–61. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2710>

Soenens, B., Deci, E., & Vansteenkiste, M. (2017). *How Parents Contribute to Children's Psychological Health: The Critical Role of Psychological Need Support*. [https://doi.org/10.1007/978-94-024-1042-6\\_13](https://doi.org/10.1007/978-94-024-1042-6_13)

Vala, A. (2019). *A Intervenção com Adolescentes em Acolhimento Residencial: Emoções e Linguagens Artísticas* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório do IPL. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4626/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Projeto%20Ana%20Vala.pdf>

# ICCA2022-13143 - Meninas na pandemia: uma intervenção a partir do dispositivo da Fotolinguagem®

Lorrayne Alves de Aquino Ferreira<sup>1</sup>, Ka tia Tarouquella Brasil<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Brasília – [lorrayne.aquino@hotmail.com](mailto:lorrayne.aquino@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade de Brasília – [ktarouquella@gmail.com](mailto:ktarouquella@gmail.com)

## Resumo

Em 2020 em virtude do covid-19, a população mundial viveu uma situação pandêmica que acarretou na mortalidade e no adoecimento em todos os continentes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o mês de março de 2022, registrou-se aproximadamente 476 milhões de casos e 6 milhões de mortes pela COVID-19 no mundo. Diante da rapidez dos contágios e a lentidão da vacinação, o isolamento foi o recurso utilizado por vários países e também, parcialmente pelo Brasil. Este cenário levou ao fechamento das escolas e colocou os/as adolescentes em casa, em uma situação de isolamento, em que as telas do computador, da televisão e do celular passaram a ser a janela de acesso ao mundo social.

Neste sentido o presente trabalho buscou discutir e analisar como a pandemia atingiu a vida de estudantes meninas do ensino médio da periferia ne Brasília/Distrito Federal, capital do Brasil e, quais foram os desafios enfrentados por elas no decorrer desse período.

Nesse contexto, um projeto de extensão ofereceu um espaço de fala e de trocas de modo virtual a um grupo de meninas adolescentes alunas de uma escola pública na periferia de Brasília que participam de um projeto de extensão universitária de gênero intitulado “Meninas Velozes”. A intervenção de modo virtual utilizou o dispositivo da Fotolinguagem® para promover um espaço de troca, encontros de discussão de filmes e espaço de fala sobre a experiência do confinamento. A pesquisa exploratória foi realizada em 2020 e 2021 e envolveu ao todo 18 estudantes. A Fotolinguagem®, se constituiu em uma intervenção em grupo mediada por fotografias adaptadas para o modo virtual<sup>1</sup>. A oficina de discussão de filme abordou as temáticas de gênero, raça e patriarcado e um espaço de fala livre sobre a experiência de confinamento das adolescentes envolvidas no projeto. As intervenções, foram conduzidas por duas profissionais em revezamento das áreas de humanas, tendo em vista que se trata de um projeto interdisciplinar.

Evidenciou-se que o espaço de fala entre as meninas possibilitou a troca dos desafios do estudo remoto tais como, a falta de computador disponível e a inexperiências dos professores com o uso das novas tecnologias. Outro desafio foi o isolamento e o excesso de convivência familiar. As oficinas que utilizaram filmes para o debate e troca no grupo, colocou em cena o debate sobre gênero, as repressões, privações e violências vividas por meninas de periferia. Notou-se que os laços sociais do grupo, mesmo que adaptados ao modelo online tiveram grande importância no suporte emocional diante das dificuldades e desafios enfrentados pelas meninas durante a pandemia e que a escola, além de um espaço de transmissão de conhecimento é também um espaço de encontro e de troca, mas que foi rompido durante a pandemia.

Palavras-chave: gênero, pandemia, Fotolinguagem®, Meninas Velozes.

## INTRODUÇÃO

Em 2020, em virtude do vírus SARS-CoV-2 (coronavírus), popularmente conhecido como COVID 19, impôs a população mundial uma situação pandêmica que levou a mortalidade e o adoecimento em todos os continentes. Segundo o painel da OMS sobre o coronavírus, até o mês de março de 2022, registrou-se aproximadamente 476 milhões de casos e 6 milhões de mortes pela COVID-19 no mundo. Diante da rapidez dos contágios e a lentidão da vacinação, o isolamento social foi o recurso utilizado por vários países e, parcialmente pelo Brasil.

Este cenário afetou todos os segmentos sociais, entre eles o educacional. O isolamento social levou ao fechamento das instituições de ensino públicas e privadas que colocou os estudantes em casa, em uma situação de confinamento, em que as telas do computador, da televisão e do celular passaram a ser a janela de acesso ao mundo social. Segundo Nunes (2021), em decorrência da pandemia a educação precisou passar por mudanças rápidas nunca vistas antes. Em virtude do

fechamento das escolas, as instituições precisaram se adaptar rapidamente substituindo as aulas presenciais por aulas online para garantir a continuidade do ensino. Com isso, dados da UNESCO 2020, apontaram que “1,6 bilhão de estudantes foram afetados por essa situação, a instituição chama de “a maior interrupção da aprendizagem da história” (Nunes, 2021, p. 2).

Entre os desdobramentos negativos da adaptação ao ensino online destaca-se a evasão escolar. Dados da pesquisa realizadas pelo DataFolha a pedido do C6Banck constataram que em 2020 10,8% dos estudantes do Ensino médio abandonaram os estudos. Entre as principais causas que levaram ao abandono escolar neste período encontra-se as questões socioeconômicas, tendo em vista que a maioria desses estudantes são de classe sociais mais baixas (Classe A e B: 6,9% e Classe D e E: 10,6%).

Com base nos dados levantados nota-se um aumento na desigualdade social marcado no contexto educacional por dificuldades de acesso aos recursos tecnológicos para a continuação do ensino. Em relação ao acesso à internet em 2020, 92% das crianças e adolescentes de 10 a 17 anos viviam em domicílios com acesso à internet, a proporção foi menor para indivíduos das classes D e E (82%) (Comitê Gestor de Internet no Brasil, 2020). Com isso, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 3,7 milhões de estudantes matriculados não tiveram acesso a atividades escolares e não conseguiram estudar em casa durante o período entre 2019 e 2020 em que as escolas fecharam e as aulas aconteceram de modo exclusivamente remoto. Vale ressaltar que em 2021 o ensino passou a acontecer de forma híbrida e atualmente, em 2022, as escolas voltam a funcionar e o ensino retoma a modalidade presencial em todo o mundo.

A realidade educacional, marcada pela desigualdade não se fez presente apenas no contexto pandêmico. Está desigualdade está presente desde os primórdios da história. No Brasil, o acesso às universidades sempre foi visto com uma realidade destinada a poucos, e ainda hoje é vista como distante da maioria de jovens, principalmente os que se formam nas escolas de rede pública (Baroni, 2010). Ao analisar a realidade das mulheres, esta apresenta-se ainda mais distante das cadeiras das faculdades tendo em vista que, por muitos anos a educação feminina se restringiu ao aprendizado de trabalhos domésticos e maternais (Matos, 2019).

Neste sentido, nota-se que a formação das meninas nas escolas é atravessada por uma divisão social de gênero que permeia o contexto social em que elas estão inseridas. Em 2013, com o intuito incentivar garotas de ensino médio a se interessarem pelo ingresso na área de exatas no ensino superior, teve início o projeto de extensão Meninas Velozes, em parceria com uma escola pública de periferia do Distrito Federal. Este trabalho iniciou após ser identificado por professoras da Faculdade de Tecnologia da Universidade de Brasília (UnB), que é baixo o percentual de matrículas nos cursos de engenharias por mulheres (Matos, 2019).

Historicamente, identifica-se durante o processo de escolarização a construção de noções relacionadas a profissões femininas e masculinas, sendo estas construções culturais relacionadas a um intenso aprendizado sociocultural que ensina a agir conforme prescrições e normas sociais de gênero que são estabelecidas em relação à maneira como os homens e mulheres devem atuar nos espaços (Kuchemann, Bandeira & Almeida, 2015). Com isso, pode-se notar uma influência cultural frente a realidade que se evidencia nos dados apresentados no que se refere ao lugar da mulher no campo profissional marcado pela desigualdade de gênero.

Segundo Almeida et. al (2019), nos últimos oito anos, o projeto Meninas Velozes vem consolidando a integração entre as áreas exatas, sociais e humanas, bem como reafirmando o seu compromisso

social com a educação e as problemáticas de gênero e raça por meio de duas linhas de trabalho: aspectos educacionais em ciências, tecnologia, engenharia, artes e matemática; e aspectos psicossociais, educativos e de gênero.

Durante a pandemia o Projeto Meninas Velozes continuou com as suas atividades na modalidade online, tendo em vista a necessidade de continuar o trabalho dentro das atividades realizadas e como forma de se manter ativo e presente diante das novas demandas que surgiram com o isolamento, o fechamento das escolas e adaptação dos estudos online para as meninas do projeto.

Diante deste cenário, o presente trabalho buscou discutir e analisar como a pandemia atingiu a vida de estudantes meninas do ensino médio da periferia no Distrito Federal por meio do Projeto Meninas Velozes e quais foram os desafios enfrentados por elas no decorrer desse período.

O Projeto Meninas Velozes busca promover uma mobilização e proximidade entre as meninas de periferia para o acesso à universidade tem como objetivo relacionar à promoção de equidade de gênero nas áreas de engenharias mecânica e automotiva. O projeto é estruturado em três eixos: equidade de gênero e social, fortalecimento de base acadêmica e motivação para a área das engenharias. As atividades do projeto utilizaram o conceito de PBL (*Project Based Learning*) para a formação de um grupo focal em questões e a mobilização de meninas em torno de uma temática tecnológica é complementada com palestras sobre a atuação de mulheres no campo da engenharia. As atividades do projeto incluem ainda visitas de campo, palestras, depoimentos e oficinas em ambiente automotivos e mecânicos.

Se trata de um projeto de extensão e de pesquisa da Universidade de Brasília- UnB em parceria com a Universidade Sorbonne Paris-Nord, com financiamento da Fundação de apoio à pesquisa do Distrito Federal (Fap-DF) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o projeto visa incentivar e contribuir para que meninas do ensino médio e fundamental da periferia possam se aproximar da universidade e terem a possibilidade de construir um projeto profissional que possibilite romper os trabalhos habitualmente atribuído às mulheres de periferia, como, o serviço e na área da saúde e do cuidado, o trabalho doméstico e, que possam ter como perspectiva o ingresso na universidade, especialmente nas áreas de exatas e tecnologia.

Atualmente o projeto Meninas Velozes já atendeu mais de 100 meninas de periferia com a faixa etária entre 15 e 17 anos de idade. Além desse trabalho com as adolescentes, atualmente o projeto também acompanha as alunas após o ingresso na universidade. O projeto oferece dentro das suas atividades oficinas pedagógicas nas áreas de exatas e tecnológica, rodas de conversa sobre gênero, adolescência e racismo, visitas a laboratórios de pesquisa da área tecnológica e encontros com mulheres que atuam na área das exatas.

Em 2020, o projeto Meninas Velozes adaptou as suas atividades para a modalidade online com o intuito de continuar fornecendo um espaço de fala para as alunas e o desenvolvimento das oficinas de modo virtual em virtude do contexto pandêmico.

Tendo em vista o contexto de desigualdade de gênero dentro das escolas, Helena Hirata (2015), propõe a noção de divisão sexual do trabalho, que retrata elementos complexos da dominação de gênero no mundo contemporâneo. Por divisão sexual entende-se os estudos sobre a distribuição desigual entre homens e mulheres no mercado de trabalho, nos ofícios e nas profissões, bem como as variações no tempo e espaço dessa distribuição (Hirata & Kergoat, 2007).

As autoras analisam ainda a divisão desigual do trabalho doméstico entre os sexos, evidenciando um direcionamento às mulheres para os trabalhos domésticos e de cuidados, enquanto aos homens são



direcionadas profissões ligadas às engenharias e tecnologias (Hirata & Kergoat, 2007), o que se confirma nos dados apresentados na pesquisa “Estatística de Gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil” divulgados pelo IBGE em 2014: nos cursos de graduação as mulheres ocupam de forma majoritária cursos como serviço social (88,3%), saúde (77,3%), excluindo medicina, ciências sociais e comportamentais (70,4%). Enquanto nas áreas ligadas às ciências exatas elas são minoria entre os alunos, representando apenas 13,3% dos alunos de Computação e Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) e 21,6% dos cursos de engenharia e profissões correlatas. (IBGE, 2014).

Apesar do contexto educacional nas universidades apresentar um número majoritariamente feminino, as meninas de periferia tiveram um acesso muito recente nas universidades por meio de políticas públicas de democratização da universidade desenvolvidas no Brasil a partir dos anos 2000 e a aprovação da Lei de Cotas em 2012 que passou a determinar a reserva de 50% das vagas nas instituições federais brasileiras para estudantes de escolas públicas, negros (as) e indígenas. Abrindo assim, maior possibilidade de acesso à universidade para as meninas de periferia que fazem parte desse grupo (Almeida, Brasil, Viana, Lisniowski e Ganem, 2020). Segundo Ávila & Portes (2009), a realidade vivida por essas meninas permeia um cenário histórico, social e cultural que é revelador de uma exclusão educacional marcada pela intersecção entre sexo e classe.

Danièle Kergoat (2010), buscando compreender de maneira não mecânica as práticas sociais de homens e mulheres frente à divisão do trabalho na dimensão classe, gênero e origem faz referência aos conceitos de consubstancialidade e coextensividade para explicar a relação entre essas três dimensões como móveis, ambíguas e ambivalente. Para a autora, as relações sociais formam um nó que não pode ser desatado no nível das práticas sociais, mas apenas na perspectiva da análise sociológica, essas relações estão envolvidas intrinsecamente uma com as outras, e as relações sociais são coextensivas, ou seja, se reproduzem mutuamente (Kergoat, 2000).

## **MÉTODO**

Este trabalho foi desenvolvido a partir do projeto Meninas Velozes, um projeto de gênero voltado para escolas públicas de ensino fundamental e médio da periferia do Distrito Federal que surgiu em 2013. O modo de realização das entrevistas foi empírico e baseou-se em método concebido por Valérie Ganem (Ganem, 2021) que visa ouvir os sujeitos sobre a experiência subjetiva que vivenciaram.

Este estudo tem por objeto discutir e analisar como a vida das estudantes que fazem parte do projeto foram atingidas pela pandemia, quais foram os desafios vividos por elas e, também identificar as reverberações que o projeto gerou nelas.

Os dados coletados na pesquisa do projeto “Meninas Velozes” foram diretamente obtidos via entrevistas desenvolvidas por integrantes do projeto durante oficinas realizadas promovendo uma discussão do curta “Cabelo Bom” que abordou as temáticas de gênero, raça e patriarcado e um espaço de fala livre sobre a experiência de confinamento das adolescentes envolvidas no projeto e uma segunda oficina de Fotolinguagem®, que se constituiu em uma intervenção em grupo mediada por fotografias adaptadas para o modo virtual.

## **Participantes**

A pesquisa exploratória foi realizada em 2020 e 2021 e envolveu ao todo 18 estudantes com idade entre 15 e 17 anos, alunas do Centro de Ensino Médio 404 de Santa Maria, Distrito Federal, Brasil. O

contato com as meninas ocorreu de forma virtual por meio das plataformas Google Meet e Zoom, devido às medidas de isolamento exigidas pela pandemia do Covid-19.

## **Instrumento**

A coleta de dados ocorreu por meio de oficinas pedagógicas com base no uso de métodos de aprendizagem ativa. Esse método, segundo Moraes & Manzini (2006), permitem os integrantes serem protagonistas na construção do conhecimento, dando significado e sentido ao que se aprende. As oficinas foram orientadas por quatro fases: um documentário na temática do racismo entre adolescentes e jovens intitulado “Cabelo bom” dirigido por Swahili Vidal & Claudia Alves; um filme que abordava a temática de gênero e relação familiar intitulada “Vida invisível” dirigido por Karim Ainouz; uma oficina de Fotolinguagem®; e uma entrevista coletiva.

Para a realização das oficinas, utilizou-se material audiovisual como objeto mediador, que se tratava de encontros online por meio das plataformas Google Meet e Zoom.

## **Procedimentos**

- 1) Oficina de audiovisual- A oficina de discussão de filme abordou as temáticas de gênero, raça e patriarcado e um espaço de fala livre sobre a experiência de confinamento das adolescentes envolvidas no projeto. As intervenções, foram conduzidas por duas profissionais em revezamento das áreas de humanas, tendo em vista que se trata de um projeto interdisciplinar.
- 2) Oficina de fotolinguagem- A intervenção de modo virtual utilizou o dispositivo da Fotolinguagem®. O dispositivo de Fotolinguagem® se constitui de uma intervenção em grupo mediada por fotografias. Este dispositivo teve origem em 1965 e foi criado pela psicóloga Claire Bélisle e o psicossociólogo Alain Baptiste na França. Segundo Brasil & Drieu (2016), o dispositivo da Fotolinguagem® atualmente vem sendo utilizado em diversos ambientes e eventos, apresentando bons resultados ao mobilizar grupos para a discussão de temas que lhes afetam diretamente. O dispositivo foi adaptado chamado oficina Fotodiálogo, que se trata de uma adaptação do dispositivo ao modelo online, proposto por Pablo Castanho. A intervenção foi conduzida por duas psicólogas, autoras deste trabalho. A oficina ocorreu por meio de um encontro online por intermédio da plataforma Zoom e foi composto por 15 adolescentes do ensino médio que integram o projeto.

Na sessão de Fotolinguagem® foram escolhidas e preparadas fotografias relacionadas às temáticas de gênero, estudos e pandemia visando possibilitar às participantes a realização de livres associações, além de fomentar cadeias associativas que as permitissem desenvolver um espaço de troca e de fala entre elas. A sessão se constitui de duas etapas: na primeira etapa cada participante escolheu uma fotografia que lhe estabeleceu alguma ressonância partindo do comando dado pelas coordenadoras da oficina. Na segunda etapa, cada participante compartilhou a sua fotografia e falou sobre o motivo da sua escolha e as demais integrantes reagem diante do compartilhamento de fala.

- 3) Entrevista coletiva- A entrevista coletiva abordou o levantamento das impressões das participantes dentro das oficinas realizadas dentro do projeto, visando analisar as construções e reflexos das alunas diante das atividades ofertadas.

O registro das oficinas foi realizado por meio do diário de campo, que se caracteriza por utilizar uma observação como ponto de partida que é registrado em um diário de campo. Se trata de um método de pesquisa científica qualitativa, com base no trabalho do antropólogo Bronisław

Malinowski que foi utilizado em pesquisas etnográficas, qualitativas, mas também em pesquisas detalhadas, experimentais. Nele, todas as informações e situações que ocorrem durante uma realização dessa pesquisa são realizadas a posteriori para análise das temáticas de interesse (Roese, Gerhardt, Souza & Lopes, 2006).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As oficinas e a entrevista coletiva serão analisadas a partir de dois eixos temáticos, são eles: o impacto do ensino remoto para meninas de periferia; questão de gênero e raça.

Algumas falas das participantes foram coletadas e transcritas para análise e discussão do presente trabalho para basear o desenvolvimento dele, para preservar a identidade das adolescentes os seus nomes foram omitidos e em seu lugar usado nomes fictícios.

### **Impactos do ensino remoto para meninas da periferia**

Com a adoção da medida de isolamento vimos que a adaptação ao ensino remoto foi a solução encontrada visando amenizar os prejuízos na educação, segundo o Conselho Nacional da Educação (CNE) tal reorganização escolar se tratava de ciclo emergencial, chamado de Ensino Remoto Emergencial (ERE) visando a mitigação dos impactos da pandemia na educação por causa da longa duração da interrupção das aulas presenciais (Cunha, Silva & Silva, 2020)

Segundo os autores, com a utilização dessas estratégias que dependem exclusivamente das tecnologias uma parcela significativa dos estudantes enfrentou dificuldades ligadas ao acesso e permanência nas aulas remotas, tais dificuldades estão relacionadas entre alguns fatores ao acesso à internet. no Brasil 29% dos domicílios, aproximadamente 19,7 milhões de residências, não possuem internet. Desse montante de desconectados, 59% alegaram não a contratar porque consideram muito caro esse serviço, outros 25% porque não dispõem de internet em suas localidades, sem falar da população brasileira que não possui computadores.

Outro ponto importante se refere ao engajamento dos alunos à modalidade de ensino remoto. Manter o engajamento dos estudantes em aulas presenciais já era um desafio, no ensino à distância esse desafio é potencializado pelas alterações emocionais causadas pelo isolamento social e pelo aumento de elementos de distração ao alcance do aluno (Cardoso, Ferreira & Barbosa, 2020).

Vários são os fatores que impactam no ensino remoto dos alunos e os dois aspectos destacados acima podem ser identificados nos relatos a seguir durante uma entrevista realizadas com as meninas do projeto:

*Joana: “ Às vezes tem sim, né, a dificuldade de se adaptar a plataforma, de responder os formulários... porque a base do ensino remoto é a internet e as vezes a internet não é tão boa, então acaba que você pensa que entregou sua atividade lá no tempo certinho que colocaram, mas quando você vai ver você não entregou e já passou do tempo de entregar, aí você fica preocupadíssimo com a nota que você vai tirar... e na escola que a gente estuda, foi adaptado para colocar atividade toda sexta, só que tem professor que não respeita esse tempinho de uma semana, tem professores que coloca segunda e já quer quarta... a maioria das atividades é grande e valendo bastante nota. Então acaba que sobrecarrega a nossa vida de estudante e a nota rotina né, vamos dizer, de dona de casa. Porque a gente só não estuda, a gente ajuda em casa, a gente cuida de irmão a gente cuida de tudo.”*

*Joana: “Exatamente. Eu acho que aqui em casa só tem mais isso porque meus dois pais eles saem pra trabalhar muito cedo... e eu fico mais sozinha com meu irmão, e como eu falei, eu sou*

*mais velha que ele, então acaba que eu tenho que pegar toda a responsabilidade de casa, dos estudos dele.... e dos meus... e tentar conciliar tudo e uma rotina”*

*Maria: “Assim, o que eu acho que pesa mais, né, é o desânimo... porque a gente fica desanimada pra fazer as coisas e aí na minha casa a internet é boa, o ambiente é favorável, só que aí é mais o desânimo... porque na quarentena, dentro de casa, a gente fica desanimada pra fazer algumas coisas, sabe assim...’Ah, eu não vou fazer nada, porque eu tenho que fazer isso agora?’. Aí eu acho que pesa mais realmente pro lado da preguiça, da procrastinação e do desânimo”.*

*Letícia: ... para mim essa imagem sombria maravilhosamente sombria ela define a minha experiência no meio dessa pandemia. Por mais que eu tenha tido amigos para me ajudar... esse caminho para mim representa a dificuldade de estudar em casa, a solidão, a falta dos amigos, da interação pessoal com eles... a falta de interação com outras pessoas, a falta de recursos de dinheiro, os dilemas do nosso governo claramente...*

*É complicado então eu consegui focar nos estudos. Teve momentos em que eu fui para baixo, mas eu me levantei, me reergui e voltei pra luta, eu consegui focar... as pessoas não conseguiram por problemas psicológicos, por problemas familiares e esse caminho para mim representa isso também. Por mais que eu tenho um longo caminho à percorrer nos meus estudos, um monte de coisa ainda que eu tenho que estudar, que eu tenho que tirar proveito há várias espinhos nesse caminho, entende?!...*

*Então acredito que também esse caminho sombrio aqui é o que mais me representa nessa pandemia porque ele não foi fácil, ele não foi maravilhoso e a gente ainda tá dentro dele e vamos continuar dentro dele por muito tempo, mesmo depois de sair da pandemia a nossa vida em geral, então para mim essa imagem.*

As entrevistadas pontuam nas suas falas sobre as dificuldades enfrentadas durante o ensino remoto como a confirmação dos dados citados sobre as dificuldades com o acesso à internet e a manutenção do ensino de qualidade, marcado pelo desânimo e distratores no ensino em casa.

### **Questões de gênero e raça**

*Laura: Para mim, eu acho...a primeira coisa que me tocou, que eu gostei muito no projeto, é porque, até onde eu sabia assim, que eu imaginava, que era só mexer realmente mexer com coisas de exatas, que... eu gosto muito, só que a primeira oficina que eu participei, foi ano passado foi sobre um curta que falava sobre o... o cabelo afro, não lembro exatamente qual era o nome, mas aquilo pra mim foi maravilhoso porque ante... eu usava meu cabelo com progressiva, só que aí no final de 2019 que eu cortei ele curtinho e hoje eu dia eu sigo com ele cacheado. Então pra mim aquilo foi uma coisa muito interessante, porque já é uma coisa totalmente diferente do que eu imaginava que o projeto... fazia.... Só que foi uma coisa que eu gostei muito, porque inclusive trabalhou em mim a aceitação do meu cabelo...porque quando eu cortei já entrou em pandemia, então...tipo assim, em sociedade você não vive com isso, só que dali eu já percebi muito, que uma coisa... que...que eu devia mais me importar era realmente com minha opinião do que ficar me importando muito com a opinião dos outros sobre isso....*

*Joana: É... nesse dia.... “Eu: nossa!” Teve um debate enorme sobre cabelo cacheado, cabelo afro, crespo... “Meu Deus!” Eu fiquei de cara, várias opiniões e... eu já tinha passado por preconceito, né, por causa do meu cabelo... e o meu cabelo, ele não é tão cacheado assim, mas ele continua sendo cacheado... E agora que ele não tá mesmo (risos) porque eu cortei ele muito pequenininho, não tá igual ele tá aqui na foto ... mas tá bem pequenininho, mas ele continua cacheado e... na*

*minha festa de 15 anos que eu fiz, ah...né, me fizeram... passar chapinha no meu cabelo e... desde pequena, eu nunca gostei de passar chapinha no meu cabelo, sempre achei os meus cachos a coisa mais linda e... nunca pensei em passar chapinha, fazer progressiva, nem nada. E acabou que...exatamente nesse dia, eu tive que...passar chapinha e eu não me reconheci de cabelo liso, não é à toa que minhas fotos não ficaram a minha cara, entendeu? Porque desde pequena todo mundo falou que a minha marca são os meus cachinhos e acaba que... quando você alisa, você se acha totalmente estranha. Eu pelo menos me achei..."*

*Joana: "É... Na sociedade em que a gente vive, as mulheres e... Se escondem. Elas podem ser entediadas, quanto podem... ser mente brilhante. Mas elas sempre vão se esconder. E o fato de...ser um projeto só com mulheres, eu acho incrível o empoderamento que vocês passam pra gente. Sempre tem algum debate, algum documentário assim... falando sobre o empoderamento feminino, sobre...protagonismo feminino, sobre tudo. E acaba que isso incentiva, pelo menos me incentiva, a mostrar a minha verdadeira opinião como mulher e... tentar...é... ganhar, né, conquistar o meu lugar numa sociedade machista. Mesmo...algumas opiniões sendo diferentes, e... contrárias a minha."*

Partindo dos relatos das participantes nota-se como essas jovens alunas do ensino médio de uma escola pública de periferia, ao ingressarem no projeto Meninas Velozes, encontraram um coletivo que ofereceu um espaço de reflexão e de elaboração da posição em relação ao gênero, raça e classe social. Com efeito, pode-se constatar nas entrevistas que essas jovens por meio do projeto entraram em contato com o desejo de romperem com a repetição das ocupações femininas e de buscarem outros lugares no contexto familiar, comunitário e universitário.

## **CONCLUSÃO**

Evidenciou-se que o espaço de fala entre as meninas possibilitou a troca dos desafios do estudo remoto, a falta de computador disponível e a inexperiências dos professores com o uso das novas tecnologias. Outro desafio foi o isolamento e o excesso de convivência familiar. Vale destacar que durante a pandemia muitas adolescentes assumiram ainda mais as atividades domésticas, pois não estavam na escola. As oficinas a partir de filmes, colocou em cena o debate sobre gênero, as repressões, privações e violências vividas por uma menina de periferia.

Notou-se que os laços sociais do grupo, mesmo que adaptados ao modelo online tiveram grande importância no suporte emocional diante das dificuldades e desafios enfrentados pelas meninas durante a pandemia e que a escola, além de um espaço de transmissão de conhecimento é também um espaço de encontro e de troca, mas que foi rompido durante a pandemia deixando as adolescentes com um sentimento de desamparo. Nesse sentido, o grupo do projeto " Meninas Velozes" atuou como um espaço de troca e de suporte, que buscou possibilitar um espaço de troca entre as adolescentes.

## **REFERÊNCIAS**

Almeida, T. M. C., Brasil, K. T., Viana, M. D., Lisniowski, S. & Ganem. A passos largos: meninas da periferia rumo à universidade e seus dilemas psicossociais. *Revista Sociedade e Estado*, V.35, p.101-134, 2020.

Ávila, R. C. & Portes, É. A. (2009). Notas sobre a mulher contemporânea no ensino superior. *Mal-Estar e Sociedade*, Barbacena. n. 2, p. 91-106

Bandeira, L. M., Veloso, M. & Farias, E. (2019). Encontros com a Sociologia. Capítulo Almeida, T., M. C. "Gênero" e "raça" nas relações de desigualdades sociais – noções preliminares

Baroni, J. M. B. (2010). Acesso ao ensino superior: realidade e alternativas. São Paulo

Brasil, K. T., & Drieu, D. (2016). Mediação, simbolização e espaço grupal. Unesco/Liber Livro

Cardoso, C. A., Ferreira, V. A. & Barbosa, F. C. G. (2020). (Des)igualdade de acesso à educação em tempos de pandemia: uma análise do acesso às tecnologias e das alternativas de ensino remoto. Revista Com Censo, v. 7, n° 3.

Comitê Gestor de Internet no Brasil, 2020. TIC KIDS ONLINE BRASIL Pesquisa sobre o Uso da Internet por Crianças e Adolescentes no Brasil — 2020. Comitê Gestor de Internet no Brasil. São Paulo. Disponível em: [https://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/2/20211125083634/tic\\_kids\\_online\\_2020\\_livro\\_eletronico.pdf](https://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/2/20211125083634/tic_kids_online_2020_livro_eletronico.pdf) Acesso em: 20 de março de 2021.

Cunha, L. F. F., Silva, A. S. & Silva, A. P. (2020). O ensino remoto no Brasil em tempos de pandemia: diálogos acerca da qualidade e do direito e acesso à educação. Revista Com Censo, v. 7, n° 3.

Ganem, V. (2021). Aux frontières du travail. Analyse des incidences de l'héritage de l'esclavage sur les conduites actuelles au travail. De la Guadeloupe au Brésil. Habilitation à diriger des recherches, Université Sorbonne Paris Nord, Paris

Ensino superior sente mais desistência é maior nas classes D e E. Ensino Superior, pesquisa C6 Bank/Datafolha 26 jan. 2021. Disponível em: <https://revistaensinosuperior.com.br/pandemia-abandono- -escolar-fo/> Acesso em: 20 de março de 2022.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2021) Disponível em: Acessado em: 26 de março de 2021

Hirata, H., & Kergoat, D. (2007). Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cadernos de pesquisa, 37, 595-609.

Hirata, H. S. (2015). Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparativa. Friedrich Ebert Stiftung Brasil.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. (2014). Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>

Acessado em: 19 de fevereiro de 2021

Kergoat, D. (2000). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. In : Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré e Danièle Senotier (Coords.), Dictionnaire Critique du Féminisme, 35-44.

Kergoat, D. (2010). Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. Novos estudos CEBRAP, 93-103.

Kuchemann, B. A., Bandejas, L. M. & Almeida, T. M. C. (2015). A categoria Gênero nas ciências sociais e sua interdisciplinaridade. Revista do Ceam. V. 3, n 1

Matos, L. M. S. (2019). Plano de criação de projetos de inclusão de meninas nas áreas científico tecnológicas. Brasília.

Moraes, M. P. A., & Manzini, E. J. (2006). Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas; um estudo de caso da Famema. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 30, n 3, p. 125-135. Dec. 2006 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci\_arttext&pid=S0100-55022006000300003&lng=en &nrm=isso Acesso em 20 de março de 2022.

Nunes, R. C. (2021). Um olhar sobre a evasão de estudantes universitários durante os estudos remotos provocados pela pandemia do COVID-19. *Research, Society and Development*, 10(3).

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2022). Disponível em: <https://covid19.who.int/> Acessado em: 27 de março de 2022.

Roese, A., Gerhardt, T. E., Souza, A. C. D., & Lopes, M. J. M. (2006). Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. *Online braz. j. nurs.*(Online)

## **ICCA2022-14556 - Papel dos professores na promoção e proteção de crianças e jovens em risco**

Márcia Antunes<sup>1</sup>, Francisco Mendes<sup>2</sup>, Rosina Fernandes<sup>2</sup> & Emília Martins<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Associação Viseense de Santa Teresinha (Portugal)*

<sup>2</sup>*ESEV e CI&DEI - Instituto Politécnico de Viseu (Portugal)*

*rosina@esev.ipv.pt*

### **Resumo**

A escola, enquanto entidade com competência em matéria de infância e juventude, constitui-se como agente de primeira linha na promoção e proteção das crianças e jovens em situações de perigo. Aliás, esse seu papel primordial está expressamente consagrado no art.º 7ª da Lei 147/99, de 1/9. O presente estudo, de natureza qualitativa, explorou os níveis de conhecimento dos professores relativamente a alguns aspetos concretos daquele normativo legal. Foram inquiridos, através de um questionário ad hoc, 20 professores (13 femininos) da região Centro de Portugal. A análise de conteúdo permitiu destacar níveis de conhecimento insatisfatórios sobre as competências que a Lei confere aos professores. Não obstante, estes agentes apresentam resultados mais satisfatórios no que concerne ao diagnóstico de situações de perigo. Destaca-se, ainda, um desconhecimento sobre as competências atribuídas às Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ), que não só limita o espaço de intervenção, como as autopercepções sobre dificuldades na preparação para: i) intervir em situações de risco/perigo (52.9% “pouco preparado”); ii) implementar estratégias necessárias e adequadas à diminuição dos fatores de risco (11.8% “nada preparado” e 35.3% “pouco preparado”); e iii) executar os atos materiais inerentes às medidas de promoção e proteção aplicadas pela comissão de proteção ou pelo tribunal (35.3% “nada preparado” e 17.6% “pouco preparado”). Acresce o desconhecimento do carácter taxativo das medidas previstas no art.º 35º da Lei 147/99, de 1/9, com uma expressão considerável (15% não lhe confere aquele carácter e 45% desconhece-o). Todavia, estes resultados devem ser lidos com prudência face às limitações da amostra, embora o papel destes agentes educativos na identificação e intervenção em situações de risco reclame que os centros de formação de professores se mobilizem no sentido de proporcionar formação contínua neste âmbito. A gravidade dos resultados, é legitimada pelo impacto negativo de uma análise/deteção tardia. Importa que a Escola possa fazer jus à importância/responsabilidade que a comunidade lhe confere.

Palavras-chave: Professores, Crianças e jovens, Situações de risco/perigo.

### **Abstract**

The school, as a first-line agent in the promotion and protection of children and young people in situations of danger, assumes a key role, whose intervention is enshrined in the Law 147/99, of 1/9. The study, of a qualitative nature, explored the levels of knowledge of teachers regarding that legal normative. Through an ad hoc questionnaire, 20 teachers (13 female and 7 male) from the Central region of Portugal, were surveyed. The content analysis made it possible to highlight unsatisfactory levels of knowledge about the competences that the Law grants to teachers. However, these first-line agents present more satisfactory results regarding the diagnose of situations of danger. There is also a lack of knowledge about the competences attributed to *Entidades com Competência em Matéria de*

*Infância e Juventude* (ECMIJ)/Entities with Competence in Children and Youth Matters, which, in itself, limits the space for intervention, as well as self-perceptions about difficulties in preparations for : i) intervene in situations of risk and danger (52.9% “not prepared”); ii) implement necessary and appropriate intervention strategies to reduce or eradicate risk factors (11.8% “not prepared” and 35.3% “slightly prepared”); and iii) perform the material acts inherent to the promotion and protection measures applied by the protection commission or the court (35.3% “not prepared” and 17.6% “slightly prepared”). Added to this is the lack of knowledge of the exhaustive nature of the measures provided in article 35 of Law 147/99, of 1/9, with considerable expression (15% do not confer it that disposition and 45% are unaware of it). These results should be read with caution given the limitations of the sample, although the role of these educational agents in identifying and intervening in risk situations demands that teacher formation centers mobilize in order to provide continuous training in this area. The seriousness of the results found here, even if with possible lower expression in terms of study population, is legitimized by the negative impact of a late analysis/detection. It is not by chance that the school is legally considered a first-line entity and is obliged to live up to the importance/responsibility it assumes as an integral element of the educational community.  
Keywords: Teachers, Children and youth, Risk/danger situations.

## INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos do Homem provou ser um marco histórico importante, não só na descrição e divulgação dos direitos e deveres fundamentais do ser humano (United Nations, 2019), mas também na promulgação da criança como ser individual, com direitos próprios, facto evidenciado, posteriormente, na Declaração dos Direitos da Criança (DDC) (DDC, 1959).

No plano nacional português, a atenção aos direitos da criança determinou a sua consagração na Constituição da República Portuguesa, conferindo-lhe carácter categórico e mandatório. No âmbito das leis ordinárias sobre a proteção das crianças em perigo, destaca-se a Lei 147/99 de 1/9.

Face à diversidade de situações em que a criança pode ser considerada em perigo, o legislador optou pelo recurso aos conceitos indeterminados (sem que isso signifique a concessão do livre-arbítrio), sem prejuízo de, no art.º 3.º, n.º 2, da Lei 147/99, tipificar situações suscetíveis de se enquadrar naquele conceito. Também a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ) (2019a), aponta a dificuldade de demarcação dos conceitos de risco e de perigo, embora evidenciando a natureza diferenciada dos seus objetivos. O conceito de risco é tido como mais abrangente, apresentando um potencial de desencadear situações de perigo, ilustrando-o com um ambiente de pobreza. Já o perigo representa uma elevada probabilidade de ocorrerem situações de extrema contradição aos direitos da criança, v.g. abandono ou maus-tratos.

A exposição de crianças e jovens a situações de risco/perigo acarreta consequências irreversíveis a vários níveis, podendo, inclusivamente, conduzir à morte (Direção Geral da Saúde, s.d.). Na maioria das vezes, estes contextos estão associados a vínculos familiares entre o adulto e o menor. Nesse sentido, torna-se crucial intervir junto daqueles que, ao contrário de amarem e protegerem, são os principais responsáveis por colocarem a criança/jovem em situação de risco/perigo. É através de estratégias preventivas e interventivas que se contribui para a promoção e proteção das crianças e dos jovens, erradicando/mitigando os efeitos desastrosos provocados por essas situações. Como agentes preventivos e interventivos as entidades de 1ª linha, Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ), em particular as escolas, constituem-se como elementos cruciais, em razão, quer da proximidade, quer da abrangência da população em idade escolar.

A versão originária do artigo relativo à intervenção de entidades com competência em matéria de infância era bastante sintética e genérica.



A intervenção das ECMIJ é efetuada de modo consensual com os pais, representantes legais ou com quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem, consoante o caso, de acordo com os princípios e nos termos do presente diploma. (art.º 7.º da Lei 147/99 1/9).

As alterações introduzidas pela Lei n.º 142/2015 de 08/09 vieram transformar, muito significativamente, as suas atribuições, designadamente em matéria de promoção de ações de prevenção primária e secundária, mediante a definição de planos de ação local para a infância e juventude. E, particularmente relevante, o n.º 4 do artº 7º da Lei 147/99, expressamente prevê que as ECMIJ devem

- a) Avaliar, diagnosticar e intervir em situações de risco e perigo;
- b) Implementar estratégias de intervenção necessárias e adequadas à diminuição ou erradicação dos fatores de risco;
- c) Acompanhar a criança, jovem e respetiva família em execução de plano de intervenção definido pela própria entidade, ou em colaboração com outras entidades congéneres;
- d) Executar os atos materiais inerentes às medidas de promoção e proteção aplicadas pela comissão de proteção ou pelo tribunal, de que sejam incumbidas, nos termos do acordo de promoção e proteção ou da decisão judicial.

## APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo, de cariz exploratório, centra-se na compreensão da perceção de professores, enquanto agentes de 1ª linha da promoção e proteção de crianças, relativamente a alguns aspetos da Lei 147/99 de 1/9. Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o nível de conhecimento dos membros das entidades de primeira linha do processo de promoção e proteção, relativamente aos processos de sinalização e às principais alterações introduzidas à Lei n.º 147/99, de 1 de setembro;
- Identificar os constrangimentos e as possíveis alterações apontadas por membros de entidades de primeira linha do processo de promoção e proteção, emergentes da Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, relativamente: *i)* às competências atribuídas às ECMIJ; *ii)* às medidas (e sua duração) de promoção e proteção previstas pelo legislador.

## METODOLOGIA

### Participantes

Os participantes são professores de duas escolas, uma do ensino básico e outra do secundário, localizadas na região Centro do país. Dos 20 participantes no estudo, 65% são femininos (Tabela 1).

**Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das entidades de 1ª linha**

Caracterização sociodemográfica	Professores			
	M	DP	Min	Máx
Idade	50.50	4.097	42	57
	N		%	
Género				
Feminino	13		65.0	

Masculino	7	35.0
Membro		
Agrupamento de escolas	19	95.0
CPCJ	1	5.0

A média de idades é de 50.5 ( $\pm 4.09$ ) anos, sendo 42 a idade mínima e 57 a máxima. Dos 20 professores, apenas 1 (5%) exerce funções numa comissão de proteção.

### **Instrumentos**

Utilizou-se um questionário que para além de aspetos de natureza sociodemográfica do respondente é constituído por 40 questões (de resposta estruturada e não estruturada), divididas em 8 grupos. As questões centram-se sobre legitimidade da intervenção, conceito de perigo, princípios orientadores da intervenção, a intervenção das ECMIJ, e as medidas (e sua duração) de promoção e proteção. Inclui, ainda, um grupo relativo aos indicadores de maus tratos de crianças ou jovens em perigo e um grupo referente às competências dos professores, enquanto membros das ECMIJ.

Testou-se o questionário com recurso a um grupo reduzido de pessoas, da rede de contactos dos investigadores, com conhecimento na matéria em causa, após o que se procedeu a pequenos ajustes, resultando na versão aplicada.

### **Procedimento**

Após a definição dos objetivos do estudo, e construção do instrumento de recolha, foram enviados os pedidos de colaboração, via email, aos diretores dos agrupamentos escolares.

Apesar das desvantagens apontadas aos questionários online, nomeadamente a ausência do investigador, a não garantia de quem responde efetivamente ao questionário e, ainda, a veracidade dos participantes, optámos pelo recurso a uma ferramenta online (*LimeSurvey*), para otimizar a adesão por parte dos participantes (Pereira & Patrício, 2013). O *link* do inquérito foi disponibilizado aos professores que assentiram, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, em colaborar no estudo, via diretores das escolas. Os dados foram analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences 27* (SPSS) e, nas questões abertas, procedemos à análise de conteúdo.

## **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

A Tabela 2 indica que a maioria dos participantes tem conhecimento de crianças/jovens em risco ( $n=16$ , 80%), institucionalizados ( $n=15$ , 75%) e sinalizados ( $n=17$ , 85%) no agrupamento de escolas onde exerce funções. Em 2018, as CPCJ registaram 70151 processos de crianças e jovens, nos quais os menores entre os 15 e os 17 anos representaram a percentagem mais elevada de casos, correspondente a 25.5, ao mesmo tempo que a faixa etária dos 11 aos 14 anos representa a segunda maior percentagem, (23.4) (CNPDP CJ, 2019b). A percentagem elevada de casos nas faixas etárias referidas vai ao encontro dos resultados obtidos das respostas dos professores sobre o conhecimento de crianças e jovens sinalizados. É de salientar que os professores inquiridos lecionam no ensino básico e secundário, que corresponde a idades entre os 10 e os 17 anos de idade, o que coincide com as duas faixas etárias com maior número de casos de perigo sinalizados.

**Tabela 2. Estatística descritiva das respostas dos professores aos “Indicadores de maus-tratos de uma criança ou jovem em perigo”**

Indicadores de maus tratos	n		%	
	Sim	Não	Sim	Não
Indicadores de maus-tratos de uma criança ou jovem em perigo.				
Tem conhecimento de crianças/jovens em risco na escola?	16	4	80.0	20.0
Tem conhecimento de crianças/jovens institucionalizados na escola?	15	5	75.0	25.0
Tem conhecimento de crianças/jovens sinalizados na escola?	17	3	85.0	15.0
Sabe como efetuar uma sinalização de criança ou jovem que se encontre em situação de perigo à CPCJ?	19	1	95.0	5.0
No exercício das suas funções, já sinalizou alguém ou deu indicações de sinalização?	9	11	45.0	55.0
Se sinalizou, quantas vezes?	1	4	44.4	
	2	2	22.2	
	3	1	11.1	
	8	1	11.1	
	15	1	11.1	

A generalidade dos professores (n=19, 95%), afirma conhecer os procedimentos para efetuar uma sinalização à CPCJ e 9 (45%) assumem já terem sinalizado ou dado indicações de sinalização (Tabela 2). De acordo com o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ de 2018, os estabelecimentos de ensino, com 21,9%, apenas são superados pelas autoridades policiais na sinalização de situações de perigo. De igual modo, os agrupamentos escolares são as entidades que mais cooperam com as CPCJ, em matéria de promoção e proteção de crianças e jovens (CNPDP CJ, 2019b).

Os indicadores mais utilizados nos processos de sinalização levados a cabo pelos 9 professores repartem-se pelas diferentes categorias, embora com prevalência do indicador comportamental (n=5) (Tabela 3).

**Tabela 3. Estatística descritiva das respostas dos professores aos “Indicadores de perigo mais utilizados”**

Indicadores de maus-tratos	Frequência	Importância
----------------------------	------------	-------------

Indicadores utilizados na sinalização	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Indicadores físicos	2	1	3	3	0	4	8	3	5
Indicadores comportamentais	1	0	0	3	5	2	4	7	7
Indicadores académicos	2	0	2	4	1	9	3	4	4
Indicadores familiares	1	0	3	4	1	3	5	7	5

A Tabela 3 apresenta também o grau de importância dos diferentes indicadores de maus-tratos, tanto para os professores que já (ou nunca) sinalizaram uma criança ou jovem em perigo. O indicador comportamental apresenta-se como o mais importante numa sinalização (n=7), com 35%, seguindo-se os indicadores familiares e físicos, ambos com 25% e, por fim, o indicador académico (n=4), com 20%. Ou seja, para a totalidade dos participantes, o indicador mais utilizado e igualmente mais importante é o comportamental.

Estes resultados, como era expectável, face a natureza distinta das relações e interações no quadro da vida académica, e a natureza pública dos espaços escolares, diferem significativamente dos reportados às CPCJ (CPCJ de Almada, s.d.). Com efeito, as situações negligência (31.2%), violência doméstica (22.7%), abandono (1.4%), maltrato psicológico (2.1%), abuso sexual (1.9%) e exploração infantil (0.1%), integram-se nos indicadores familiares, e constituem a maioria (59.4%) das situações comunicadas às CPCJ em 2018. A situação de comportamento de perigo na infância e juventude, com 17.5%, enquadra-se nos indicadores comportamentais, o direito à educação, com 16%, nos académicos e, por fim, a situação de maltrato físico, com 4.8%, inclui-se nos indicadores físicos (CNPDP CJ, 2019b).

Sobre as atribuições conferidas às ECMIJ, emergentes da Lei n.º 142/2015 de 8/9, os professores (Tabela 4) consideram-se preparados para diagnosticar (n=9, 52.9%) e avaliar (n=7, 41.2%) as situações de perigo. Na implementação de estratégias de intervenção, constata-se um relativo equilíbrio entre os professores “preparados” (n=7, 41.2%) e os “pouco preparados” (n=6, 35.3%). As maiores fragilidades na preparação dos professores parecem situar-se na intervenção em situações de perigo (n=9, 52.9%) e no acompanhamento da criança/jovem e da sua família no plano de intervenção definido (n=7, 41.2%). Neste âmbito, os professores “preparados” (n=4) e “muito preparados” (n=4) apresentam-se equilibrados representando cada um, aproximadamente, 25% dos participantes. Na execução de atos materiais inerentes às medidas de promoção e proteção aplicadas, a maior parte dos professores diverge entre o “pouco preparado” (n=6, 35.3%) e o “muito preparado” (n=5, 29.4%) (Tabela 4).

Os resultados parecem indiciar que uma parte apreciável dos professores evidencia fragilidades nos diferentes momentos em que é possível a sua intervenção, no domínio da promoção e proteção das crianças em risco/perigo. Com efeito, a comunidade educativa assume um papel importante na promoção e desenvolvimento das crianças, uma vez que é no meio escolar que vivenciam a maior parte da sua vida. O contexto escolar é um espaço privilegiado para se observarem alterações nas atitudes e comportamentos dos alunos, bem como nos seus aspetos físicos e ao nível da saúde e, por conseguinte, a deteção de sinais ou indicadores de maus-tratos (Magalhães, 2005). Tendo em

conta as características deste contexto é fácil compreender a importância que esta entidade representa na intervenção e prevenção precoce de situações de risco/perigo a que o aluno possa estar exposto. Assim, cumpre aos profissionais da educação agir moral e legalmente, através de respostas adequadas que promovam e protejam a criança vítima de maus-tratos (Magalhães, 2005).

**Tabela 4. Estatística descritiva das respostas dos professores do “Nível de preparação das ECMJI”**

Intervenção das ECMJI	n				%			
	Na da pre par ar ad o	Po uco pre par ar ad o	Pr ep ar ad o	M uit o pre par ar ad o	Na da pre par ar ad o	Po uco pre par ar ad o	Pre par ar ad o	Mui to pre par ar ad o
<b>Preparação para a tomada de decisão(ões) sobre:</b>								
Avaliar em situações de risco e perigo.	1	5	7	4	5.9	29.4	41.2	23.5
Diagnosticar em situações de risco e perigo.	1	4	9	3	5.9	23.5	52.9	17.6
Intervir em situações de risco e perigo.	0	9	6	2	0	52.9	35.3	11.8
Implementar estratégias de intervenção necessárias e adequadas à diminuição ou erradicação dos fatores de risco.	2	6	7	2	11.8	35.3	41.2	11.8
Acompanhar a criança, jovem e respetiva família em execução de plano de intervenção definido pela própria entidade, ou em colaboração com outras entidades congéneres.	2	7	4	4	11.8	41.2	23.5	23.5
Executar os atos materiais inerentes às medidas de promoção e proteção aplicadas pela comissão de proteção ou pelo tribunal, de que sejam incumbidas, nos termos do acordo de promoção e proteção ou da decisão judicial.	3	6	3	5	17.6	35.3	17.6	29.4

As medidas de promoção e proteção previstas no artº 35º da LPCJR têm como principal finalidade a proteção da criança/jovem de qualquer contexto de perigo, proporcionando-lhes condições que garantam o seu desenvolvimento integral. Todavia, dado o seu carácter taxativo, procurámos conhecer a opinião dos professores sobre o impacto dessa “limitação” no desenvolvimento da intervenção dos técnicos da CPCJ, ou mesmo dos tribunais. (Tabela 5). Os resultados indicam que 9 professores (45%) desconhecem as medidas de promoção e proteção e, por consequência se são de carácter taxativo ou não. E, 15% sustentam que as medidas previstas no art.º 35.º da LPCJP não apresentam carácter mandatório, permitindo aos técnicos propor outras fora das, expressamente, previstas. Apenas 25% professores revelam conhecer o sentido que o legislador conferiu às medidas

propostas para promoção e proteção das crianças. Salienta-se a ausência de resposta a esta questão, de 15% dos participantes.

**Tabela 5. Estatística descritiva das respostas dos professores às “Medidas de promoção e proteção”**

<b>Medidas de promoção e proteção</b>	<b>n</b>			<b>%</b>		
<b>Medidas.</b>	<b>Sim</b>	<b>Nã o</b>	<b>Nã o sei</b>	<b>Si m</b>	<b>Nã o</b>	<b>Nã o sei</b>
Considera taxativas as medidas de promoção e proteção previstas no art.º 35.º da Lei n.º 147/99, de 1/9?	Professores					
	5	3	9	25.0	15.0	45.0

A Tabela 6 mostra as respostas dos professores, quando abordados sobre a possibilidade de serem adotadas novas medidas. A maioria dos professores (n=13, 65%) afirma não saber se faria, ou não, sentido o acréscimo de novas medidas. No entanto, para os demais (n=4, 20%) seria congruente a aditar outras possibilidades de promoção e proteção.

**Tabela 6. Estatística descritiva das respostas dos professores ao “Aditamento de outras medidas de promoção e proteção”**

<b>Aditamento de outras medidas de promoção e proteção</b>	<b>n</b>			<b>%</b>		
<b>Medidas.</b>	<b>Si m</b>	<b>Nã o</b>	<b>Nã o sei</b>	<b>Si m</b>	<b>Nã o</b>	<b>Nã o sei</b>
Faria sentido aditar outras medidas?	Professores					
	4	0	13	20.0		65.0

Considerando o carácter reversível das medidas de promoção e proteção, os participantes foram inquiridos sobre o efeito, positivo ou negativo, dessa reversibilidade. Os resultados (Tabela 7) evidenciam que para a maioria dos professores (n=10, 50%) a possibilidade de proceder à alteração de uma medida que tenha sido aplicada, substituindo por outra, é positiva. No entanto, também nesta dimensão 6 professores (30%) assumem desconhecer essa possibilidade. Estes resultados parecem evidenciar algum desconhecimento da razão última da aplicação das medidas de promoção e proteção, qual seja a do retorno da criança à sua família tão cedo quanto possível as condições que determinaram o seu afastamento (no caso da medida aplicada o ter determinado). Aliás, esse é o sentido último de todas as medidas disponíveis, com exceção da prevista na alínea g) do n.º 1 do art.º 35.º da Lei 147/99 de 1/9 e, mesmo neste último caso, fazer prevalecer o superior interesse da criança pode conduzir a decisões como a plasmada no Acórdão n.º 1348/15.5T8GDM.P1 do Tribunal da Relação do Porto.

**Tabela 7. Estatística descritiva das respostas dos professores à “Reversibilidade das medidas de promoção e proteção”**

<b>Reversibilidade das medidas de promoção e proteção</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
---	----------	----------

Duração das medidas de promoção e proteção.	Positiva para a criança a/ jovem	Negativa para a criança a/ jovem	Não sei	Positiva para a criança a/ jovem	Negativa para a criança a/ jovem	Não sei
Considera que a reversibilidade das medidas de promoção e proteção é:	Professores					
	10	1	6	50.0	5.0	30.0

## CONCLUSÃO

Os resultados mostram que as alterações significativas às competências das ECMIJ não são conhecidas pelos professores, limitando o seu espaço de intervenção. Deste modo, a formação específica direcionada aos professores, sobre as competências e espaços de intervenção das entidades de 1ª linha, apresenta-se como uma necessidade de grande relevo e urgência, no sentido de reforçar a promoção e proteção de crianças/jovens. A necessidade de formação dos professores, tendo em consideração que é a partir das entidades de 1ª linha que ocorre o maior número de sinalizações (CNPDPCJ, 2019b), torna-se ainda mais urgente e imperativa. Apesar das diferentes alterações e dificuldades evidentes no conhecimento da Lei, os professores possuem confiança para, quando confrontados com uma eventual situação de perigo, proceder a uma correta sinalização, não obstante poucos assumirem já o ter feito. Estes últimos dados permitem-nos acreditar no papel dos professores neste processo, reforçando a sua importância enquanto agentes de primeira linha, mas aumenta a responsabilidade no que respeita ao caminho ainda a percorrer no investimento na sua formação.

No que às limitações deste estudo concerne, destacamos a resistência dos potenciais participantes em colaborar no preenchimento do questionário, que se traduziu numa amostra que, sendo importante, se considera reduzida.

## REFERÊNCIAS

- Acórdão do Tribunal da Relação do Porto. (2016). N.º do processo: 1348/15.5T8GDM.P1. Obtido de <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fd/f6df68d6a35acf14a802580560052548a?OpenDocument&Highlight=0%2Ccrianças%2Cafeto&fbclid=IwAR3REgMXaIAL5y4MR-rGGgKT6lQKgcBi5aH0eewxtFpxxDt8qYD8tvB0vI>
- Allcock, A. (2019). Schools, safeguarding and early intervention. Iriss – ESSS. <https://www.iriss.org.uk/sites/default/files/2019-04/iriss-esss-outline-schools-ei-20190429.pdf>
- Asio, J., Bayucca, S., & Jimenez, E. (2020). Child Protection Policy Awareness of Teachers and Responsiveness of the School: Their Relationship and Implications. *International Journal of Education*, 9(1), 1–10. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED609076.pdf>
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Almada. (s.d.). Indicadores de Perigo. <https://sites.google.com/site/cpcjdealmada/indicadores-de-perigo>



Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2019a). Conceito de Risco/Perigo. <https://www.cnpdpdj.gov.pt/materiais-diversos/a-crianca-em-risco/conceito-de-riscoperigo.aspx>

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2019b). Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2018. <https://www.cnpdpdj.gov.pt/cpcj/relatorios-de-avaliacao-da-atividadeestatistica.aspx>

Declaração dos Direitos da Criança, de 20 de novembro de 1959.

Direção Geral da Educação. (s.d.). Promoção e Proteção dos Direitos da Criança - Guia de orientações para profissionais da educação na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo. [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/\\_guias\\_guiia\\_educacao.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/_guias_guiia_educacao.pdf)

Lei n.º 147/99, de 1 de setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo.

Lei n.º 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.

Magalhães, T. (2005). Maus-tratos em Crianças e Jovens. Coimbra: Editora Quarteto.

Pereira, A., & Patrício, T. (2013). Guia prático de utilização do SPSS – Análise de dados para as ciências sociais e psicologia. Edições Sílabo.

United Nations. (2019). History of the Document. <http://www.un.org/en/sections/universal-declaration/history-document/index.html>

## **ICCA2022-15445 - Intervenção Social numa Unidade de Neonatologia – realidade dos últimos 4 anos**

Tânia Pessoa<sup>1</sup>, Joana Extreia<sup>1</sup>, Sandra Santos<sup>1</sup>, Catarina Nolasco<sup>2</sup>, Isabel Bretes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro Montijo (Portugal)* <sup>2</sup>*Serviço Social, Centro*

*Hospitalar Barreiro Montijo (Portugal)* Endereço de email para correspondência:

[tania.cessoa@gmail.com](mailto:tania.cessoa@gmail.com)

### **Resumo**

**Introdução:** A criança, enquanto ser vulnerável que é, está exposta ao risco de maus-tratos. As mudanças demográficas, socioeconómicas e culturais que se têm verificado nas últimas décadas, têm alterado as dinâmicas familiares, podendo favorecer a ocorrência de situações de maus-tratos. O papel do profissional de saúde na identificação destas situações é de extrema importância.

**Objetivos:** Caracterizar os internamentos com necessidade de intervenção social, na Neonatologia de um Hospital de nível II, durante um período de 4 anos. isolamento

**Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo dos internamentos na Neonatologia com necessidade de intervenção pelo Serviço Social (SS), de janeiro de 2017 a dezembro de 2020. Análise estatística feita com Microsoft Office Excel® 2010.

**Resultados:** foram identificados 79 recém-nascidos, correspondendo a 10,7% do total de internamentos. O motivo de internamento foi exclusivamente social em 7,6% dos casos. A média de internamento foi de 13,8 dias, protelando-se a alta por motivos sociais em 38,8%. As famílias eram migrantes em 41,8%, verificou-se desemprego parental em 53,2% e insuficiência económica em 48,1%. O único tipo de maus-tratos identificado foi a negligência (48,1%). Foram identificados vários fatores de risco, como pobreza e/ou isolamento (57%), baixa escolaridade (24,1%), mães adolescentes (13,9%), desorganização familiar (7,6%), doença psiquiátrica materna (6,3%) e comportamentos aditivos (5,1%), nalguns casos presentes em simultâneo. Foi necessária a intervenção de entidades de nível 1 em 78,5%, nível 2 em 16,5% e nível 3 em 5,1%. Cerca de 94% dos recém-nascidos ficaram integrados nas suas famílias, 5 foram institucionalizados, 4 deles em conjunto com as suas mães. **Discussão/Conclusões:** Os profissionais de saúde parecem estar alerta

para a identificação de situações de perigo e risco social. A maioria dos casos foi gerida por entidades de nível 1, com integração da generalidade dos recém-nascidos nas suas famílias, o que reflete uma boa articulação com o SS. O internamento na Neonatologia deve constituir um momento para a identificação de potenciais situações de perigo e fatores de risco social, já que a identificação e atuação precoces terão um impacto positivo no futuro das crianças.  
Palavras-chave: Risco Social, Sinalização, Internamento, Intervenção.

## Abstract

**Introduction:** Children, as vulnerable beings, are exposed to the risk of abuse. The demographic, socioeconomic and cultural changes that have taken place in recent decades, have changed family dynamics, which may favor the occurrence of situations of abuse. The role of the health professional in identifying these situations is of extreme importance.

**Objectives:** To characterize hospitalizations with social intervention need, in the Neonatology of a level II Hospital, over a 4-year period.

**Methods:** A retrospective descriptive study of hospitalizations in Neonatology that needed Social Service (SS) intervention, from January 2017 to December 2020. Statistical analysis made with Microsoft Office Excel® 2010.

**Results:** A total of 79 newborns were identified, corresponding to 10.7% of all hospitalizations. The reason for hospitalization was exclusively social in 7.6% of the cases. The average hospital stay was 13.8 days, with hospital discharge being postponed for social reasons in 38.8% of cases. Families were migrants in 41.8%, there was parental unemployment in 53.2% and economic insufficiency in 48.1%. The only type of abuse found was negligence (48.1%). Several risk factors were identified, such as poverty and/or isolation (57%), low education level (24.1%), teenage mothers (13.9%), family disorganization (7.6%), maternal psychiatric disorder (6.3%), and addictive behaviors (5.1%), in some cases present simultaneously. The intervention of level 1 entities was required in 78.5%, level 2 in 16.5%, and level 3 in 5.1%. About 94% of newborns were integrated into their families, 5 were institutionalized, 4 of them together with their mothers.

**Discussion/Conclusions:** The health professionals seem to be alert to identify situations of danger and social risk. Most cases were managed by level 1 entities, with the integration of most newborns into their families, which reflects good articulation with the SS. Hospitalization in Neonatology should be a moment in the identification of potentially dangerous situations and social risk factors, since their recognition and consequent early action will have a positive impact on the children's future.

**Keywords:** Social Risk, Referral, Hospitalization, Intervention.

## INTRODUÇÃO

A criança, enquanto ser vulnerável que é, está exposta ao risco de maus-tratos. É na sua família e meio ambiente que deveria encontrar o suporte, a segurança, e os instrumentos para o seu desenvolvimento integral. No entanto, nas últimas décadas, tem-se assistido a grandes mudanças a nível demográfico, socioeconómico e cultural que têm alterado as dinâmicas familiares, podendo favorecer a ocorrência de situações de maus-tratos. Assim, o papel do profissional de saúde na identificação destas situações é de extrema importância.

## OBJETIVOS

O objetivo foi caracterizar os internamentos com necessidade de intervenção social, na Neonatologia de um Hospital de nível II, durante um período de 4 anos (2017-2020).

## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo de todos os internamentos na Neonatologia com necessidade de intervenção pelo Serviço Social, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2020. As variáveis colhidas de cada internamento foram: idade, género, motivo de internamento, dias de internamento, dias de alta protelada por motivos sociais, migração, desemprego parental, insuficiência económica (avaliada através do benefício parental de subsídios de apoio social, nomeadamente do rendimento social de inserção e/ou da isenção de taxas moderadoras), tipo de

maus-tratos, fatores de risco social, nível de intervenção de entidades (divididas em nível 1 – apoios na comunidade, nível 2 – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, e nível 3 – tribunal e ministério público) e integração dos recém-nascidos.

Colheita de dados realizada através da consulta de processos clínicos e do Registo de Saúde Eletrónico. Análise estatística feita com recurso ao Microsoft Office Excel® 2010.

## RESULTADOS

Foram identificados 79 recém-nascidos com necessidade de avaliação pelo Serviço Social, correspondendo a 10,7% do total de internamentos. A taxa destes internamentos foi semelhante nos anos estudados: 10,9% (20/184) em 2017, 11% (20/181) em 2018, 10,5% (22/210) em 2019 e 10,5% (17/162) em 2020.

Em termos demográficos, o género feminino representou 50,6% (40/79) dos internamentos e a média de idades foi de 5,7 dias [mín 0; máx 75]. O motivo de internamento foi essencialmente por doença orgânica (92,4%), sendo exclusivamente social em apenas 7,6% (6/79) dos casos. Destes internamentos por motivos exclusivamente sociais, 4 foram por situação social mal-esclarecida, 1 por adoção por vontade materna e 1 por alta materna contra parecer médico. A média de internamento foi de 13,8 dias [mín 0; máx 52], protelando-se a alta por motivos sociais em 38,8% (31/79). Olhando apenas aos internamentos por causa orgânica, a sua alta foi protelada por motivos sociais em 34,2% (25/73), com uma média de alta protelada em 6,4 dias [mín 4; máx 32].

As famílias eram migrantes em 41,8% (33/79), sendo que 3 delas se encontravam em situação irregular. Verificou-se desemprego de, pelo menos, um dos pais em 53,2% (42/79) e insuficiência económica em 48,1% (38/79) das famílias. O único tipo de maus-tratos identificado foi a negligência (48,1%, N=38), quase exclusivamente pelo não cumprimento do esquema de vigilância pré-natal. Foram identificados vários fatores de risco como: pobreza e/ou isolamento (57%); baixa escolaridade (24,1%), considerada abaixo do 9o ano de escolaridade; mães adolescentes (13,9%); desorganização familiar (7,6%); doença psiquiátrica materna (6,3%); e comportamentos aditivos (5,1%); nalguns casos presentes em simultâneo.

Foi necessária a intervenção de entidades de nível 1 em 78,5% (62/79), nível 2 em 16,5% (13/79) e nível 3 em 5,1% (4/79). No que diz respeito à integração dos recém-nascidos, 93,7% (74/79) ficaram nas suas famílias, sendo elas maioritariamente nucleares (35,4%), alargadas (25,3%) ou monoparentais (17,7%). Cinco crianças foram institucionalizadas, 4 delas em conjunto com as suas mães.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A maioria das referenciações ao Serviço Social ocorreu em recém-nascidos internados por causas orgânicas (não exclusivamente sociais), o que sugere que os profissionais de saúde estão alerta para a identificação de situações de perigo e risco social. A maioria dos casos foi gerida apenas por entidades de nível 1, com integração da generalidade dos recém-nascidos nas suas famílias, o que reflete uma boa articulação com o Serviço Social. No entanto, o número de altas proteladas e a quantidade de dias de internamento prolongados por motivos sociais não são desprezíveis, o que demonstra a importância da correta identificação destas situações e o impacto nos cuidados de saúde. O internamento na Neonatologia, mesmo em contexto de doença aguda, deve constituir um momento para a identificação de potenciais situações de perigo e fatores de risco social. A

identificação destas situações em idade tão precoce, permite intervir e orientar as crianças e suas famílias desde cedo. A existência de um ambiente propício ao desenvolvimento das crianças, refletir-se-á positivamente no seu futuro.

## REFERÊNCIAS

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). Manual Crianças e Jovens Vítimas de Violência: compreender, intervir e prevenir. Lisboa: APAV.
- Lei no 147/1999 de 1 de Setembro. Diário da República no204/1999 - Lei no31/2003 de 22 de Agosto. Diário da República no193/2003
- Lei no142/2015 de 8 de Setembro. Diário da República no175/2015 - Lei no23/2017 de 23 de Maio. Diário da República no99/2017
- Lourenço, A.P. (2010). *O Invisível da Sociedade - Crianças e Jovens em Risco* (Trabalho de Investigação no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação). Universidade Lusófona, Instituto de Ciências da Educação, Lisboa.
- Nascimento, J. et al. (2013). O impacto do risco social num internamento pediátrico. *Acta Pediatr Port*, 44(1), 15-9.
- Teufel, S. et al. (2013). *Promoção e protecção dos direitos das crianças – Guia de orientações para os profissionais de saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. (1a ed.). Generalitat Valenciana.

## ICCA2022-20688 - A importância da intervenção nos irmãos das crianças vítimas de mau trato

Miguel Lucas<sup>1</sup>, Anabela Fazendeiro<sup>2</sup>, Patrícia Lourenço<sup>2</sup>, Filomena Freitas<sup>2</sup>, Marta Machado<sup>2</sup>,  
Beatriz Maia Vale<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interno de Formação Específica Pediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (PORTUGAL)

<sup>2</sup>Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (PORTUGAL)

### Resumo

Introdução: A identificação de fatores de risco de mau trato (MT), nomeadamente história de MT pessoal e familiar, deve fazer parte integrante das consultas de vigilância de saúde infantil. De seguida, descrevem-se dois casos que reforçam a importância desta avaliação.

Discussão: Primeiro caso: Adolescente de 12 anos observada no serviço de urgência pediátrica por dor abdominal hipogástrica com 6 horas de evolução. Apresentava massa indolor palpável da sínfise púbica à região periumbilical. Negava vida sexual ativa, referia última menstruação há menos de um mês e ciclos regulares. Realizado teste imunológico para gravidez com resultado positivo. A sós com a adolescente, esta revelou ser vítima de abuso sexual pelo padrasto desde os 6 anos. Nunca teria verbalizado por dependência económica materno do padrasto. Foi realizada sinalização ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), queixa-crime à Polícia Judiciária e articulação com o Serviço de Obstetrícia. Ecografia com 20 semanas de idade gestacional. Foi avaliada por Psicologia e foi realizada interrupção médica da gravidez em articulação com a Medicina Legal. O padrasto foi detido. Segundo caso: Adolescente de 12 anos referenciado a Consulta de Pediatria hospitalar pela médica assistente por suspeita de MT físico. Foi avaliado em Consulta de Pediatria do NHACJR. Apresentava várias lesões cutâneas em diferentes localizações e estádios - na superfície anterior e posterior dos 2 antebraços e na região abdominal em fase cicatricial compatíveis com queimadura. Predomínio de lesões no braço direito e abdómen. Sem lesões em localizações

posteriores, face, região cervical ou membros inferiores. As lesões eram figuradas, de limites paralelos, com 2cm de largura, o limite superior com escoriação e uma com bordo externo arredondado. Apresentava também lesões cicatriciais mais antigas na superfície anterior do antebraço direito, lineares, de pequenas dimensões. De referir que o adolescente era esquerdino. Havia antecedentes pessoais de MT: aos dois anos foi raptado pelo pai, tendo ficando com este até aos 9 anos, altura em que a responsabilidade parental passou para a mãe, por negligência e MT físico paternos. No seu percurso de vida o adolescente não teve qualquer figura de referência. Pelos achados no exame objetivo, e após entrevista com o adolescente, revelou que as lesões eram fruto de comportamento autolesivo com faca que aquecia no fogão. Realizada articulação com os cuidados de saúde primários para orientação em consultas de Psicologia. O segundo caso descrito foi sinalizado ao NHACJR sete meses após o primeiro. Os adolescentes cujos casos descrevemos são irmãos, pertencentes a uma família oriunda do Brasil, recém-chegada a Portugal, reconstituída, numa situação de fragilidade económica, sendo o padrasto responsável pela maior parte do rendimento monetário, composta pela mãe e seus 2 filhos, seu companheiro (padrasto), um filho deste (com 21 anos) e sua companheira.

**Conclusão:** O rastreio sistemático de fatores de risco de MT permite a implementação de cuidados antecipatórios na família e a identificação mais precoce de situações de MT, de forma a ativar os mecanismos necessários para a proteção da criança e a minorar consequências que essas experiências adversas causem no crescimento e desenvolvimento psicossocial.

**Palavras-chave:** mau trato, risco, intervenção nos irmãos.

### Abstract

**Introduction:** Identification of mistreatment, namely personal and familiar history of mistreatment, should be part of child surveillance routine care. We describe two cases which reinforce the importance of this aspect.

**Discussion:** First case: A 12-year-old female adolescent was admitted to a pediatric urgency department with hypogastric abdominal pain with 6 hours of onset. There was a painless tumefaction between the symphysis pubis and periumbilical area. She denied sexual intercourse and the date of the last menses was less than 1 month ago with regular cycles. Immunological pregnancy test was positive. Alone with her, she revealed that she was a victim of sexual abuse by father-in-law for 6 years. She hasn't said that before because her mother relied economically on her father-in-law. She was referred to Child and Young in Risk Hospitalar Department (NHACJR), there was a crime accuse to the authorities and was transferred to Obstetrics service. Na ecography revealed a gestational age of 20 weeks. She was evaluated by Psychology and Forensics and it was indicated medical interruption of pregnancy. The father-in-law was arrested.

Second case: A 12-year old male adolescent was referred to a hospitalar paediatrics consultation by her General Practice doctor for suspicion of mistreatment. He was evaluated by NHACJR. He presented multiple skin lesions in different locations and stages – anterior and posterior forearm, abdomen and cicatricial lesions compatible with burn. There was a predominance in right arm and abdomen. There were no posterior located lesions, nor face, cervical or lower limb lesions. The lesions were figurative, parallel with a width of 2cm and superior excoriation, one with round external border. He had older cicatricial linear and smaller lesions on the right forearm. To mention that the boy teenager was left-handed. There was history of personal mistreatment: he was kidnaped by the father at 2 years old and stayed with him until 9 years old when the parental responsibility changed to the mother because of neglect and physical abuse by the father. During his life course, the boy didn't have anybody to look up. By the findings on physical examination, and after interview with the teenager, he revealed that those lesions were auto-inflicted with a heated knife on the stove. It was articulated with primary health care and he started being followed in psychology consultations.

The second case was referred to NHACJR seven months after the first one. These adolescents which we described are, in fact, siblings, belonging to a family arising from Brazil, recently newcomming to Portugal, reconstructed, in a fragility economic situation, being the father-in-law responsible for the most part of their monetary income. This family is composed by the mother, her two children, her partner (father-in-law), a son of the father-in-law and her girlfriend.

**Conclusion:** Screening of mistreatment risk factors allows anticipatory guidance on the family and early identification of mistreatment situations, in order to activate the necessary means to protect the child and reduce consequences of those adverse experiences on growth and psychosocial development.

**Keywords:** mistreatment, intervention on siblings.

### REFERÊNCIAS

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2018). Promoção e Protecção dos Direitos das Crianças. Lisboa

Direção Geral da Saúde. (2011). Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção: ação de saúde para crianças e jovens em risco. Lisboa

## **ICCA2022-22225 - Psychiatric Symptoms among Siblings of Children with Chronic Illness: two case perspectives**

Márcia Rodrigues<sup>1</sup>, Pedro Cotta<sup>1</sup>, Graça Fernandes<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Interna/o de Formação Específica em Psiquiatria Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto.*

*<sup>2</sup> Assistente Hospitalar de Psiquiatria Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto.*

u13373@chporto.min-saude.pt

### **Abstract**

Siblings of children with a chronic illness are at risk for negative psychological effects. Considering a psychiatric dimension, siblings of children with autism spectrum disorder (ASD) may be at increased risk not only of behavioral or emotional problems but also of neurodevelopmental abnormalities. On the other hand, psychiatric symptoms are common in typically developing siblings of children with chronic diseases such as cardiac conditions.

We present two case perspectives that picture the development of psychiatric symptoms among a child and an adolescent living with a sibling suffering from a chronic illness, firstly describing the experiencing of an ASD patient sibling and secondly reporting the presence of traumatic and somatic-related symptoms that were triggered after a cardiac event in an older sibling. We aim to highlight the importance of assessing the mental health functioning of children and adolescents with siblings suffering from a chronic disease, whether it is a neurodevelopmental or an organic condition.

Keywords: chronic illness, siblings, autism spectrum disorder, somatic symptoms.

### **INTRODUCTION**

Current clinical guidelines emphasize the importance of considering the whole family when caring for a child and adolescent with a chronic illness.(1) A chronic illness brings different changes in a family, which can be seen in the surrounding circumstances: psychiatric symptoms family members, changes in the coexisting in everyday life, disrupted family social interactions and changes in utilizing leisure time.(2,3)

Autism spectrum disorders (ASD), one of the commonest neurodevelopmental chronic illnesses, represent a group of complex, early-onset disorders that are characterized by qualitative abnormalities in social interaction and communication, stereotypic, repetitive behavior, and restricted interests.(4) Raising a child with this diagnosis can be an overwhelming experience for families. The pervasive and severe deficits often present in children with ASD are associated with a plethora of difficulties in families, including decreased parenting efficacy, increased parenting and sibling stress, and an increase in mental and physical health problems compared with families of both typically developing children and children with other developmental disorders.(5) In recent years, reported frequencies of ASD in the United States and other countries have reached an ascending prevalence of 1%. The etiology of ASD is multifactorial and complex, resulting from the combination of both genetic and environmental factors.(1) A growing body of evidence has reported that unaffected siblings of patients

with ASD may exhibit the broad ASD phenotype and have other neurodevelopmental abnormalities, including developmental speech or language disorder, developmental coordination disorder, and intelligence disability, even though they do not meet the criteria for an ASD diagnosis.(6,7) Prospective studies of infants at familial high-risk of ASD because of having an older sibling with ASD are predicated on the known elevated recurrence rate of ~10% compared to the general population prevalence. (7,8) The concept of an autism spectrum emphasizes that each individual diagnosed with the condition experiences diverse differences across a wide range of areas of their lives. This spectrum within autism includes individual variation across measured IQ, social interaction skills, communication skills, repetitive behaviors, stereotypies, sensory needs, and adaptive skills.(9) Also, siblings of individuals with ASD could have genetically and/or environmentally mediated vulnerability to many different types of psychiatric and neurodevelopmental disorders.(10) Besides the neurobiological risk of siblings of children with ASD, these siblings have an increased probability of socio-emotional dysfunction and psychological mal-adaptive functioning leading to clinical symptoms. (11) Particularly, in the case of a child with a sibling with the diagnosis of ASD it is often reported that the first is often the target of aggression of the later, and the apparent neurotypical sibling spends less time with parents in comparison to the children with ASD because this one requires more attention. (12) It was also acknowledged that the siblings were more mature as a result of having a sibling with ASD. However, families acknowledged that the relationship between children with ASD and their siblings would not differ if their children did not have ASD. Examining the family as a unit to provide a multifaceted perspective of how having a child with ASD affects their siblings is of major importance once the experiences of siblings of children with ASD are frequently minimized and forgotten. (13,14) On the other hand, considering organic diseases and not only neurological and developmental conditions, the diagnosis of a physical and chronic illness during childhood can be a potential stressor and changes within the family system may take place in family members at-risk for impaired functioning.(15) Chronic conditions in children have been found to negatively affect all aspects of family life including parenting and siblings.(16) It is suggested that there exists an inherent relationship between having a sibling with a chronic illness and somatic symptoms. (17-19) In fact, physical symptoms are not always adequately explained by a medical or organic condition and several labels have been used to refer to these symptoms, including somatization, persistent somatic symptoms and functional somatic symptoms.(20) The estimated prevalence of somatic symptoms in children and adolescents is between 10–30% and they are thought to be due to a combination of biological, psychological, interpersonal, and healthcare factors, and commonly present as pain, headaches, fatigue, chest pain, stomachaches, dizziness, or insomnia.(21) Specifically, considering congenital heart disease - the most common birth defect - it is suggested that parents of these children have increased stress, depression, and anxiety. These families have more symptoms of psychological distress and reduced quality of life.(22) Having a child with congenital heart disease affects finances, relationships, parent and sibling health-related quality of life. Literature that investigated the psychosocial function of siblings of children with chronic conditions found a marginally increased risk of psychosocial distress with some siblings experiencing clinical symptoms. (23) Parents of children with a chronic condition face a balancing act of trying to meet the needs of the family, while caring for a complex child termed “special needs parenting”, which results in siblings of children with chronic conditions getting less parental attention. (24) Less parental attention appears to

lead to increased negative impacts when the child's illness is less visible and requires a high degree of parental functional adaptation.(25)

Research has shown elevated levels of psychiatric symptoms in typically developing siblings of children with chronic illness.(26,27) Siblings develop strategies to help them cope with and accept their circumstances, including finding new prosocial ways of meeting their needs in the form of skills and roles that they later develop. Often the expression of their feelings and needs is hampered by the widening gaps in communication with their support systems, leading to clinical symptoms reported as maladjustment (e.g. mood changes, rebellion, attention seeking and somatic complaints).(28,29)

In fact, sibling relationships are a unique and powerful context for children's development, characterized by strong positive features, such as warmth and intimacy, as well as negative qualities like intense, potentially destructive conflict. For these reasons, sibling interactions may be both a risk and a protective factor for the development and maintenance of emotional and behavioral dysfunction. (30) As so, the presence of chronic illness has an impact on all family members. The relationship inside the family system can be compromised not only with parents but also with siblings. Healthy siblings, in particular, may experience negative psychological and emotional symptoms. Despite their difficulties, usually little attention is paid to how they experience everyday family life and the impact of their sibling's disease.(31,32)

We report two case perspectives of different conditions, one of them with a sibling with ASD and himself having ASD-like traits and another considering an adolescent living with a sibling suffering from a cardiac chronic illness - a congenital heart disease. We aim to describe our clinical view about the psychiatric symptomatology of a child and an adolescent living with a sibling with a neurodevelopmental disorder and an organic chronic illness, respectively.

## **CASE REPORTS**

### **Clinical case 1**

M., a 9 year old boy with family history in an older sibling of ASD was referred to a child and adolescent psychiatry observation after exclusion of organicity by a pediatric and neurologic evaluation due to behavioral regression and heteroaggressivity directed to teacher and colleagues at school. He was the youngest of a phratry of 3, with a 21-year old sister without medical and psychiatric history and an 11-year old brother with the diagnosis of ASD since he was 3 years old. At our first observation M. was conscious and awake but didn't answer initially to the questions asked. His behavior was apparently oppositional and marked by a continued proprioceptive and tactile sensorial search that his mother denied to have previously seen, even during toddler years. In contrast, his older brother attended occupational therapy sessions because of his sensory difficulties and previous global developmental delay. However, M. had an expectable and normative development. The mother told us that she had never seen these symptoms in this son and described him to have had a normative psychomotor and psychoaffective development. Despite previous normal development, she additionally reported academic difficulties since the previous school year that led him failing to pass year and be integrated in another class with different colleagues and teachers. In the course of the first interview, M. also developed some tantrums evidencing not only latent irritability but also the need for some attention from his mother. It is important to notice that the mother was struggling against a serious dermatologic disease with severe dermatitis related to food allergies. The father was only



present during weekends because he worked as a teacher in Lisbon. At this first observation and due to the aggressiveness and irritability seen we prescribed risperidone 0.5 mL at bed time.

Two weeks later, in our second appointment the mother stated a good response to risperidone with a decline in irritability despite keeping social difficulties at school. Our psychiatric evaluation showed that M. was radically different and returned an age expected behavior with a fluent and organized speech. However, his prosody was particular and he had serious difficulties in understanding and distinguishing reality and fantasy. Also, his social interaction with his colleagues was atypical, with M. describing them as “new and old friends” without a clear difference and comprehension of friendship. M. 's theory of mind was also compromised, giving evidence of pragmatic difficulties in other's communicative intention as well in metaphor comprehension. He described his relationship with his older brother as ‘fun’. During this interview his mother revealed M.'s limited and repetitive interest in dinosaurs and legos and stated that with this son she has never had worries before because in comparison with the older brother with ASD he ‘was normal’. Considering the observation of ASD-like traits, our plan in the third appointment was applying the *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)* that revealed 10 points which is above the cut point of Autism. M. also performed a cognitive evaluation (*Wechsler Intelligence Scale for Children III*) in our department that showed high average to above average verbal and performance IQs and adaptive scores in the average range. In the following appointments and after giving the diagnosis, we observed a family system characterized by higher levels of stress, distress, fatigue and anxiety according to parent reports of their dynamics. Additionally, parents experienced concerns about their parental efficacy considering the recently made diagnosis of their youngest child.

Our clinical view of M.'s symptomatology suggested ASD-like symptoms that were confirmed by clinical evaluations and were evidenced not only by social-academic demands but also in a stressful family context. In order to discuss possible difficulties and manage the acceptance of the diagnosis, the family was referred to an ASD support parental group with other families having children with the same diagnosis. Taking parents' perspectives into account and hearing other parents' opinions may imply new coping strategies to deal and manage the family system now that another sibling has a diagnosis of ASD. M. was also referred to a psychological group that focused on Social Skills training.

## **Clinical case 2**

J., a 15 year old male adolescent was observed in the child and adolescent psychiatry emergency department describing a continued experience of pain and somatic symptoms since the past year, reporting a thoracic and left arm pain, headaches and palpitations. These were reported as the "most bothersome" worries, and pain was rated, on average, as moderately severe, typically occurring several times per week, and was primarily chronic in nature (duration,  $\geq 3$  mo). Additionally, J. described physical sensations of fear including shortness of breath, trembling and muscle tension that occurred unexpectedly, denying any external threat. All of these symptoms occurred either at home or at school. The beginning of the symptoms happened a year ago after he had witnessed his 17 year old brother who had a congenital cardiopathy presenting symptoms of a heart attack. J. directly experienced this traumatic event. He had recurrent and involuntary intrusive memories of this stressful event, fearing that his brother had another cardiac event and reporting depersonalization and derealization reactions. His mother enhanced a change in J's behavior since then with negative changes in his cognitions and mood. She said J. showed persistent and exaggerated negative

expectations regarding himself and his health. She also stated his disproportionate worries and thoughts about health and body senses, telling us about the excessive time that J. spent being self-conscious and alert about his heartbeat and peripheral pulse. J.'s had also ruled out medical conditions associated with his pain but feared having an undiagnosed disease and came searching for our help because he couldn't no longer handle the inner anxiety that his symptoms were causing. J. also reported that the symptoms, despite occurring in both home and school, worsened in the latter since the beginning of the year because some colleagues bullied him for being so intelligent and hard-working. His descriptions of himself and the interview with his mother revealed an adolescent with some features of asceticism and intellectualization.

Regarding biological rhythms, his sleep was characterized by an increase in sleep latency with initial insomnia and his appetite was irregular. We decided to prescribe sertraline 50 mg and alprazolam 0.25 mg and agreed to do a follow-up in three weeks. In the next appointment, equally at the emergency department, there was considerable improvement: the thoracic and left arm pain had remitted and he only reported brief episodes of palpitations associated with the period before sleep. Also, J. felt more socially engaged and the previous symptoms were no longer occurring either at school or at home. His mother noticed that J.'s mood and negative cognitions were also improving, stating that he was more available to talk about his worries. Also, she said that the previous hypervigilant and alert state and permanent fear about himself and his brother's health were improving. We referred J. to a Child and Adolescent Psychiatry consultation to continue his follow-up and recommended a psychotherapeutic intervention with cognitive-behavioral therapy. We also recommended weaning off Alprazolam.

## **DISCUSSION**

The case reports picture the importance of sibling psychiatric evaluations of children with chronic conditions, whether it is a mental/ neurodevelopmental or organic disease.

From a neurodevelopmental view, ASD is a life-long condition that affects the individual and their family system. The first case enhances the importance of giving attention and surveillance to the siblings of ASD children. Studies have found that siblings of a brother or sister with ASD are at an increased risk not only of neurodevelopment conditions but also of mental health difficulties such as symptoms of depression or anxiety.(33,34) In fact, siblings of individuals with ASD have significantly worse outcomes across all areas of social, emotional, behavioral and psychological functioning.(35) However in some children despite the familiar risk, diagnosis is only made later in the course of development. In fact, some children are not a reason for concern to their parents until they are older as in the case presented. M. 's showed symptoms of impairment in social, emotional and behavioral regulation when academic and familial demands were raised, evidencing the nuclear symptoms of ASD. However, considering M.'s age, he represents a later diagnosis of ASD even though he had an inherent familiar risk due to his older brother. Literature states that later diagnosis of ASD represents a theoretical challenge for many clinicians who have conceived the diagnosis as a very early arising developmental disorder that affects learning and behavior from infancy onward. If we believe that early intervention makes a difference, then finding children with ASD who cannot be identified until early school age is problematic.(36,37) However, it is relatively easy to think that if a child is very mildly symptomatic, especially if the child has an older sibling who is more impaired, as in the first case, parents who are already fairly knowledgeable will not be seeking for an ASD diagnosis, especially in a

child with strong cognitive abilities who seems to be developing well in everyday adaptive functioning, with no perceived impairment or need for specialized help. By middle childhood, parents' perspectives might change and, in the presence of greater absolute discrepancies from typical expected development, parents' expectations for a diagnosis may change, especially if a potential stressor impacts the adaptive functioning of the apparently healthy sibling and reveals some unacknowledged symptom or behavior such as the heteroaggressiveness that M. showed. This clinical case raises the issue that parents' concerns should be addressed, with or without a diagnosis. In addition, an awareness that later diagnoses and later-appearing symptoms can emerge reminds us of the importance of development surveillance of children with siblings with ASD because a very early history of typical development should not negate observation of clear symptoms of ASD later on, particularly in children with average or above intelligence as in the case presented. Besides the neurobiological risk of ASD of having a sibling with an ASD it is important to identify supports and strategies that could facilitate the development of positive relationships between the siblings due to the potentially negative effects of an autistic-like social interaction. Similarly, assessment of healthy and developmental normative siblings is necessary to identify those who may be at risk for future adjustment problems and maladaptive behaviors.(38)

On the other hand, the second case described depicts an adolescent with a stressful life event - his brother's cardiac disease - that led to the development of maladaptive coping mechanisms characterized by serious somatic and traumatic related symptoms that were framed in a comorbid diagnosis of Somatic Symptom Disorder and Posttraumatic Stress Disorder.(4) In fact, body expression of mental disorders is common in adolescence.(39) Siblings of children and adolescents with chronic disease may have self-identity difficulties, affecting peer and teacher interactions. Most healthy siblings of children with chronic disease are physically and psychologically affected and there is low parental awareness of this condition.(40,41) These healthy adolescents with a sibling suffering from chronic disease are more at risk of somatic symptoms and violent behaviors than their peers with healthy siblings which can increase the risk of emotional neglect and abuse of these children. Also, greater disease severity appears to emerge as a potential risk factor for impaired sibling health-related quality of life of siblings of children with physical chronic health conditions. (41,42) As in case 2, the adolescent had not only watched a cardiac arrest of his brother but also was the first person to call for help which is a major life event to testify and possibly signified an important trigger to the development of somatic symptoms. Chronic illness or any disability beginning in the family system can have a deleterious effect on the psychosocial health of siblings. Evaluating sibling-oriented care may improve behavioral and emotional outcomes in siblings of children with chronic illness or disability, highlighting the potential for enhancing their emotional and behavioral outcomes. (43)

Considering the clinical perspectives presented in the cases, health professionals in contact with children and adolescents should always consider with them a systemic approach. Parents should be informed about the potential effect on the siblings of a chronic condition child, but also reassured, as these children and adolescents are not different from their peers with healthy siblings. Therefore, special support programs are needed for the families of children with chronic diseases.(41,44,45) The siblings' experiences we described revealed stressful life conditions. Available literature documents the negative impact of having a sibling with other chronic conditions, suggesting that in the case of siblings of children with cardiac disease, they experience adverse life changes which may lead to negative impacts in several domains.(22,23)

Therefore, there is a need for intervention to mitigate the negative impacts of chronic diseases on siblings. It is essential that program standards exist in health care to ensure the holistic psychosocial care of families of children with other chronic conditions. (46,47). Prior to intervention development, it is also necessary to understand what is known about the impact of chronic diseases on siblings. Inviting siblings and also the family to a hospital appointment in which they would have access to a health professional could be a way of addressing these issues. Identifying the need of some kind of approach in what concerns age appropriate inclusion of the sibling in the caring duties, promote family discussion about the disease and directly discuss the subjective needs of the sibling may reduce anxiety regarding siblings disease.(15,19,48) Counseling for the family and for siblings whether the chronic disease is psychiatric or organic is recommended to help them deal with their feelings and problems. Conflicts caused by feelings of loneliness may be turned into security and meaning once siblings have knowledge about the disease. Being introduced to healthcare professionals is a significant experience. It is also important to have close relationships with friends and other adults, which gives rise to feelings of self-confidence and an inner sense of being supported.

## CONCLUSIONS

Health professionals should consider a family-oriented perspective when evaluating a symptom. It is essential to evaluate siblings of children with chronic disease, whether it is a neurodevelopmental or organic disease. Whenever possible, siblings and also the nuclear family should be invited to a consultation as a way of approaching family dynamics and coping strategies with a symptom/disease. In the presence of a neurobiological risk of ASD it is recommended to evaluate siblings considering not only the genetic risk but also the common psychiatric comorbidity. The subjective experience of siblings without physical or organic conditions is relevant in understanding their perspectives, and it is essential to make their feelings audible in order to prevent the development of psychopathology.

## REFERENCES

1. Chikhradze, N., Knecht, C., & Metzger, S. (2017). Young carers: growing up with chronic illness in the family - a systematic review 2007-2017. *J of Compassionate Health Care*. doi:10.1186/s40639-017-0041-3
2. Kain, C.A. (2009). *Muddling through: how young caregivers manage changing complexities*. Boca Raton: Florida Atlantic University;
3. Mauseth, T., & Hjalmlult, E. (2016). Adolescents' experiences on coping with parental multiple sclerosis: a grounded theory study. *J Clin Nurs*. 25(5–6):856–65. doi:10.1111/jocn.13131
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*. (2013). Washington, DC: The American Psychiatric Association
5. Karst, J.S., & Van Hecke, A.V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 15(3):247-77. doi: 10.1007/s10567-012-0119-6.
6. Jokiranta-Olkonieni, E., Cheslack-Postava, K., Sucksdorff, D., Suominen, A., Gyllenberg, D., et al. (2016). Risk of Psychiatric and Neurodevelopmental Disorders Among Siblings of Probands With Autism Spectrum Disorders. *Jama Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0495

7. Lin, H., Cheng, C., Huang, K., Hsu, J., Bai, Y., Tsai, S., et al. (2021). Developmental and mental health risks among siblings of patients with autism spectrum disorder: a nationwide study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-021-01784-9
8. Constantino, J.N. , Zhang, Y. , Frazier, T. , Abbacchi, A.M. , & Law, P. (2010). Sibling recurrence and the genetic epidemiology of autism. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1349–1356. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09101470
9. Kovshoff, H., Cebula, K., Joy, H., & Hastings, R. (2017). Siblings of Children with Autism: the Siblings Embedded Systems Framework. *Curr Dev Disord Rep*. doi:10.1007/s40474-017-0110-5
10. Baird, G. , Simonoff, E. , Pickles, A. , Chandler, S. , Loucas, T. , Meldrum, D. , & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The special needs and autism project (SNAP). *The Lancet*, 368, 210–215. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69041-7
11. Angell, M.E., Meadan, H., & Stoner JB. (2012). Experiences of siblings of individuals with autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment*. doi: 10.1155/2012/949586
12. Smith, L.O., & Elder, J.H. (2010). Siblings and family environments of persons with autism spectrum disorder: a review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 23(3):189-95. doi:10.1111/j.1744-6171.2010.00240.x.
13. Özdemir, C., Harmancı, K., Eren, M., Kirel, B., Yazar, C., et al. (2019). Quality-of-life Evaluation of Healthy Siblings of Children with Chronic Illness. *Balkan Med J*. doi:10.4274/balkanmedj.galenos.2019.2019.7.142
14. McHale, S.M., Updegraff, K.A., & Feinberg, M.E. (2016). Siblings of Youth with Autism Spectrum Disorders: Theoretical Perspectives on Sibling Relationships and Individual Adjustment. *J Autism Dev Disord*. 46(2): 589–602. doi:10.1007/s10803-015-2611-6.
15. Deavin, A., Greasley, P., & Dixon, C. (2018). Children's Perspectives on Living With a Sibling With a Chronic Illness. *Pediatrics*. doi: 10.1542/peds.2017-4151
16. O' Brien, I., Duffy, A., & Nicholl, H. (2009). Impact of childhood chronic illnesses on siblings: a literature review. *Br J Nurs*. 18(22):1358, 1360-5. doi: 10.12968/bjon.2009.18.22.45562.
17. Sharpe, D., & Rossiter, L. (2003). Siblings of Children With a Chronic Illness: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. doi: 10.1093/jpepsy/27.8.699
18. Dirks, M.A., Persram, R., Recchia, H.E., & Howe, N. (2015). Sibling relationships as sources of risk and resilience in the development and maintenance of internalizing and externalizing problems during childhood and adolescence. *Clin Psychol Rev*. 42:145-55. doi:10.1016/j.cpr.2015.07.003.
19. Cadman, D., Boyle, M., & Offord, D.R. The Ontario Child Health Study: social adjustment and mental health of siblings of children with chronic health problems. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*. 1988;9(3):117–121.
20. Ludot, M., Merlo, M., Ibrahim, N., Piot, M.A., Lefèvre, H., Carles, M.E., et al. (2021). Somatic symptom disorders in adolescence. A systematic review of the recent literature. *Encephale*. 47(6):596-604. doi:10.1016/j.encep.2021.04.007.
21. Elliott, L., Thompson, K.A., & Fobian, A.D. (2020). A systematic review of somatic symptoms in children with a chronically ill family member. *Psychosom Med*. 82(4): 366–376. doi:10.1097/PSY.0000000000000799.

22. Woolf-King, S.E., Anger, A., Arnold, E.A., Weiss, S.J., & Teitel, D. (2017). Mental Health Among Parents of Children With Critical Congenital Heart Defects: A Systematic Review. *J Am Heart Assoc.* 6(2): e004862. doi: 10.1161/JAHA.116.004862
23. Parker, R., Houghton, S., Bichard, E., & McKeever, S. (2020). Impact of congenital heart disease on siblings: A review. *J Child Health Care.* 24(2):297-316. doi:10.1177/1367493520914738.
24. Ray, L.D. (2002). Parenting and Childhood Chronicity: making visible the invisible work. *J Pediatr Nurs.* 17(6):424-38. doi: 10.1053/jpdn.2002.127172.
25. Cousino, M.K., & Hazen, R.A. (2013). Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Psychology* 38(8) pp. 809–828. doi:10.1093/jpepsy/jst049
26. Limbers, C. A., & Skipper, S. (2014). Health-related quality of life measurement in siblings of children with physical chronic illness: A systematic review. *Families, Systems, & Health,* 32(4), 408–415. doi: 10.1037/fsh0000077
27. Hartling, L., Milne, A., Tjosvold, L., Wrightson, D., Gallivan, J., & Newton, A.S. (2014). A systematic review of interventions to support siblings of children with chronic illness or disability. *J Paediatr Child Health.* 50(10):E26-38. doi: 10.1111/j.1440-1754.2010.01771.x.
28. Gold, J.I. Psychological adjustment in siblings of children with sickle cell disease: Relationships with family and sibling adaptational processes.(African-Americans) 1999.
29. Hamama, L., Ronen, T., & Rahav, G. (2008). Self-control, self-efficacy, role overload, and stress responses among siblings of children with cancer. *Health & social work.* 33(2):121–132.
30. Dirks, M.A., Persram, R., Recchia, H.E., & Howe, N. (2015). Sibling relationships as sources of risk and resilience in the development and maintenance of internalizing and externalizing problems during childhood and adolescence. *Clin Psychol Rev.* 42:145-55. doi:10.1016/j.cpr.2015.07.003.
31. Dinleyici, M., & Dağlı, F.S. (2018). Evaluation of quality of life of healthy siblings of children with chronic disease. *Turk Pediatri Ars.* doi: 10.5152/TurkPediatriArs.2018.6778
32. Smith, M.M., Pereira, S.P., Chan, L., Rose, C., & Shafran, R.. (2018). Impact of Well-being Interventions for Siblings of Children and Young People with a Chronic Physical or Mental Health Condition: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev.* doi:10.1007/s10567-018-0253-x
33. Koukouri, E., Soulis, S.G., & Andreoulakis, E. (2020). Depressive symptoms of autism spectrum disorder children's siblings in Greece: Associations with parental anxiety and social support. *Autism.* doi: 10.1177/1362361320966847
34. Shivers, C., Jackson, J.B., & McGregor, C.M. (2019). Functioning Among Typically Developing Siblings of Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology.* doi: 10.1007/s10567-018-0269-2
35. Lovell, B., & Wetherell, M.A. (2016). The psychophysiological impact of childhood autism spectrum disorder on siblings. *Research in Developmental Disabilities.* doi:10.1016/j.ridd.2015.11.023
36. Davidovitch, M., Levit-Binnun, N., Golan, D., & Manning-Courtney, P. (2015). Late diagnosis of autism spectrum disorder after initial negative assessment by a multidisciplinary team. *J Dev Behav Pediatr.* 36(4):227-34. doi: 10.1097/DBP.0000000000000133.

37. Lord, C. (2018). For Better or for Worse? Later Diagnoses of Autism Spectrum Disorder in Some Younger Siblings of Already Diagnosed Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 57(11): 822–823. doi: 10.1016/j.jaac.2018.08.008
38. Molinaro, M.L., Rollo, L.E., Fletcher, P.C., & Schneider, M.A. (2020). Having a Sibling with ASD: Perspectives of Siblings and Their Parents. *Compr Child Adolesc Nurs*. 43(1):35-47. doi:10.1080/24694193.2018.1559256.
39. Bonvanie, I.J., Janssens, K.M., Rosmalen, J.M., & Oldehinkel, A.J. Life events and functional somatic symptoms: A population study in older adolescents. *British Journal of Psychology*. 2017;108(2):318–333. doi: 10.1111/bjop.12198
40. Le Boudec, A., Akre, C., Barrense-Dias, Y., Berchtold, A., & Suris, J.C. (2020). Siblings of youths with chronic conditions: a school-based survey. *Int J Adolesc Med Health*. 33(3):173-180. doi: 10.1515/ijamh-2018-0247.
41. Bellin, M.H., & Kovacs, P. Fostering resilience in siblings of youths with a chronic health condition: A review of the literature. *Health Soc Work*. 2006;31:209–16. doi:10.1093/hsw/31.3.209.
42. Hilknér, S.H., Beck, A.R., Tanaka, E.Z., & Dini, A.P. (2019). Perceptions of siblings of children hospitalized due to chronic disease. *Revista de Enfermagem Referência*. doi:10.12707/RIV18074
43. Hanvey, I., Malovic, A., & Ntontis, E. (2022). Glass children: The lived experiences of siblings of people with a disability or chronic illness. *J Community Appl Soc Psychol*. doi:10.1002/casp.2602
44. Rodrigues, N., & Patterson, J.M. Impact of severity of a child's chronic condition on the functioning of two-parent families. *J Pediatr Psychol*. 2007;32:417–26. doi:10.1093/jpepsy/jsl031
45. Barlow, J.H., & Ellard, D.R. The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child Care Health Deve*. 2006;32:19–31. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00591.x.
46. Wiener, L., Kazak, A.E., Noll, R.B., Patenaude, A.F., & Kupst, M.J. (2015). Standards for the Psychosocial Care of Children With Cancer and Their Families: An Introduction to the Special Issue. *Pediatr Blood Cancer*. 62, Suppl 5:S419-24. doi:10.1002/pbc.25675
47. Hynan, M.T., & Hall, S.L. (2015). Psychosocial program standards for NICU parents. *J Perinatol*. 35 Suppl 1(Suppl 1):S1-4. doi: 10.1038/jp.2015.141.
48. Thomas, P.A., Liu, H., & Umberson, D. (2017). Family Relationships and Well-Being. *Innov Aging*. 1(3): igx025. doi: 10.1093/geroni/igx025

## **ICCA2022-26622 - Adaptação psicológica e estratégias de coping utilizadas pelos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica**

Maria Eduarda Correia<sup>1</sup>, Tânia Melo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Escola Superior de Saúde de Portalegre (Portugal)*

<sup>2</sup> *Universidade de Lisboa (Portugal)*

*eduarda.correia@ippportalegre.pt*

### **Resumo**

Enquadramento: O diagnóstico de doença oncológica na criança ou adolescente tem naturalmente um grande impacto nos pais. As respostas destes refletem-se na relação com os filhos e com a restante família, devendo ser foco de atenção dos enfermeiros.

Objetivo: Conhecer a adaptação psicológica e identificar quais estratégias de coping mais utilizadas pelos pais de crianças ou adolescentes com doença oncológica em fase de tratamento.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com amostra de 52 pais que acompanhavam os seus filhos com doença oncológica na fase de tratamento.

Resultados: Verificou-se que a adaptação psicológica dos pais, se caracteriza sobretudo pelo "Espírito de luta" e pela "Aceitação" da doença dos seus filhos. As estratégias de coping mais utilizadas são as de "Coping ativo", "Planear", "Suporte instrumental", "Religião" e "Reinterpretação positiva".

Conclusão: O Enfermeiro, deve contribuir para o desenvolvimento da adaptação psicológica positiva promovendo a utilização de estratégias de coping adequadas, sendo propostas atividades de intervenção e acompanhamento, junto destes pais.

Palavras - chave: pais, adaptação psicológica, estratégias de coping, oncologia.

### Abstract

Context: The diagnoses of malignancy in children or adolescent naturally have a major impact on parents. The answers of these are reflected in the relationship with the children and the rest of the family should be the focus of attention of nurses.

Objectives: To know the psychological adaptation and identify coping strategies most used by parents of children or adolescents with cancer disease under treatment.

Methodology: quantitative, descriptive and correlational study with a sample of 52 parents who accompanied their children with oncological diseases in the treatment phase.

Results: It was found that the psychological adaptation of parents is characterized mainly by "Fighting Spirit" and the "acceptance" of the illness of their children. The most frequently used coping strategies are the "active coping", "Plan", "instrumental support", "Religion" and "positive reinterpretation."

Conclusion: Nurses should contribute to the development of positive psychological adaptation through the promoting appropriate coping strategies being proposed intervention activities and monitoring, among these parents.

Keywords: parents, psychological adjustment, coping strategies, oncology.

## ENQUADRAMENTO

Até algumas décadas atrás, a doença oncológica era uma doença quase sempre fatal. Em contexto pediátrico e no caso das crianças e dos adolescentes, o diagnóstico da doença oncológica é vivido como fonte de *stress* tanto para eles próprios, como também para os seus pais e até pela restante família.

A admissão de crianças ou adolescentes num hospital, o início da sua hospitalização, num serviço especializado e o contacto com outras pessoas em situação semelhante à sua, são a primeira convivência efetiva com a doença e com a sua nova realidade de vida. O processo de adaptação dos pais vai acontecer em simultâneo com o desempenho de um papel parental para o qual não estão preparados, em que terão de adquirir e desenvolver novas competências em que apoiados por profissionais de saúde que respeitam e reconhecem o seu papel de *cuidador*, valorizando as suas preocupações e ansiedades.

No hospital, ficam privados das pessoas que lhe são significativas e são outras pessoas a fazer parte do seu quotidiano.

Assim, ao depararem-se com toda esta situação indutora de *stress*, como é o processo de doença oncológica, os pais deverão ajustar-se e adquirir novas competências que lhe permitam a adaptação, o que pode influenciar o curso da doença e a adaptação psicossocial das crianças e/ou adolescentes (Santos et al., 2003).

Para Young et al., (2002), em pediatria o diagnóstico da doença oncológica é o começo de um processo que vai ser vivido em diferentes planos e que será responsável por uma transição major na



vida de uma família, que tem de se reorganizar e em que os pais têm de se assumir como cuidadores.

Neste contexto, a situação de doença oncológica constitui tipicamente, um agente de *stress* que implica a adoção de um leque variado de estratégias para lhe fazer face, podendo essas estratégias ser mais ou menos eficazes às etapas adaptativas com que se confrontam, no decurso da doença (Monteiro et al., 2002; Santos et al., 2003).

Essas estratégias são descritas na literatura como estratégias de *coping* e podem ser consideradas como um fator estabilizador, ou seja, que facilitam o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou momentos stressantes (Holahan & Moos citados por Pais-Ribeiro, 2004).

No caso das crianças e adolescentes com doença oncológica, dada a importância do apoio familiar, a adaptação dos pais/família e o modo como estes lidam com a situação é de extrema importância (Rodrigues et al., 2000).

Yates (1999) apresenta a crise com que os pais se defrontam após o diagnóstico de doença oncológica como sendo motivada por dois agentes *stressores*: O primeiro é o *stress* emocional associado à doença grave, com o mito de desfiguração que aparece relacionada ao tratamento, os sintomas e a cronicidade que levam à deterioração progressiva e, por fim, a possibilidade de morte do seu familiar; o segundo, é o *stress* associado à necessidade de prestar cuidados físicos ao doente, com todas as implicações para as atividades de vida diária que isso implica.

Estas adaptações à doença que toda a família vai vivendo são muitas vezes exigidas num relativo curto espaço de tempo. O futuro é necessariamente comprometido, bem como as expectativas parentais (Gonçalves, 2000).

Rutter (1989) citado por Pires (1990), defendem que o desenvolvimento equilibrado da criança com doença oncológica depende, em grande parte, do comportamento parental, isto é, das estratégias de *coping* e respostas dos pais às necessidades pessoais e específicas das crianças/adolescentes, às suas solicitações e aos seus pedidos e da relação recíproca estabelecida entre pais e filhos.

Para os autores, Hoekstra-Weebers et al., (2000) algumas das variáveis que permitem prever o comportamento parental, são:

- Variáveis demográficas, relacionadas com a doença, a ocorrência de outros episódios stressantes
- Personalidade de pais e filhos;
- Estilos de *coping*;
- Satisfação conjugal dos pais e
- Apoio social.

São também as diferentes características da doença oncológica, bem como da incerteza inerente que fazem com que surja na vida dos pais de forma tão violenta e tão persistente e que determinam que a centralização na criança se torne um processo tão importante que surge no desempenho familiar e com implicações na vida familiar.

Os pais vivenciam a situação de stress relacionada com a doença oncológica tal, como o seu filho, sendo indispensável o conhecimento do seu processo de adaptação psicossocial para a interação com os seus filhos e manutenção da qualidade de vida de ambos (Dias et al., 2002; Pereira & Lopes, 2002).

Assim, os pais e a restante família assumirão um papel importantíssimo no controlo, gestão e adaptação da criança e/ou adolescente face à sua doença.

Neste sentido, dá-se uma readaptação da estrutura familiar que permitirá aos pais e outros elementos da família a aquisição de novas competências, o desempenho de novos papéis e novas funções agora já mais adaptadas às exigências e à vivência da doença oncológica da criança..

É pelo enorme impacto que a doença oncológica tem na criança e sua família, que se torna pertinente o estudo da adaptação psicológica e do modo como os pais lidam com a mesma, assim como das estratégias de coping mais utilizadas e eficazes, de forma a facilitar uma intervenção mais eficaz junto das crianças e adolescentes com doença oncológica, minimizando os efeitos negativos da sua vivência no processo de doença.

Assim, e mais concretamente pretendeu-se com este estudo dar resposta às seguintes questões de investigação:

1. Como se caracteriza a adaptação psicológica dos pais das crianças e adolescentes com doença oncológica durante a fase de tratamento?
2. Quais as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos pais das crianças e adolescentes com doença oncológica em fase de tratamento?
3. Qual a relação entre as estratégias de coping utilizadas pelos pais das crianças e adolescentes com doença oncológica e a sua adaptação psicológica à doença?

## **METODOLOGIA**

O estudo enquadra-se na investigação quantitativa de tipo descritivo-correlacional transversal. A amostra do estudo é não probabilística e acidental. Para constituir a amostra definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Pais (mãe ou pai) que acompanham o filho durante a hospitalização;
- Pais (mãe ou pai) que acompanham o seu filho e cujo período da doença fosse a fase de tratamento;
- Pais (mãe e/ou pai) de crianças/adolescentes com idades inferiores ou iguais a 18 anos.

As crianças e adolescentes encontravam-se em regime de internamento. Foram excluídas todos os pais das crianças e adolescentes em fase inicial de diagnóstico ou em fase terminal da vida.

Desta forma, a amostra foi constituída por 52 pais de crianças ou adolescentes com doença oncológica, sendo 32 (61,5%) do género feminino e 20 (38,5 %) do género masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 54 anos de idade, apresentando uma média de idades de 41,13 anos. Em relação ao estado civil, 51 pais eram casados (98,1 %), sendo apenas 1 (1,9 %) solteiro. Atendendo às habilitações literárias, 7 (13,4%) dos pais tinham o ensino primário, 3 (5,8%) o ensino preparatório, 23 (44,2%), o ensino secundário, 17 (32,7%) bacharelato/licenciatura e 1 (1,9%) mestrado/doutoramento.

Relativamente às características sociodemográficas das crianças/adolescentes foram consideradas o género e a idade. Assim, a amostra foi constituída por pais de 52 crianças e adolescentes com doença oncológica, sendo 32 (61,5%) destas crianças do género feminino e 20 (38,5 %) do género masculino, com idades compreendidas entre os 11 meses e os 18 anos de idade, apresentando uma média de idades de 8,18 anos.

O instrumento de colheita de dados utilizado corresponde a um questionário organizado em três partes distintas. Na primeira parte, constavam questões estruturadas e semiestruturadas para obter informação acerca da caracterização da amostra. A segunda parte, correspondia à escala de Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar (EAMC-F), *na versão portuguesa, da autoria de*

Santos et al., (2006). A terceira parte é constituída pela de escala *Brief COPE*, da autoria de Carver (1997), na sua versão traduzida para a população portuguesa de Pais Ribeiro & Rodrigues (2003).

Para medir a Adaptação psicológica, utilizamos a *Escala de EAMC-F na versão portuguesa da autoria de Santos et al., (2006)* foi traduzida e adaptada da *Mental Adjustment to Cancer Scale – Partner (MAC Scale-P)* de Watson et al., (1988), com a finalidade de avaliar a extensão pela qual os familiares dos doentes oncológicos adotam determinadas respostas no processo de adaptação ao diagnóstico e tratamento da doença. A versão portuguesa resultante manteve os 27 dos itens originais, que se distribuem pelas seguintes dimensões: Desânimo/Fatalismo, com 12 itens; Espírito de luta, com 6 itens; Preocupação Ansiosa/Revolta, com 6 itens e Aceitação/Resignação, com 3 itens. As primeiras duas expressando adaptação positiva e as outras duas, adaptação negativa. Trata-se de um instrumento multidimensional, de autopreenchimento, constituído por vinte e sete afirmações, em que o grau de importância atribuído por cada sujeito será avaliado numa escala tipo *Likert*, com quatro alternativas indicando a aplicabilidade a si próprio em que: 1 - Não se aplica de modo nenhum a mim; 2 - Não se aplica a mim; 3 - Aplica-se a mim e 4 - Aplica-se totalmente a mim.

O “*Brief COPE*” é um instrumento onde os construtos avaliados são as estratégias usadas pelas pessoas para lidar com situações *stressantes (coping)*. É um instrumento composto por 14 dimensões que conceptualizam diferentes formas de *coping*. Trata-se de um instrumento multidimensional, de autopreenchimento, constituído por vinte e oito afirmações, em que cada sujeito responde numa escala tipo *Likert*, de frequência com quatro alternativas indicando com que frequência usa cada estratégia: “0- Nunca faço isto”; “1- Faço isto algumas vezes”; “2- Faço isto muitas vezes” e “3- Faço sempre isso”.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Projeto de investigação foi submetido a avaliação pela Comissão de Ética para a Saúde de um Centro Hospitalar e Universitário da região centro de Portugal, tendo sido aprovado sendo emitido parecer favorável à sua realização.

No processo de consentimento livre e esclarecido informaram-se os participantes do estudo sobre, entre outras coisas, os riscos, direitos e benefícios da participação na investigação. O consentimento informado é um componente crítico da pesquisa ética envolvendo seres humanos. O desafio de determinar se o sujeito realmente entende o projeto de pesquisa e seus riscos e benefícios permanece, mesmo quando os requisitos legais são cumpridos (Smith, 2007).

No entanto o direito à autonomia e ao consentimento não elimina a vulnerabilidade acrescida dos participantes no estudo – pais que acompanham os seus filhos com doença oncológica, em fase de tratamento – e por isso foi dever do investigador atender a sua defesa e respeitar os seus direitos (Smith, 2007).

## RESULTADOS

### Adaptação Psicológica

No Quadro 1, apresentam-se os resultados obtidos das subescalas da escala EAMC-F, a saber: mediana, média, desvio-padrão e a frequência intervalar de casos registados para cada dimensão considerada relativamente à adaptação.

Nos aspetos positivos da adaptação psicológica, os pais apresentam valores que evidenciam elevados níveis. Para um intervalo possível de 1-4 os pais, apresentam valores médios e medianos >

3. É o caso da dimensão de “Espírito de luta” ( $\bar{x}$  =3,59; Md =3,66) e de “Aceitação/Resignação” ( $\bar{x}$  =3,28, Md =3,66).

Em contrapartida, os valores relativos às dimensões da Adaptação negativa são baixos sobretudo na dimensão Desânimo/Fatalismo ( $\bar{x}$  =1,70, Md =1,75).

**Tabela 1 Estatísticas de resumo relativas às pontuações da EAMC-F na amostra em estudo (n=52)**

EAMC-F	Mediana	Média	Desvio Padrão	Baixo (1-2)		Moderado (2-3)		Elevado (3-4)	
				nº	%	nº	%	nº	%
Desânimo/Fatalismo	1,70	1,75	,319	41	78,8	10	19,2	1	1,9
Espírito de Luta	3,66	3,59	,428	-	-	2	3,8	50	96,2
Preocupação Ansiosa/Revolta	2,40	2,51	,509	11	21,2	33	63,4	8	15,4
Aceitação/Resignação	3,66	3,28	,808	4	7,7	5	9,6	43	82,7

Verifica-se assim que a adaptação dos pais das crianças ou adolescentes com doença oncológica se caracteriza sobretudo pelo “Espírito de luta” e pela “Aceitação” da situação de doença dos filhos, parecendo não fazer sentido falar de “Resignação”, tendo em conta que esta não se infere de forma positiva como as anteriores dimensões da adaptação. Contudo, a Preocupação Ansiosa e Revolta também são moderadamente manifestadas através alguns pais que possuem uma postura adaptativa menos efetiva perante a situação de doença oncológica dos filhos.

### **Estratégias de coping**

Na Tabela 2 apresentam-se os resultados relativos ao Brief COPE e às subescalas. As estratégias utilizadas pelos pais das crianças ou adolescentes com doença oncológica podem ser divididas em 3 grupos:

- 1) **Mais utilizadas** - as estratégias de  *coping*  mais utilizadas pelos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica em fase de tratamento são as estratégias de “Coping ativo”, “Planear”, “Suporte instrumental”, “Religião” e “Reinterpretação positiva”.
- 2) **Menos utilizadas** - as estratégias de  *coping*  menos utilizadas pelos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica em fase de tratamento são as estratégias ligadas ao “Uso de substâncias”, “Desinvestimento comportamental”, “Auto culpabilização”, “Auto distração”, “Humor” e “Negação”.
- 3) **Frequência de utilização Intermédia** - as estratégias de  *coping de uso intermédio*  pelos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica em fase de tratamento são as de dimensão de “Aceitação”, “Expressão de sentimentos” e o “Suporte social”.

É importante assinalar que as estratégias de coping mais utilizadas pelos pais, ligadas às dimensões de “Coping ativo”, “Planear” e “Suporte instrumental”, estão inseridas nas estratégias de coping centradas na resolução do problema e correspondem aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora com o ambiente, que é fonte de stresse e envolve estratégias que tentam resolver, reformular ou minimizar os efeitos dessa mesma situação de stresse.

Em contrapartida, as estratégias de coping mais utilizadas ligadas às dimensões de “Religião” e “Reinterpretação positiva” estão inseridas nas estratégias de coping centradas na emoção e

envolvem a fantasia e outras atividades conscientes que visam a regulação dos afetos relacionados com a situação de doença geradora de stresse.

**Tabela 2 Estatísticas de resumo relativas às pontuações da *Brief COPE* na amostra em estudo (n=52)**

Brief COPE	Mediana	Média	Desvio Padrão	Frequência baixa (0-1)		Frequência moderada (1-2)		Frequência elevada (2-3)	
				nº	%	nº	%	nº	%
<b>Coping ativo</b>	3,00	2,49	,703	4	7,7	12	23,1	36	69,2
<b>Planear</b>	2,50	2,46	,632	1	1,9	18	34,6	35	63,5
<b>Suporte instrumental</b>	2,00	1,64	,769	7	13,5	14	26,9	31	59,6
<b>Suporte social e emocional</b>	1,00	1,33	,530	4	7,7	34	65,4	14	26,9
<b>Religião</b>	2,00	1,88	,802	4	7,7	16	30,8	32	61,6
<b>Reinterpretação positiva</b>	2,00	2,25	,689	1	1,9	11	21,2	40	76,8
<b>Auto culpabilização</b>	,00	,34	,528	41	78,8	9	17,3	2	3,8
<b>Aceitação</b>	1,00	1,30	,635	2	3,8	40	76,9	10	19,3
<b>Expressão de sentimentos</b>	1,00	1,20	,596	8	15,4	37	71,1	7	13,4
<b>Negação</b>	,50	,82	,609	30	57,7	18	34,6	4	7,6
<b>Auto distração</b>	,25	,54	,729	34	65,4	15	28,9	3	5,7
<b>Desinvestimento comportamental</b>	,00	,15	,305	48	92,3	4	7,7	-	-
<b>Uso de substâncias</b>	,00	,14	,318	47	90,4	5	9,6	-	-
<b>Humor</b>	,50	,55	,738	36	69,2	11	21,2	5	9,6

### **Adaptação psicológica e Estratégias de coping**

Para verificar a existência de relação entre as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais das crianças e adolescentes com doença oncológica e a sua adaptação psicológica à doença, procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação de *Spearman* (rs) e a aplicação dos respetivos testes de significância.

Da análise das correlações registadas sobressaem relativamente ao “Desânimo/Fatalismo” as correlações significativas com a “Reinterpretação positiva” (rs =-,452; p=,001) e o “Uso de substâncias” (rs =,361; p=,008). Para além disso, verifica-se ainda uma correlação positiva no limiar da significância dessa dimensão com as de frequência de utilização da “Negação” (rs =,272; p=,051) e com a “Auto culpabilização” (rs =,267; p=,056).

Relativamente à outra dimensão negativa de adaptação, “Preocupação Ansiosa/Revolta”, as correlações observadas são menos expressivas. A única correlação estatisticamente significativa verificou-se no sentido positivo com a “Autodistração” (rs =,323; p=,019). Registaram-se ainda correlações positivas no limiar da significância com a “Expressão de sentimentos” (rs =,247; p=,077) e com a “Auto culpabilização” (rs =,232; p=,055) e negativas com a frequência de utilização de estratégias de “Suporte instrumental” (rs = -,242; p=,084).

Por sua vez, a análise das correlações da dimensão da adaptação positiva “Espírito de luta” com a frequência de utilização das estratégias de *coping* revela três correlações positivas e estatisticamente significativas: com “Planear” ( $r_s=,423$ ;  $p=,002$ ), com “Reinterpretação positiva” ( $r_s=,404$ ;  $p=,003$ ) e com “Coping ativo” ( $r_s=,350$ ;  $p=,011$ ). Revelam-se ainda como correlações negativas no limiar da significância com a frequência de utilização de “Auto culpabilização” ( $r_s=-,267$ ;  $p=,055$ ) e com a “Negação” ( $r_s = -,263$ ;  $p=,060$ ).

Por outro lado, a dimensão positiva da adaptação “Aceitação”, de modo idêntico ao “Espírito de luta”, evidencia-se significativamente associada ao: “Planear” ( $r_s=,501$ ;  $p=,000$ ), “Reinterpretação positiva” ( $r_s = ,414$ ;  $p=,002$ ) e “Coping ativo” ( $r_s=,407$ ;  $p=,003$ ).

**Tabela 3 Coeficientes de correlação de Spearman entre as dimensões da Brief COPE e as dimensões da EAMC-F e respetivos testes de significância (n=52)**

Brief COPE	Desânimo/Fatalismo		Espírito de Luta		Preocupação Ansiosa/Revolta		Aceitação	
	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p
<b>Coping ativo</b>	-,146	,302	,350	,011*	,036	,801	,407	,003**
<b>Planear</b>	-,092	,516	,423	,002**	-,011	,940	,501	,000**
<b>Suporte instrumental</b>	,034	,811	,192	,174	-,242	,084	,121	,393
<b>Suporte social e emocional</b>	,032	,823	,198	,160	-,149	,292	-,101	,475
<b>Religião</b>	-,096	,500	,132	,352	-,169	,230	-,104	,464
<b>Reinterpretação positiva</b>	-,452	,001**	-,404	,003**	-,112	,429	,414	,002*
<b>Auto culpabilização</b>	,267	,056	-,267	,055	,232	,097	-,001	,993
<b>Aceitação</b>	-,029	,838	,163	,248	,128	,365	-,093	,510
<b>Expressão de sentimentos</b>	-,193	,171	-,069	,629	,247	,077	,175	,214
<b>Negação</b>	,272	,051	-,263	,060	-,088	,534	-,043	,764
<b>Auto distração</b>	,267	,056	-,166	,239	,323	,019*	-,135	,341
<b>Desinvestimento comportamental</b>	,160	,256	-,024	,866	,127	,370	-,064	,652
<b>Uso de substâncias</b>	,361	,008**	-,184	,191	-,004	,975	,000	,999
<b>Humor</b>	-,066	,640	-,059	,680	-,179	,204	-,001	,994

Podemos assim inferir que os pais das crianças e adolescentes com doença oncológica em fase de tratamento com adaptação psicológica mais elevada expressa nas dimensões de “Aceitação” e “Espírito de luta” tendem a utilizar com mais frequência estratégias de coping das dimensões de “Planear”, “Reinterpretação positiva” e “Coping ativo”.

Por outro lado, os pais numa situação adaptativa menos efetiva, com scores de “Desânimo/Fatalismo” mais elevados, parecem utilizar mais as estratégias ligadas ao “Uso de substâncias” e recorrer menos a “Reinterpretação positiva” da situação de doença oncológica dos seus filhos.

## DISCUSSÃO

Pode-se constatar neste estudo que a adaptação psicológica dos pais de crianças ou adolescentes com doença oncológica em fase de tratamento se caracteriza predominantemente pelo “Espírito de luta” e “Aceitação” da doença oncológica dos filhos. Estas subescalas descrevem uma adaptação psicológica positiva, confrontativa e de combatividade.

Também, é relevante verificar que um número significativo de pais apresentam uma “Preocupação ansiosa/Revolta”, são pais que possuem uma postura adaptativa baixa/moderada perante a doença oncológica das crianças e adolescentes, vivenciada com dor, revolta e mesmo desistência face à doença. Estes pais necessitam provavelmente de intervenção e ser esta uma área que os Enfermeiros podem intervir de modo, a tornar a adaptação psicológica à doença dos filhos mais positiva.

Alguns autores, defendem que o papel que é dado ao caso pode ser considerado como o ponto de partida para uma boa adaptação (Barros, 1999; Laventhal & Taylor cit. por Ogden, 2004).

Os resultados deste estudo sugerem também que as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas pelos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica em fase de tratamento são as de dimensão de “*Coping* ativo”, “Planear”, “Suporte instrumental”, “Religião” e “Reinterpretação positiva”.

Estas estratégias de *coping*, ligadas a estas dimensões, estão inseridas nas estratégias de *coping* centradas na resolução do problema e que correspondem aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora com o ambiente, que é fonte de *stresse* e envolve estratégias que tentam resolver, reformular ou minimizar os efeitos dessa mesma situação de *stresse*.

Por outro lado, as estratégias de *coping* mais utilizadas por estes pais, ligadas às dimensões de “Religião” e “Reinterpretação positiva”, estão inseridas nas estratégias de *coping* centradas na emoção e envolvem a fantasia e outras atividades conscientes que visam a regulação dos afetos relacionados com a situação de doença geradora de *stress*.

Também, os estudos relatados por Seidl *et al.* (2001) incluem estratégias de *coping* baseadas na busca da religiosidade e/ou pensamento fantasioso.

Também no estudo de Goldbeck (1998), sobre o *coping* de pais de crianças com doença oncológica, se verificou que os pais referiram maior prevalência nas estratégias focalizadas no problema em combinação com práticas religiosas.

Relativamente à religião, Elkin *et al.* (2007), na sua investigação da relação entre a religiosidade e o *coping* mostraram uma forte e importante relação entre ambos.

No presente estudo, as estratégias de *coping* de utilização intermédia pelos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica em fase de tratamento foram as das dimensões “Aceitação”, “Expressão de sentimentos” e o “Suporte social”.

No estudo de Greening & Stoppelbein (2007) em que foi estuda a relação entre *coping* e sintomas de ansiedade, depressão e *stresse* pós-traumático, nos pais de crianças em tratamento hematológico-oncológico, os resultados obtidos sugerem que os sintomas decrescem com mais frequência tendo em conta a adoção de estratégias de observação do problema e regulação emocional (como suporte social) e aumentam em função da utilização de estratégias de *coping* centradas no problema, no uso de substâncias psicoativas e na culpabilização parental.

Também, Brody & Simmons (2007) investigaram os recursos utilizados por pais para a adaptação ao tratamento da doença oncológica dos seus filhos e destacam o suporte social vindo da família, colegas de trabalho, de comunidades religiosas e dos profissionais de saúde como essencial à

adaptação ao contexto de tratamento da doença oncológica bem como reforço de laços familiares. Por isso, as estratégias de *coping* da dimensão do “Suporte social” eram de esperar que tivessem entre as mais utilizadas e não nas de utilização intermédia. Assim, verifica-se que esta poderá ser mais uma das áreas de intervenção dos enfermeiros no que concerne à adaptação psicológica dos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica.

Na presente investigação, as estratégias de *coping* menos utilizadas pelos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica em fase tratamento foram as ligadas ao “Uso de substâncias”, de “Desinvestimento comportamental”, de “Auto culpabilização”, de “Auto distração”, de “Humor” e de “Negação”.

Para Rodrigues et al. (2000), os pais de crianças em tratamento, utilizam estratégias de *coping* comportamentais ativas, mas também estratégias passivas ou de evitação para lidar com a doença oncológica. Estes resultados sugerem que estes pais, na adaptação psicológica à doença do seu filho, manifestam tensão, depressão, ansiedade, mas também a vontade e a força para lidar com a doença, para tentar enfrentá-la e fazer algo na luta contra a mesma. Os resultados obtidos pelos autores, revelaram também que os estados de humor e as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a doença são independentes da percepção cognitiva acerca da identidade e das possíveis causas da mesma.

Cruzando as duas variáveis, adaptação e frequência de utilização das estratégias de *coping*, os resultados da análise revelam que os pais ao evidenciarem uma adaptação psicológica positiva de “Aceitação” e “Espírito de luta” da doença oncológica dos seus filhos tendem a adotar mais estratégias de *coping* das dimensões de “Planear”, de “*Coping* ativo” e de “Reinterpretação positiva”.

Também na sua investigação, Rodrigues et al. (2000) revela que as estratégias de *coping* mais eficazes dos pais com filhos com doença oncológica estão associadas às estratégias centradas no problema e que estas se traduziram numa melhor adaptação ao contexto de tratamento dos filhos.

Os resultados da presente investigação revelam ainda que os pais com adaptação psicológica negativa de “Desânimo/Fatalismo” parecem utilizar mais as estratégias ligadas ao “Uso de substâncias” e menos estratégias ligadas à “Reinterpretação positiva” da doença oncológica dos seus filhos ou seja, os pais tendem a recorrer ao uso de álcool e/ou de outras drogas.

Este estudo também apresenta algumas limitações, nomeadamente ao tamanho da amostra. Deste modo, considera-se pertinente a realização de estudos que implique uma maior amostra de forma a ser mais representativa e assim, explorar as relações entre as diferentes variáveis e generalizar esses resultados com maior segurança.

## CONCLUSÃO

Uma vez que os resultados nos indicam a existência de “Aceitação” e “Espírito de luta” mas, também a “Preocupação ansiosa” na adaptação psicológica à doença, os Enfermeiros podem investir como facilitadores no processo de adaptação dos pais à situação de doença oncológica dos filhos.

Face aos resultados obtidos, torna-se fundamental que o Enfermeiro, como elemento da equipa multidisciplinar, centre os seus esforços no desenvolvimento da adaptação psicológica positiva através da utilização de estratégias de *coping* adequadas.

Assim, e atendendo aos resultados encontrados no presente estudo, são apresentadas algumas implicações na prática clínica de enfermagem através de propostas de intervenção e acompanhamento, junto dos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica na fase de



tratamento e que poderão promover suporte e desenvolver competências com resultados expressivos na adaptação à doença. Essas propostas traduzem-se na realização periódica e ordenada de reuniões com os pais e orientadas por enfermeiros e entre os pais com outros profissionais da equipa de saúde.

Desta forma, é proporcionado aos pais a troca de informações, a partilha de experiências, emoções e vivências, bem como o esclarecimento de dúvidas e/ou a disponibilização de informações que poderia ser uma mediação eficaz para desenvolverem e solucionem dúvidas para lidarem com dificuldades inerentes ao processo de doença dos seus filhos.

Entendemos que os resultados a que chegámos poderão sustentar e contribuir para uma prática de enfermagem baseada na evidência, ajudar a delimitar focos de atenção dos enfermeiros, fundamentar os juízos de diagnóstico e o processo de tomada de decisão, potenciar intervenções de enfermagem eficazes, intentando um profissionalismo de excelência, e a promover a pró-atividade e o bem-estar somático e emocional da Pessoa que carece de cuidados de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brody, A.C. & Simmons L.A. (2007). Family resiliency during Childhood cancer the father's perspective, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(3), 152-165.

Dias, M.R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2002). O cancro no "seio" da família. In M.R. Dias & E. Durà (Coord.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 303-320) Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores.

Elkin, T. D., Jensen, S. A., McNeil, L., Gilbert, M. E., Pullen, J., & McComb, L. (2007). Religiosity and coping in mothers of children diagnosed with cancer: an exploratory analysis. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 24(5), 272- 278.

Goldbeck, L. (1998). Familial coping with cancer in childhood and adolescence- possibilities for standardized assessment with a self-assesment method: results of an empirical pilot study. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiarier*, 47(8), 552-573.

Gonçalves, M. (2000). Estudo do Comportamento Parental Face ao Cancro. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Greening, L. & Stoppelbein, L. (2007). Brief report pediatric cancer, parental coping style, and risk for depressive, posttraumatic stress, and anxiety symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1272-1277.

Hoekstra-Weebers, J.,Jaspers, J., Klip, E.C., & Kamps, W. A. (2000). Factors Contributing to the Psychological Adjustment of parents of Pediatric cancer patients. In L. Baider, C. L. Cooper & A. K. De- Nour (Eds), *Cancer and the family*. England: John Wiley & Sons.

Monteiro, M., Matos, A. P. e Coelho, R. (2002). Adaptação psicológica de mães cujos filhos apresentam paralisia cerebral: Revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(2), 149-178.

Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues A. (2003). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.

Pais-Ribeiro, J. (2004). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.

Pereira, M.G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*: Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores.

- Pires, A. (1990). *Psicologia da Saúde*: Lisboa: Climepsi.
- Rodrigues, M. A.; Rosa, J.; Moura, M. & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, estratégias de *coping* e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), 61-68.
- Santos, C., Pais-Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico. In *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 8(1), 115-131.
- Santos, C.; Pais Ribeiro, J & Lopes, C. (2006). Estudo de adaptação da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 29-55.
- Seidl, F., Troccoli, T. & Zannon, C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Smith-Tyler J. (2007). Informed Consent, Confidentiality and subject Rights in Clinical Trials. *Proc Am Thorac Soc*; 4: 189– 193.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine*, (1), 203-209.
- Yates, P. (1999). Family coping: Issues and challenges for cancer nursing. *Cancer Nursing*, 22(1), 63-71.
- Young, B.; Dixon-Woods, M. & Heney, D. (2002). Parenting in a crisis: conceptualising mothers of children with cancer. *Social Science & Medicine*. 55(10), 1835 - 1847.

## ICCA2022-28606 - Doentes asmáticos e pandemia COVID-19

Beatriz Vala<sup>1</sup>, Maria Manuel Zarcos<sup>1</sup>

*1 Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria (PORTUGAL)*

*beatriz.vala@chleiria.min-saude.pt*

### Resumo

**Introdução:** O vírus SARS-CoV-2, como outros agentes virais, pode ser um desencadeante de crises de asma nas crianças e jovens. A COVID-19 pode ter uma evolução menos favorável neste grupo de doentes. Pretendemos perceber o impacto da pandemia COVID-19 nos doentes asmáticos durante o primeiro confinamento.

**Métodos:** Estudo descritivo com recurso a um questionário realizado telefonicamente aos pais de crianças e adolescentes seguidos em consulta de Pediatria Pneumologia, durante maio de 2020. Análise estatística com SPSS® 22.

**Resultados:** Obtivemos 40 respostas, 73% do sexo masculino e com idade média de 9,4±4,27 anos. Apenas 58% das crianças tinha saído de casa desde o início da pandemia. Referiam não ter medo de sair de casa 81% das crianças. Dos 32 utentes com profilaxia prescrita, 27% suspendeu-a durante o primeiro confinamento. Três crianças referiram sintomas de agudização, sem necessidade de recorrer aos cuidados de saúde. Tinham preocupação acrescida com a pandemia pela existência de asma 36% dos pais. Relativamente ao ensino a distância, 90% tinha apoio da escola. Globalmente, 72% estava adaptado a este tipo de ensino.

**Discussão:** O impacto da COVID-19 em doentes pediátricos com asma está ainda em estudo, mas alguns estudos mostram melhoria do controlo da asma desde o início da pandemia. Neste trabalho, realizado durante o primeiro confinamento, a maioria das crianças tinha a doença controlada, e as poucas exacerbações reportadas foram ligeiras. Quase um terço suspendeu a profilaxia prescrita, a maioria por iniciativa própria por estar em confinamento no domicílio. Ainda salientar que menos de metade dos pais revelaram preocupação acrescida pela criança/adolescente ter asma e poder contrair COVID-19, apesar do desconhecimento científico do impacto da infeção em doentes com

asma. É ainda importante ressaltar que, no período avaliado, a maioria da população estudada tinha apoio da escola e estava bem-adaptado ao ensino a distância.  
Palavras-chave: asma, COVID-19, pandemia, pediatria.

## INTRODUÇÃO

Em março de 2020 a Organização Mundial de Saúde classificou como pandemia o surto da doença respiratória causada pelo vírus da síndrome respiratória aguda grave – coronavírus 2 (SARS-CoV-2). Este vírus causa doença em todos os grupos etários, com maior morbimortalidade nos grupos mais velhos e com co-morbidades como obesidade, doença cardiovascular e diabetes (Erger & Bel, 2021). Nas doenças crônicas respiratórias, como a asma, existem diversos fatores que contribuem para doença COVID-19 mais grave, seja a gravidade da asma, o seu fenótipo (alérgico ou não alérgico), a medicação realizada, e outras doenças associadas (Erger & Bel, 2021).

Um dos principais responsáveis pelas agudizações de asma em doença pediátrica é a infecção viral do trato respiratório superior (Devonshire & Kumar, 2019). Como tal, também a infecção por SARS-CoV-2 pode ser um desencadeante de crises de asma nas crianças e jovens (Abrams et al., 2019). Em doentes com asma as infecções respiratórias têm maior risco de complicações, assim como quadros mais graves, podendo a COVID-19 ter uma evolução menos favorável neste grupo (Johnston, 2020). Com este trabalho pretendemos avaliar o impacto da pandemia COVID-19 nos doentes asmáticos durante o primeiro confinamento.

## MÉTODOS

Para avaliar o controlo da asma, as principais atitudes na gestão do confinamento e a adaptação ao ensino a distância, foi realizado um estudo descritivo com recurso a um questionário não validado e anónimo. Este foi aplicado telefonicamente aos pais de crianças e adolescentes seguidos em consulta de Pediatria Pneumologia num hospital de nível II, durante o mês de maio de 2020. A análise estatística foi realizada no IBM SPSS®, versão 22.0.

## RESULTADOS

Neste estudo incluímos 40 questionários realizados aos pais ou adolescentes. Na tabela 1 encontram-se os dados que caracterizam a amostra.

**Tabela 1. Dados sociodemográficos da amostra**

Idade média	9,4±4,27 anos
Idade mínima - máxima	13 meses – 17 anos e 3 meses
Sexo masculino	73%
Seguimento mediano em consulta	36,5 (42,75) meses
Residência em meio rural	58%

Dos inquiridos, 83% referiam que alguém saía de casa diariamente (97% por motivos profissionais). Apenas 58% das crianças tinha saído de casa desde o início da pandemia, neste primeiro confinamento, 46% para brincar na rua. De todas, 63% reportaram ter usado máscara. Referiam não ter medo de sair de casa 81% das crianças.

Dos 32 utentes com profilaxia prescrita, 23% suspendeu-a durante o primeiro confinamento; 67% por estar em casa e 22% por indicação médica. Apenas três crianças referiram sintomas de agudização e todas resolveram o episódio no domicílio, sem necessidade de recorrer aos cuidados de saúde, e sem associação com infeção por SARS-CoV-2. Pelo aviso prévio de confinamento, 58% tinha acautelado medicação. Tinham preocupação acrescida com a pandemia pela existência de asma 36% dos pais e 18% das crianças e jovens.

Foram ainda questionados relativamente ao ensino a distância. A tabela 2 mostra a distribuição por ciclo escolar, salientando que 40% da população estudada frequentava o primeiro ciclo. Cerca de 90% teve apoio da escola e, dos que não tiveram, 75% frequentava a pré-escola. Globalmente, 72% estava adaptado a este tipo de ensino.

**Tabela 2. Distribuição dos doentes por ciclo escolar**

Pré-escolar	17,5%
Primeiro ciclo	40,0%
Segundo ciclo	15,0%
Terceiro ciclo	12,5%
Secundário	15,0%

## DISCUSSÃO

Este trabalho, realizado no âmbito do primeiro confinamento da pandemia COVID-19, com uma pequena amostra, mostrou que a maioria das crianças e jovens com asma tinha a doença controlada. Alguns estudos sobre as crianças com asma durante a pandemia mostraram que a menor exposição aos desencadeantes de agudizações, a prescrição de corticóides inalados e a melhor adesão à terapêutica prescrita, levaram a um melhor controlo da doença (Chatziparasidis & Kantar, 2021). As poucas exacerbações reportadas foram ligeiras e não relacionadas com infeção por COVID-19, embora quase um terço tenha suspenso a profilaxia prescrita, a maioria por iniciativa própria por estar em confinamento no domicílio. Apesar de uma corrente inicial que propunha a existência de maior suscetibilidade à infeção pelo SARS-CoV-2 e doença grave, vários estudos mostraram que o uso de corticóides inalados não está associado a maior suscetibilidade à infeção, nem a maior morbimortalidade (Adir et al., 2021). As orientações internacionais recomendaram a manutenção do tratamento de base para a asma, de forma a manter a doença controlada e sem exacerbações (Abrams et al., 2019).

Neste trabalho 36% dos pais revelaram preocupação acrescida pela criança ou adolescente ter asma e poder contrair COVID-19. Atualmente, sabemos que a maioria das pessoas com asma não são consideradas grupo de alto-risco e as normas de orientação clínica atuais referem que a asma tem menor risco de doença grave que outras co-morbilidades (Liu et al., 2020). No entanto, na altura em que o inquérito foi realizado, o conhecimento sobre o vírus SARS-CoV-2 e as suas consequências era muito limitado, e as investigadoras esperavam que mais pais revelassem esta preocupação acrescida.

A pandemia e o confinamento impuseram o ensino remoto em março de 2020. Uma vez que o rendimento escolar também é avaliado nas consultas de Pediatria Pneumologia, incluímos neste trabalho a adaptação ao ensino a distância. Apesar de ter sido uma mudança de emergência,

repentina e sem planeamento adequado, verificámos que a maioria da população estudada tinha apoio da escola e estava bem-adaptado ao ensino a distância. Ao contrário dos nossos resultados, num estudo de Flores et al., 2021 num grupo de estudantes do ensino superior portugueses, a maioria dos estudantes reportaram uma visão negativa deste ensino. A adaptação ao encerramento da universidade e a avaliação do ensino e aprendizagem online foi tanto positiva quanto negativa, influenciada por fatores como a adaptação da instituição de ensino e às características individuais dos alunos (Flores et al., 2021). Até à data não foram encontrados estudos publicados sobre a avaliação deste ensino em populações mais novas em Portugal.

## REFERÊNCIAS

- Abrams, E., Sinha, I., Fernandes, R., & Hawcutt, D. (2020). Pediatric asthma and COVID-19: The known, the unknown, and the controversial. *Pediatric Pulmonology*. 55(12), 3573-3578. doi: 10.1002/ppul.25117
- Adir, Y., Saliba, W., Beurnier, A., Humbert, M. (2021). Asthma and COVID-19: an update. *European Respiratory Review*. 30, 210152. doi: 10.1183/16000617.0152-2021
- Chatziparasidis, G., Ahmad, K. (2021). COVID-19 in Children with Asthma. *Lung*. 199, 7-12. doi: 10.1007/s00408-021-00419-9
- Devonshire, A. L., & Kumar, R. (2019). Pediatric asthma: Principles and treatment. *Allergy and Asthma Proceedings*, 40, 389-392. doi: 10.2500/aap.2019.40.4254
- Erger, K., & Bel, H. E. (2021). Asthma and COVID-19: do we finally have answers?. *European Respiratory Journal*. 57, 2004451. doi: 10.1183/13993003.04451-2020
- Flores, M. A., Simão, A. M. V., Barros, A., Flores, P., Pereira, D., Fernandes, E. L., Ferreira, P.C., & Costa, L. (2021). Ensino e aprendizagem à distância em tempos de COVID-19. Um estudo com alunos do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 55, 1-28. doi: 10.14195/1647-8614\_55\_1
- Johnston, L. S. (2020). Asthma and COVID-19: is asthma a risk factor for severe outcomes?. *Allergy*. 75(7), 1543-1545. doi: 10.1111/all.14348
- Liu, S., Zhi, Y., & Ying, S. (2020). COVID-19 and Asthma: Reflection During the Pandemic. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*. 59, 78-88. doi: 10.1007/s12016-020-08797-3

## ICCA2022-28897 - Why do we transfer our newborns? A five-year retrospective study

Diana H. Silva<sup>1</sup>, Ana Foles<sup>1</sup>, Inês Fernandes<sup>1</sup>, Inês Ferreira<sup>1</sup>, Inês Oliveira<sup>1</sup>, Sofia Peças<sup>1</sup>, Marta Póvoas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pediatria de Setúbal, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (PORTUGAL)*  
*dianahdasilva@gmail.com*

### Abstract

Portuguese public hospitals are integrated in a national neonatal care system. This system main goal is to complement the neonatal care provided across the country, by allowing transferences from Perinatal Support Hospitals (PSH) to Differentiated Perinatal Support Hospitals.

Centro Hospitalar de Setúbal, is a level II hospital and a PSH, near Lisbon (Portugal). This study intended to assess its inter-hospital neonatal transfers during a 5-year period.  
Keywords: newborn, inter-hospital transfers, neonatal care.

## **INTRODUCTION AND GOALS:**

Portuguese public hospitals are integrated in a national neonatal care system, called Perinatal Referral Network. This system is based on two types of hospitals: those that can provide intensive neonatal care [which are called Differentiated Perinatal Support Hospitals (DPSH)] and those that cannot [so called “Perinatal Support Hospitals (PSH)].

PSH hospitals are prepared to take care of newborn babies with a gestational age of at least 34 weeks. In case of emergency, when a premature baby with gestational age inferior to 34 weeks is born at an PSH, this newborn ought to be transferred right after birth.

The main goal of this system is to complement the neonatal care provided across the country. With this study, we intended to assess the inter-hospital neonatal transfers of a PSH.

## **METHODS:**

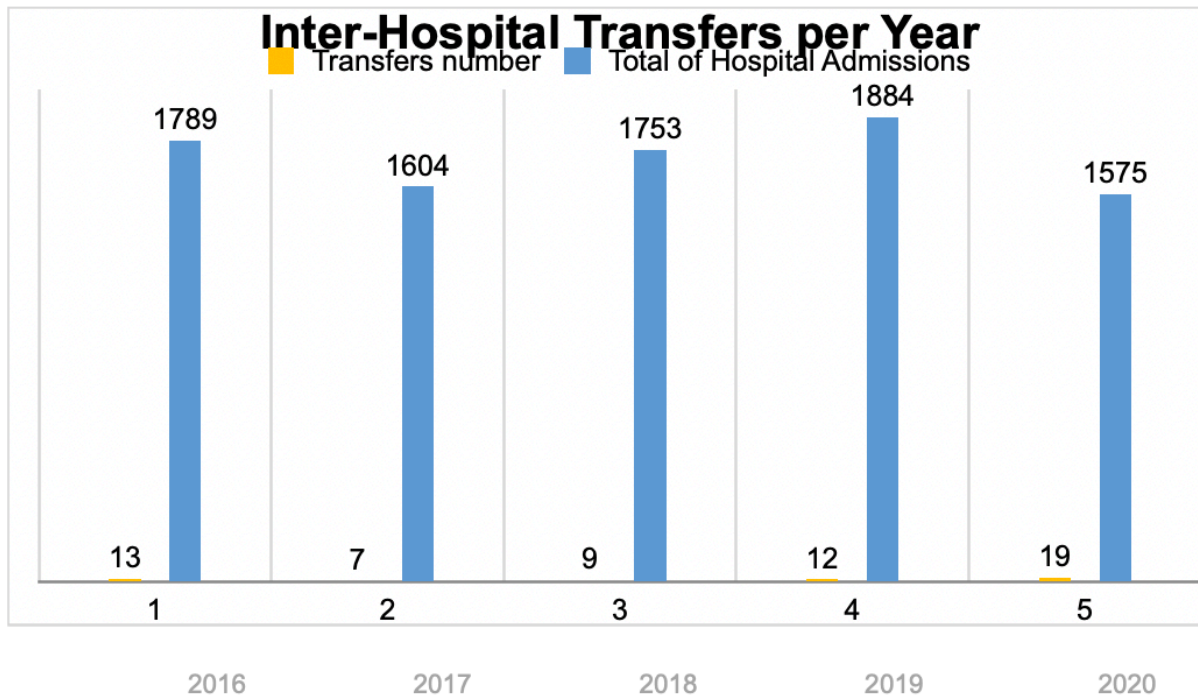
This retrospective cohort study was conducted in Centro Hospitalar de Setúbal, a level II hospital and a PSH, near Lisbon, Portugal. It has approximately 1560 annual deliveries and 185 annual admissions to the neonatal care unit.

Eligible patients were newborns admitted to the nursery or to the neonatal care unit that were later transferred to another hospital, from January 2016 to December 2020.

Study data were collected using SClinic®. For data analysis, we used Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) software v.22.0. We performed descriptive analyses, with results displayed as proportions for categorical variables and medians, means, and simple ranges for continuous variables. Normal distribution was checked using Shapiro-Wilk test or Skewness and kurtosis.

## **RESULTS**

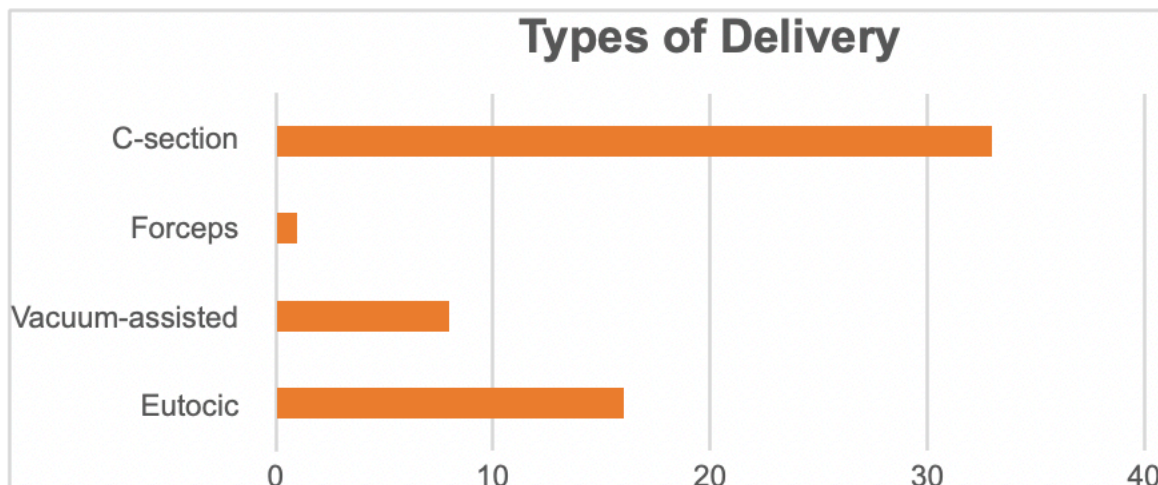
During the study period, 59 newborns were transferred to another hospital. Two of them needed to be transferred twice. This roughly corresponds to 12 transfers per year and to 0.6% of all newborns admitted both to our hospital nursery and neonatal care unit.



About 42.6% (n=26) of the mothers of the patients included in this study had some kind of health issue, and 88.5% of those (n=23) had a pregnancy complication (8 had gestational diabetes, 3 had high blood pressure during pregnancy and 2 had pre-eclampsia). Also, 13.6% (n=8) were smokers who kept smoking during pregnancy.

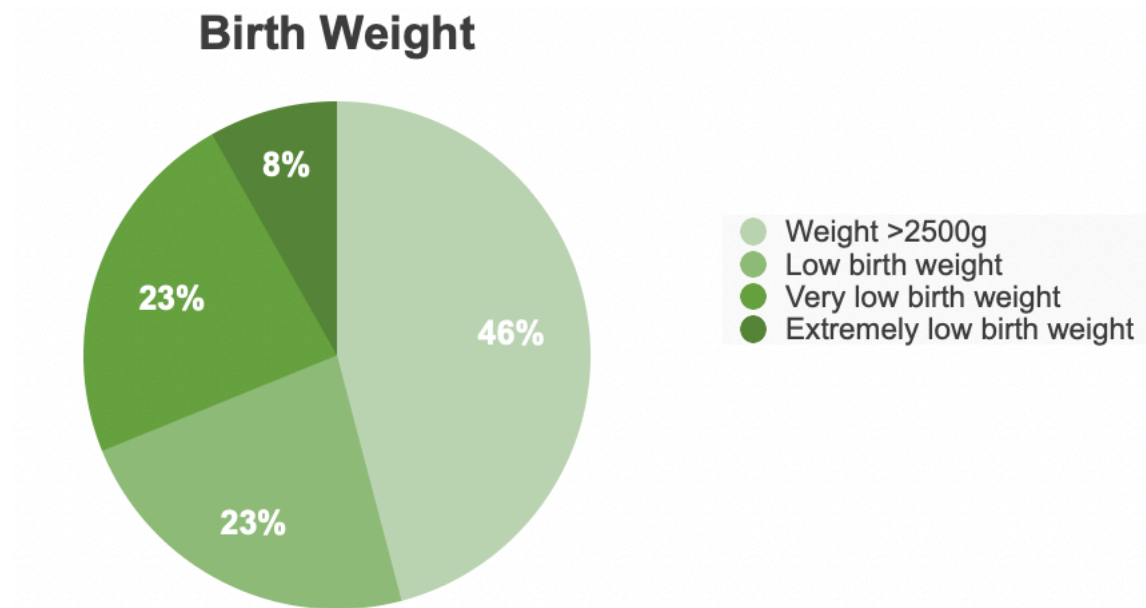
Almost half (55.9%; n=33) were delivered by cesarean, mostly due to suspected fetal distress; the rest were vaginal births (including 1 forceps delivery and 8 vacuum-assisted extractions) (Fig.2). Apgar index was above 7 at the fifth minute in 27.1% (n=16) and above 7 at the tenth minute in 13.6% (n=8).

**Figure 2: Types of Delivery (2016-2020)**



Among the newborns included, 66.1% (n=39) were boys. Most of the newborns were preterm (57.6%; n=34), with median gestational age of 35 weeks (min: 24 weeks, max 41 weeks); 41.2% (n= 14) had low birth weight, 41.2% (n=14) very low birth weight and 14.7% (n=5) extremely low birth weight (min: 463g) (Fig 3).

**Figure 3: Birth weight distribution of the newborns that had to be transferred (2016-2020)**



Most were transferred during the first day of life (52.5%, n=31). Medical conditions were the most common cause for transference (in 65.6%, n=40); 11 newborns were transferred exclusively due to surgical causes (such as brain hemorrhage or the need for evaluation by Neurosurgery) and 10 were transferred due to both surgical and medical conditions (such as septic arthritis and cardiopathy).

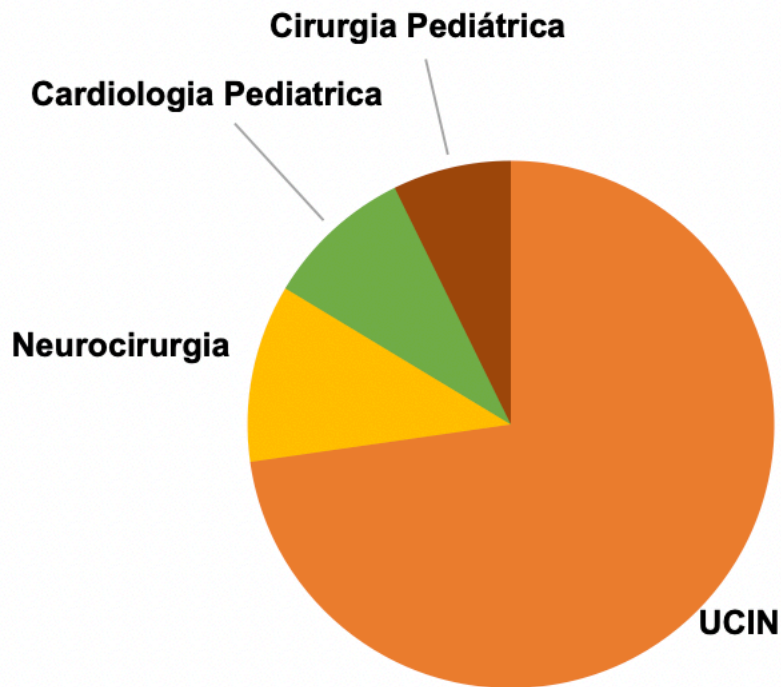
At the time of the transference, the most frequent diagnosis were respiratory distress syndrome (26.2%, n=16), early-onset neonatal sepsis (9.8%, n=6), and neonatal asphyxia (8.2%, n=5). All diagnosed with early-onset sepsis had already started antibiotic therapy treatment with ampicillin and gentamicin at the time of transference.

The majority of the patients (73.8%, n=45) were transferred due to clinical deterioration, requiring intensive care treatment. In this group, 77.8% (n=35) had respiratory insufficiency and had to be invasively ventilated.

Some of the newborns (27.9%, n=17) were transferred because they needed urgent evaluation by another subspecialty not available at our hospital, such as Neurosurgery (9.8%; n=6), Pediatric Cardiology (8.2%; n=5) and Pediatric Surgery (6.6%; n=4) (Fig.4).



**Figure 4: Graph of the distribution of the subspecialties that the newborns included in this study were transferred to (2016-2020)**

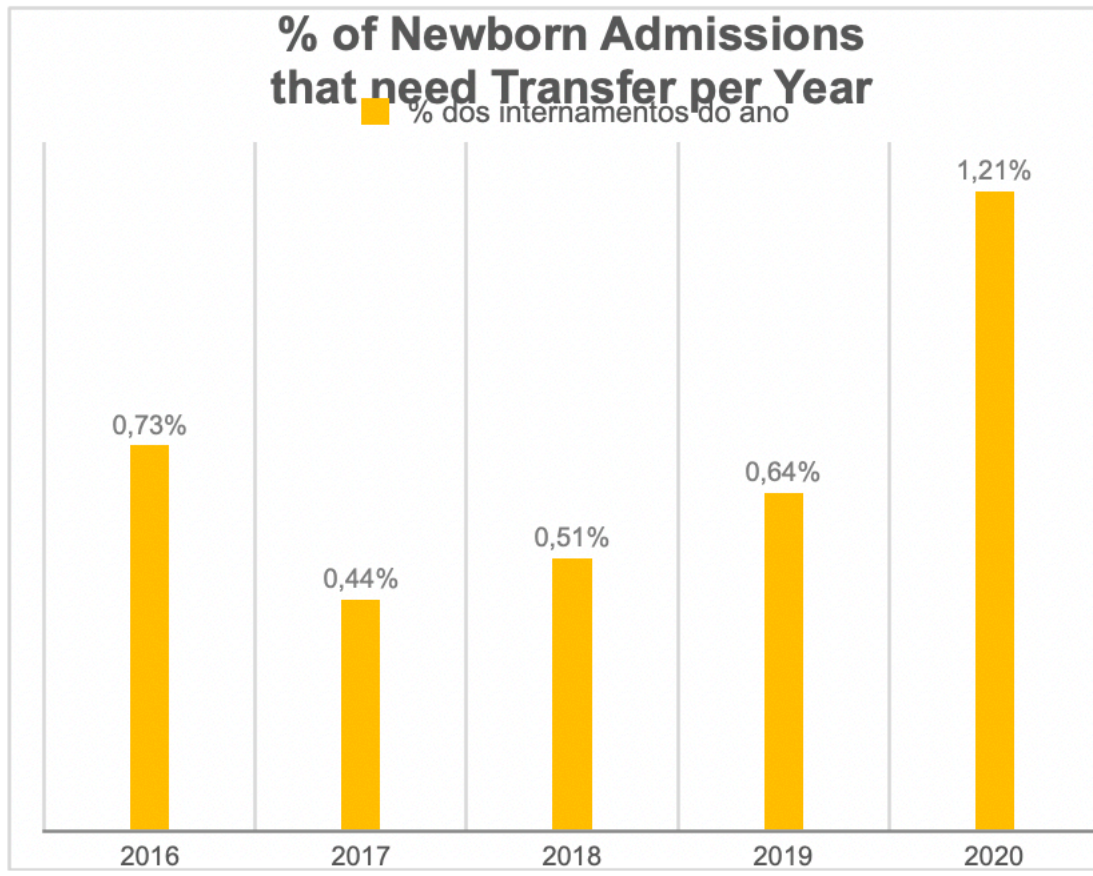


More than half of the newborns transferred (57.3%, n=35), returned to our hospital for aftercare. Nonetheless, two of the babies had to be transferred a second time. Both were premature: one due to persistent hypoglycemia, despite treatment; and the other due to clinical deterioration and the need of intensive care treatment).

During the study period, 2 of the newborns transferred, died: one due to neonatal asphyxia and one due to an acute posterior cranial fossa hemorrhage owing to an arteriovenous malformation.

In 2020, newborn transfers increased comparing with the previous years (from about 0,5%/year to 1.2% in 2020) (Fig.5). There was no apparent link to SARS-CoV2 infection, as only 1 of these newborns had a COVID positive mother at the time of birth, and none had a positive mother during pregnancy.

**Figure 5: Percentage of newborn admitted that later had to be transferred, distributed per year (2016-2020)**



### **CONCLUSION:**

The low number of newborn transfers during the study period, shows that the neonatal care unit at our hospital has been capable of dealing with most of the conditions that motivate neonatal unit care admission.

Inter-hospital transfers are an important way to help surpass PSH limitations.[1] These are especially relevant, in cases where hospitals lack technical means and when some subspecialties are not available.[2]

### **REFERENCES:**

1. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Consenso Clínico “Transporte Neonatal”. 2018.
2. Nascer prematuro – Um manual para os pais dos bebés prematuros”, Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2007.

# ICCA2022-30289 - Importância da Inclusão e da Flexibilidade em Contexto Escolar

Olívia de Carvalho<sup>1</sup>, Ana Teixeira<sup>2</sup>, Estrela Paulo<sup>3</sup>, Sónia Galinha<sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Instituto Jurídico Portucalense (IJP), Centro de Estudos População, Economia e Sociedade (CEPESE), CIDI\_IESF olivia@upt.pt (Portugal)*

<sup>2,3</sup> *Escola Superior de Educação de Fafe (Portugal)*

<sup>4</sup> *CIE\_UMa e ESE (Portugal)*

## Resumo

O objetivo deste estudo é investigar, conhecer, analisar e compreender a importância da inclusão e da flexibilidade curricular em contexto escolar, tendo por base as dificuldades e os desafios existentes no processo de inclusão e na utilização de estratégias que desenvolvam as necessidades que cada aluno demonstra. Esta investigação de natureza quantitativa no âmbito da Especialização em Educação Especial Domínio Cognitivo Motor do IESF contou com a participação de professores especializados em Educação Pré-escolar e Ensino Básico do 1º Ciclo, foi realizada com a aplicação de um questionário no google forms e partilhada em grupos de professores. A recolha de dados foi realizada com a administração de um inquérito por questionário aplicado numa amostra de 67 professores na faixa etária entre os 22 anos e os 66 anos. Podemos verificar que, os profissionais inquiridos configuram, uma resposta educativa eficaz no processo de inclusão, colocando em prática a flexibilidade curricular no processo de ensino/aprendizagem. Também, verificamos que existem obstáculos em relação à falta de recursos humanos e materiais, e sobretudo, pelas turmas numerosas, onde alunos com dificuldades diversas estão presentes em salas de aula sem ajuda de profissionais especializados.

Palavra-chave: Inclusão, Flexibilidade curricular, Escola, Ensino/Aprendizagem.

## Abstract

The objective of this study is to investigate, know, analyze and understand the importance of inclusion and curriculum flexibility in a school context, based on the difficulties and challenges that exist in the inclusion process and on the use of strategies that develop the needs that each student demonstrates. This study, part of the Specialization in Special Education Cognitive Motor Domain, had the participation of teachers specialized in Pre-School Education and 1st Cycle Basic Education. The study, of a quantitative nature, was carried out with the application of a questionnaire in google forms and shared in groups of teachers, hence, we intend to obtain a heterogeneous response, it was used as a data collection instrument a questionnaire survey. It was applied to a sample of 67 teachers aged between 22 and 66 years. We can see that the professionals surveyed configure an effective educational response in the inclusion process, putting into practice curriculum flexibility in the teaching/learning process. Also, we verified that there are obstacles in relation to the lack of human and material resources and, above all, due to the numerous classes, where students with different difficulties, are present in classrooms without the help of specialized professionals.

Keyword: Inclusion, Curriculum flexibility, School, Teaching/Learning.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nos dias de hoje, em Portugal, persiste um documento legislativo que é o Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de julho, que veio revogar o anterior D.L. n.º 03/2008 que regulamenta a educação inclusiva. Este Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho constitui prioridades que apoia a Escola Inclusiva de todos os alunos independentemente das suas características pessoais e sociais, respondendo à diversidade das necessidades e potencialidades garantindo “a inclusão, enquanto processo que visa responder à diversidade das necessidades e potencialidades de todos e de cada um dos alunos, através do aumento da participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa” (n.º 1 do artigo 1.º). Este apresenta uma perspetiva claramente inclusiva, assumindo-se como suporte à implementação de mudanças significativas a nível organizacional no processo educativo. Sofiato e

Angelucci (2017) referem que a definição de inclusão está associado ao conceito da Educação Especial e à ideia de necessidades educativas especiais encaminhando, para uma intervenção educativa direcionada a pessoas vulneráveis, e em risco de exclusão escolar. Esta ligação está, também relacionada com a Declaração de Salamanca (1994) no compromisso de desenvolver uma educação implementada pelo respeito da diferença e pela diversidade, ou seja, uma educação para todos, quer pelas recomendações nela desenvolvidas, entre outras a de que “as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas se devem adequar através duma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades”. Sendo assim, e no que diz respeito a este grupo social, verifica-se que não sendo o processo de inclusão um desafio menor, não é uma novidade. Como é emitido pela UNESCO (2019, p. 13), as pessoas com deficiência “sempre estiveram em situação de maior desvantagem, ocupando no imaginário coletivo, a posição de alvos da caridade popular e da assistência social, e não de sujeitos de direitos sociais, entre os quais se inclui o direito à educação”. Porém, não sendo este desafio da inclusão uma novidade continua a ser manifestado, como um objetivo identificado em todos os países que continuam a investir em políticas, que promovam a cautela de todas as maneiras de discriminação e de exclusão (UNESCO, 2019). Assim, um dos desafios que se continua a propor aos sistemas educacionais relaciona-se com a capacidade em alcançar, em todos os alunos, independentemente das suas diferenças, o sucesso no seu processo de ensino/aprendizagem. E, desta forma, captar na inclusão dois objetivos essenciais: um objetivo político prioritário e um central da educação escolar (UNESCO, 2019).

Nesta perspetiva, corroboramos com as palavras Carvalho (2000) quando refere que “a maior vantagem da normalização é o facto desta poder trazer benefícios tanto para a pessoa com deficiência como para a sociedade no sentido de proporcionar a ocasião de conhecer e respeitar os deficientes e reduzir os mitos e temores que em algumas épocas conduziram à sua marginalização” (p.87)

Segundo a mesma autora “Ao mesmo tempo, a presença física de alunos com deficiência, na escola regular, terá como consequência uma valorização tanto na interação social com os seus companheiros, quanto na sua aceitação social” (p.87)”.

Na opinião de Braga (2010) uma visão mais alargada de inclusão apareceu na década de 90, quando a escola e educação proporcionou uma maior integração escolar. Nesse tempo foi lançado o movimento inclusivo das crianças, onde a conquista académica dos alunos era visualizada com igualdade de aprendizagem, ao contrário das suas dificuldades, numa escola com uma visão mais inclusiva. Segundo Leitão (2010) inclusão significa um empenho para alterar e melhorar a própria escola, de maneira a facilitar aos alunos condições de aprendizagem melhoradas, participação e sucesso, na base das circunstâncias específicas de cada um. Inclusão define-se numa questão de direitos e valores, sendo uma condição da educação democrática. Na forma de ver de Ferreira (2012):

“o desenvolvimento ocorrido no campo da educação inclusiva como um movimento para mudar as escolas a fim de torná-las capazes de responder à diversidade humana e a todos os alunos em situação de risco, até ao presente o movimento da educação inclusiva consiste em grande parte de profissionais, investigadores e académicos que defendem e escrevem sobre educação inclusiva em nome da pessoa com deficiência”. (p.16)

Por assim dizer, uma escola inclusiva, só o é se a criança ou jovem em questão se sente protegido e seguro, capaz de partir para as aprendizagens, na perspectiva cognitiva e social. Esta segurança também depende da relação do aluno com o professor e do interesse demonstrado por este, pelos seus saberes experiências e dificuldades. Inicia-se o princípio da flexibilidade do currículo, dando a oportunidade de colocar práticas educativas que, obtém, como resultado a cooperação entre os alunos, eliminando a ideia de que se deve ensinar “tudo a todos como se todos fossem um só” (DGE, 2018, p.12).

Em suma, uma escola inclusiva abrange alunos com necessidades educativas especiais e alunos sem necessidades especiais, assim o conjunto de alunos dotados e sobredotados, em risco educacional e com necessidades educativas especiais (Lopes, 2011). No entanto, as famílias, as escolas e a comunidade em conjunto, necessitam estar incluídas no processo de ensino/aprendizagem. Também os serviços regionais e locais devem ajudar com recursos e apoios, para que as escolas se possam reestruturar, auxiliando na devida atenção à diversidade dos alunos que nela convivem. Por outro lado, levam-nos a perceber que existe uma preocupação pelo desenvolvimento profissional docente que é entendido como um conjunto de experiências formais e informais que o docente tem ao longo da sua carreira (Fullan, 1991), considera que o papel do professor desenvolve-se ao longo da sua vida profissional. Na mesma linha de investigação Sikes (1992) afirma que o desenvolvimento profissional é influenciado pelas ideologias do professor sobre a educação e o ensino. Este desenvolvimento pretende que haja uma reflexão das práticas tornando-se um processo contínuo que inclui experiências que promovam o crescimento do professor e da escola, pois acredita-se que “o desenvolvimento profissional representa muito mais que a aquisição de novos conhecimentos e competências ou novas técnicas de ensino, não afetando apenas o professor, mas também a organização em que trabalha” (Antunes, 2012, p.71). Posto isto, torna-se fundamental que o professor, continuamente, realize formações para se poder adaptar a todos os alunos.

A inclusão de todos os indivíduos é determinada pelo acesso à educação, para que, todos, se sintam integrados e socialmente úteis, ou seja, para que atinjam os objetivos e o desenvolvimento pretendido para cada criança.

Assim, propomo-nos a obter respostas educativas sobre a eficácia no processo de inclusão e da maneira como devemos colocar em prática processos de ensino/aprendizagem para desenvolver a flexibilidade curricular em contexto escolar. Neste sentido, este estudo, pretende mostrar a importância da inclusão nas escolas, a melhoria de estratégias e de metodologias no desenvolvimento dos alunos e a flexibilidade curricular. Esta última, flexibilidade curricular, segundo Madureira e Leite (2003) é vista como um currículo aberto. Assim, flexibilizar é também integrar e articular para proporcionar um aumento do desenvolvimento curricular, pois damos resposta aos problemas satisfazendo as necessidades educativas.

## **MÉTODO**

Podemos verificar, nos dias de hoje, que as técnicas e estratégias que utilizamos são fundamentais para obtermos uns resultados positivos a nível do ensino/aprendizagem. Para a recolha de dados iremos optar pela utilização de uma metodologia quantitativa, onde os dados recolhidos são de tratamento estatístico. O objetivo da investigação quantitativa não é só de alcançar resultados generalizáveis, mas, sim, analisar as dificuldades e os desafios que permanecem no processo de inclusão e da flexibilidade em contexto escolar. A estratégia específica da investigação quantitativa

que preferimos utilizar, passou pelo uso de um inquérito por questionário. Para podermos orientar melhor o nosso estudo escolhemos as seguintes questões para orientar os objetivos da investigação e tentar obter respostas através da análise das respostas do questionário:

- Participam em formações avançadas para desenvolverem conhecimentos em relação a uma escola inclusiva?
- Criam reuniões com outros docentes ou com os pais a fim de colmatarem dificuldades que possam surgir?
- Frequentam workshops com o objetivo de aperfeiçoar os conteúdos disciplinares?
- No local de trabalho existe um espaço para reunirem com outros docentes e onde podem preparar material pedagógico?
- Quais os aspetos que dificultam a inclusão em turmas regulares na escola?
- Qual o relacionamento com a comunidade envolvente?

No âmbito educacional, numa investigação, existem características específicas, adequadas aos fenómenos educativos em estudo, com uma diversidade de resultados e objetivos que estão relacionados (Santos 1999, 2002). A realidade educativa é interativa, complexa, dinâmica, localizando-se o fenómeno educativo num contexto social, numa existência histórica, e admirando aspetos cruciais, como por exemplo valores, crenças, significados que não sendo rigorosamente visíveis são árduos de avaliar. (Arnal et al., 1994; Ludke & André, 1996; Santos, 1999, 2002). Sendo, assim, na opinião destes mesmos autores, nesta realidade educativa, descobre-se dimensionada por aspetos políticos, morais e éticos, pois são distintas as variáveis que compartilham. Isto é, no âmbito de uma investigação educativa, o comportamento deverá ser contextualizado, para que as características únicas do estudo, em caso, se volte a repetir (Arnal et al., 1994). A recolha desta realidade interativa, complexa e dinâmica é um estímulo para qualquer investigação educacional (Santos, 1999, 2002). Segundo Denscombe (2001), a consistência, corresponde à definição de fiabilidade de uma investigação quantitativa, e resulta da forma como replica o estudo, isto é, aplicados novamente obtém o mesmo resultado.

## **Instrumento e participantes**

Neste estudo empírico estiveram envolvidos docentes do Ensino Pré-escolar e 1º Ciclo do Ensino Básico, onde foi utilizado a aplicação do questionário no *google forms* e partilhado em vários grupos de professores. Os participantes responderam a um inquérito por questionário que envolveu questões de resposta fechada, o que exigiu uma análise de conteúdo, tendo em conta os seguintes objetivos: identificar os desafios e as dificuldades existentes no processo de inclusão, perceber se existe uma flexibilidade curricular e analisar se os profissionais têm oportunidade de um desenvolvimento contínuo relacionado com a Educação Inclusiva.

O instrumento de recolha de dados foi adaptado do *Manual de Apoio à Prática*, Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação (DGE, 2018). Optamos por realizar uma análise estatística que passou por medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. A análise foi efetuada com o *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 25.0 para *Windows*. Esta forma de aplicarmos um questionário, tem como principal objetivo, obter uma maior variedade de respostas. A amostra encontra-se numa faixa etária entre os 22 – 66 anos. As observações e resultados que recolhemos estão relacionadas com a recolha de 67 inquéritos. Maioria da amostra género feminino (98.5%), do

escalão etário de 22 a 32 anos (10,4%); de 33 a 43 anos (28.4%); de 44 a 55 anos (43.3%) e de 56 a 66 anos (17.9%). Grande parte da amostra tem entre 10 a 20 anos de tempo de serviço (38.8%), destes só 25.4% é que tem especialização em ensino especial e já tinham trabalhado com crianças com Necessidades Educativas Especiais 88.1%. A esta população em estudo foi aplicado um questionário devidamente validado, a fim de aferir a sua opinião acerca da problemática em estudo, a importância da inclusão e da flexibilidade em contexto escolar. Por outro lado, a sua dimensão irá permitir uma monitorização e verificação dos resultados de forma mais fiável, possibilitando a extra população dos resultados obtidos. Permitindo assim, verificar a validade da questão de partida.

## RESULTADOS

Depois de analisar e organizar os dados dos 67 inquiridos retiramos diversas informações relativas aos nossos objetivos. Quando se inquerem os docentes sobre a política da escola, na questão “tem uma política clara sobre educação inclusiva” só 55,2% responderam que sim; “trabalha em parceria com organizações da comunidade que apoio a escola na implementação de uma escola inclusiva” apenas 41,8% responderam afirmativamente; “revela evidências de que a direção e os professores compreendem a natureza e a importância de uma escola inclusiva” a percentagem foi de 59,7%; “faz uma lista das barreiras que impedem a escola de desenvolver um ambiente inclusivo e amigável da aprendizagem e uma lista com formas de ultrapassar essas barreiras” com uma minoria de 9%; “permite aos docentes flexibilidade para procurarem e implementarem métodos de ensino inovadores que ajudam as crianças a aprenderem” 59,7%; “relaciona-se com a comunidade, é responsiva às suas necessidades e proporciona “trocas de ideias” para despoletar práticas inclusivas” respondem afirmativamente 29,9%; “responde às necessidades dos seus profissionais” 37,3%. Podemos verificar e analisar os resultados obtidos na tabela 1.

**Tabela 1. Política da escola**

	Respostas (Nº)	Percentagem (%)
Tem uma política clara sobre educação inclusiva.	37	55,2%
Trabalha em parceria com organizações da comunidade que apoio a escola na implementação de uma escola inclusiva.	28	41,8%
Revela evidências de que a direção e os professores compreendem a natureza e a importância de uma escola inclusiva.	40	59,7%
Faz uma lista das barreiras que impedem a escola de desenvolver um ambiente inclusivo e amigável da aprendizagem e uma lista com formas de ultrapassar essas barreiras.	6	9%

Permite aos docentes flexibilidade para procurarem e implementarem métodos de ensino inovadores que ajudam as crianças a aprenderem.	40	59,7%
Relaciona-se com a comunidade, é responsiva às suas necessidades e proporciona “trocas de ideias” para despoletar práticas inclusivas.	20	29,9%
Responde às necessidades dos seus profissionais.	25	37,3%

Tendo em conta a tabela 2, podemos apreciar as respostas dos docentes às questões relacionadas com o Ambiente escolar. As questões com as quais os inquiridos estão mais em acordo foram os seguintes itens: “tem os apoios necessários, bem como mecanismos de monitorização e supervisão” (34,3%); “as instalações da escola são acessíveis” (59,7%); “existe um ambiente saudável e acolhedor” (71,6%); “serve e/ou vende alimentos saudáveis e nutritivos” (44,8%); “tem profissionais especializados que apoiam os docentes, restante comunidade educativo, pais e alunos” (65,7%); “o enfoque é colocar no trabalho em equipa entre professores e alunos” (53,7%). Estes resultados podem ser consultados na tabela 2.

**Tabela 2. Ambiente escolar**

	Respostas (Nº)	Percentagem (%)
Tem os apoios necessários, bem como mecanismos de monitorização e supervisão.	23	34,3%
As instalações da escola são acessíveis.	40	59,7%
Existe um ambiente saudável e acolhedor.	48	71,6%
Serve e/ou vende alimentos saudáveis e nutritivos.	30	44,8%
Tem profissionais especializados que apoiam os docentes, restante comunidade educativo, pais e alunos.	44	65,7%
O enfoque é colocar no trabalho em equipa entre professores e alunos.	36	53,7%

Na tabela 3 podemos observar e comparar os dados descritos relativamente ao tema: Capacidades, conhecimentos e atitudes dos professores. À pergunta “conseguem explicar o significado de educação “inclusiva” e “amigável da aprendizagem” dando exemplos” motivou uma resposta quase unânime por parte dos docentes, pois obtivemos 58,2% das respostas; idêntica percentagem



correspondeu à questão “acreditam que TODOS os alunos podem aprender” que resultou de 58,2% das respostas; na pergunta “têm elevadas expectativas em relação a TODOS os alunos” os inquiridos responderam afirmativamente com a percentagem de 31,3%; “encorajam TODOS os alunos a terminar a escolaridade” a resposta foi positiva na maior parte dos participantes (58,2%); “conhecem os recursos disponíveis para apoiar os alunos” responderam que sim 47,8%; “conseguem identificar e corrigir preconceitos culturais e relativos ao género nos materiais pedagógicos, no ambiente escolar e nas suas próprias práticas de ensino” obtivemos a percentagem de 55,2%.

**Tabela 3. Capacidades, conhecimentos e atitudes dos professores**

	Respostas (Nº)	Percentagem (%)
Conseguem explicar o significado de educação “inclusiva” e “amigável da aprendizagem” dando exemplos.	39	58,2%
Acreditam que TODOS os alunos podem aprender.	39	58,2%
Têm elevadas expectativas em relação a TODOS os alunos.	21	31,3%
Encorajam TODOS os alunos a terminar a escolaridade.	39	58,2%
Conhecem os recursos disponíveis para apoiar os alunos.	32	47,8%
Conseguem identificar e corrigir preconceitos culturais e relativos ao género nos materiais pedagógicos, no ambiente escolar e nas suas próprias práticas de ensino.	37	55,2%

Relacionado com o Desenvolvimento profissional dos professores, analisamos dados relativamente aos professores e aos alunos. Em relação aos professores nas questões “frequentam workshops sobre o desenvolvimento de salas de aula e de escolas inclusivas e amigáveis da aprendizagem, recebendo regularmente informação avançada” (48,3%) o que se verifica que os professores necessitam de mais formação, pois como podemos observar na análise da próxima questão “organizam encontros com outros docentes, pais e elementos da comunidade sobre o desenvolvimento de salas de aula inclusivas e amigáveis da aprendizagem” que só 22,4% dos professores organizam encontros sobre o desenvolvimento de práticas inclusivas da aprendizagem; “recebem apoio continuado com o objetivo de melhorar o domínio dos conteúdos disciplinares” (32,8%); “recebem apoio contínuo com o objetivo de desenvolver estratégias de ensino e materiais pedagógicos relacionados com ambientes inclusivos e amigáveis da aprendizagem” (36,2%); “recebem apoio da direção da escola através da implementação de mecanismos de observação e supervisão sistemática” (29,3%); na questão “dispõem de um espaço na escola onde podem preparar materiais pedagógicos e discutir ideias” responderam 56,9% afirmativamente o que nos leva à

conclusão de uma das nossas problemáticas iniciais (No local de trabalho existe um espaço para reunirem com outros docentes e onde podem preparar material pedagógico?).

Nesta etapa as respostas foram mais claras no que diz respeito a uma das nossas problemáticas iniciais (Quais os aspetos que dificultam a inclusão em turmas regulares na escola?). Pois, esta questão está relacionada com a importância de frequentarem a escola, de poder utilizar manuais escolares e materiais necessários para uma boa aprendizagem, de receberem informações da sua avaliação, obterem das mesmas oportunidades e de participarem em regras e orientações de uma escola inclusiva. Já em relação aos alunos nas perguntas colocadas aos inquiridos foram: “TODOS os alunos da comunidade, em idade escolar, frequentam a escola” (65,7%); “TODOS os alunos dispõem de manuais escolares e outros materiais adequados às suas características” (50,7%); “TODOS os alunos recebem regularmente informação resultante da avaliação formativa que os ajude a monitorizar os seus progressos” (46,3%); “alunos provenientes de diferentes meios socioculturais e com diferentes capacidades têm iguais oportunidades para aprender e se expressar, na sala de aula e na escola” (65,7%); “TODOS os alunos com absentismos são acompanhados, sendo implementadas ações que permitam reverter essa situação” (34,3%); “TODOS os alunos têm iguais oportunidades para participar em todas as atividades da escola” (68,7%); “TODOS os alunos participam na conceção de orientações e regras, relativas à sala de aula e à escola, no que se refere à inclusão, não discriminação, violência e abuso” (49,3%).

Em relação ao ponto Conteúdos académicos e avaliação, que tem por base as seguintes questões: “são utilizadas diferentes metodologias de ensino, tais como discussão e role-play, de forma a permitir ir ao encontro de diferentes ritmos e estilos de aprendizagem” (50,7%) esta percentagem demonstra que os docentes têm o cuidado de valorizar o ritmo de cada aluno; “os conteúdos curriculares são abordados integrando as experiências de TODOS os alunos independentemente das suas experiências e capacidades” (41,8%) a experiência e capacidade de cada aluno identifica a forma como os conteúdos devem ser abordados; “em todas as áreas curriculares são desenvolvidas atividade de literacia, numeracia e competências da vida diária” as respostas a esta questão foram positivas 53,7%, pois indica a importância da abordagem de situações básicas na vida quotidiana; “os professores utilizam recursos locais disponíveis para promover a aprendizagem dos alunos” nesta pergunta quase que foi unânime, pois obteve-se 71,6% das respostas; “os recursos pedagógicos incluem imagens, exemplos e informação sobre diferentes pessoas, incluindo raparigas e mulheres, minorias étnicas, pessoas de diferentes meios socioeconómicos, assim como de pessoas com deficiências e incapacidades” os recursos pedagógicos utilizados para a aquisição de aprendizagem tem muito a ver com as respostas obtidas de 50,7%; “os alunos têm oportunidades de rever conteúdos lecionados nas aulas ou de ter apoio tutorial” (49,3%) a revisão da matéria muitas vezes é um auxílio para adquirir conhecimentos; “os materiais pedagógicos utilizados promovem a adoção de atitudes de respeito, tolerância e conhecimento sobre os contextos culturais dos alunos e outros” verificou-se, nesta questão, que 47,8% dos professores utilizam material pedagógico que promove o conhecimento cultural; “os professores utilizam diversos instrumentos de avaliação de conhecimento, de capacidade e de atitudes (incluindo de autoavaliação dos alunos), e não apenas testes de avaliação sumativos” (61,2%) nesta percentagem podemos ver que a avaliação deve ser contínua e não apenas num teste.

Sobre Comunidade analisamos as seguintes perguntas: “os pais e grupos da comunidade estão disponíveis para ajudar a escola a desenvolver-se no sentido de se tornar um ambiente inclusivo e

amigável da aprendizagem” (59,7%); “a comunidade ajuda a escola a identificar os alunos em idade escolar que não frequentam a escola” (19,4%); “os pais recebem regularmente informações sobre a frequência escolar e a aprendizagem dos seus filhos” as respostas afirmativas de 83,6%, demonstram que a escola transmite as informações necessárias para os pais estarem atualizados, relativamente às informações do percurso escolar dos seus filhos. Podemos concluir que os pais deviam participar mais no auxílio da escola, estando, assim, a auxiliar a escola no percurso escolar dos seus filhos. Por outro lado, verifica-se que a escola e toda a comunidade escolar tende a ajudar em criar um ambiente inclusivo. Na tabela 4 onde podemos observar estes resultados.

**Tabela 4. Comunidade**

	Respostas (Nº)	Percentagem (%)
Os pais e grupos da comunidade estão disponíveis para ajudar a escola a desenvolver-se no sentido de se tornar um ambiente inclusivo e amigável da aprendizagem.	40	59,7%
A comunidade ajuda a escola a identificar os alunos em idade escolar que não frequentam a escola.	13	19,4%
Os pais recebem regularmente informações sobre a frequência escolar e a aprendizagem dos seus filhos.	56	83,6%

## DISCUSSÃO

Procuramos, para concluir o estudo desenvolvido, debater os resultados alcançados a partir do seu objetivo central: investigar, conhecer, analisar e compreender a importância da inclusão e da flexibilidade curricular em contexto escolar, tendo por base as dificuldades e os desafios existentes no processo de inclusão e na utilização de estratégias que desenvolvam as necessidades que cada aluno demonstra, porém através do desenvolvimento das capacidades de cada aluno.

A escola terá um longo caminho pela frente e uma necessidade de se reestruturar, para continuar a encorajar os seus profissionais a pensar nela como uma instituição de todos e para todos, sustentando novas estratégias que consigam responder às diferentes capacidades de aprendizagem de cada aluno. Desta forma, os desafios e as dificuldades são bastantes, a realidade é crítica e o processo de inclusão não poderá ser concretizado enquanto existir a necessidade de alterações tanto das práticas de ensino, como também do sistema educacional. O sistema educativo terá de continuar a adaptar para que todos tenham acesso a uma educação de qualidade, capaz de responder a todas as necessidades e atender às diferenças individuais de cada aluno.

No ponto de vista das questões iniciais da nossa problemática, verificamos o interesse na participação por parte dos inquiridos. Uma consideração, que transparece nesta investigação, alude à necessidade de mais formação por parte dos professores. Relativamente à questão: Participam em formações avançadas para desenvolverem conhecimentos em relação a uma escola inclusiva?

Podemos concluir que com a aplicação da questão relacionada com esta problemática “Frequentam workshops sobre o desenvolvimento de salas de aula e de escolas inclusivas e amigáveis da aprendizagem, recebendo regularmente informação avançada” apenas 28 professores selecionaram esta resposta. O que quer dizer que, como é anunciado por Antunes (2012), o papel do interveniente educativo é importante para a integração de todos os alunos, ou seja, só assim existe inclusão, daí ser fundamental a existência de um investimento na formação dos professores de forma a sensibilizá-los para esta questão. O desenvolvimento profissional é fundamental para uma reflexão de forma a olhar para o ensino/aprendizagem de uma forma diferente.

Quando questionamos os inquiridos sobre se organizavam encontros com outros docentes, pais e elementos da comunidade para desenvolver uma escola inclusiva apenas 18 responderam afirmativamente. Assim, posso refletir que é necessário o auxílio de outros docentes e dos pais para permite melhorar as práticas pedagógicas, pois um professor reflexivo procura levantar hipóteses para os mais diversos problemas e encontrar soluções eficazes, tornando-se um investigador. Esta questão vai de encontro a UNESCO (2019).

Outras considerações importantes, relativamente à flexibilidade curricular, presente em diversas questões foram uma grande percentagem positivas. Na medida em que praticam, nas suas escolas a flexibilidade curricular, o que nos leva a deduzir que ainda existe uma grande dificuldade em construir uma resposta educativa que satisfaça as necessidades educativas dos alunos, isto é, a gestão flexível do currículo visa a promoção de um ensino de qualidade para todos. Posto isto, podemos verificar que o educador/professor deverá orientar os seus métodos e as suas estratégias, para que o ensino possibilite aprendizagens centradas nas diferenças, através da criação de técnicas de intervenção educativa que se adaptem à problemática e às características individuais de cada aluno. Só assim se pode passar pela adaptação do próprio currículo. (DGE, 2018)

Por outro lado, foi possível verificar neste estudo, que de acordo com Madureira & Leite (2003) a flexibilidade curricular é vista como um currículo aberto. É integrar e articular para proporcionar um aumento no desenvolvimento curricular, pois damos respostas aos problemas satisfazendo as necessidades educativas. Também de acordo com DGE (2018) vimos que os inquiridos demonstraram que a flexibilidade curricular propõe a oportunidade de colocar em práticas educativas para obter melhores resultados. Sendo assim, a escola inclusiva necessita que as famílias, escola e toda a comunidade escolar estejam incluídas no processo ensino/aprendizagem, auxiliando na devida atenção à diversidade de alunos (Lopes 2011). Esta participação de todos foi verificada quase na maioria dos professores.

No que concerne ao material pedagógico e ao espaço para poderem construir materiais para colmatar as dificuldades dos alunos, as respostas foram claras, na medida em que, pela quantidade de resposta verifica-se uma falha na própria instituição ou no sistema nacional de educação. Pois, ao existir uma sala com materiais à disposição para o professor criar material pedagógico, irá auxiliar na aquisição de conhecimentos e no desenvolvimento de novas estratégias de ensino, ou seja, facilitava o trabalho do docente.

As conclusões deste estudo apontam ainda para uma melhoria no que se refere a uma escola inclusiva, pois verificou-se em diversas questões que os docentes aplicam a escola inclusiva e que visam aplicar uma pedagogia centrada na criança onde o conceito de inclusão é associado ao conceito de Educação Especial. Este resultado vai de encontro Sofiato e Angelucci (2017).

Uma das limitações para que não se consiga colocar em prática a inclusão e a flexibilidade em contexto escolar está relacionada com a falta de recursos ou disponibilidade de materiais, e, sobretudo, pelas turmas numerosas, onde alunos com dificuldades diversas estão presentes em sala de aula sem ajuda de profissionais especializados. Penso que se, os professores de ensino especial fossem inseridos nessas turmas mais problemáticas poderiam facilitar o trabalho que os professores titulares estão a desenvolver com cada aluno.

Desta forma, esta larga investigação permitiu fortalecer o espírito crítico e a análise de legislação atualizada sobre a inclusão nas escolas. Procuramos que os docentes se sintam mais capazes de implementar com os seus alunos as medidas que promovem a inclusão, procurando dar-lhes uma qualidade de vida. Esperamos ter contribuído com novos dados para o avanço na área, aperfeiçoamento e implementação de planos de ação, que conduzam a uma melhoria efetiva no processo de ensino/aprendizagem recorrendo à inclusão e à flexibilidade curricular. A inclusão existe aliada aos direitos das crianças e os direitos do ser humano.

## REFERÊNCIAS

Braga, C. (2010). *Perturbações do Espectro do Autismo e Inclusão: atitudes e representações dos pais, professores e educadores de infância*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Minho. Minho.

Carvalho, O. C., Galinha, S. A., Pereira, B. R., Coelho, G., & Machado, C. (2022). Contextos e perspetivas de criação de culturas, políticas e práticas inclusivas. *Quaderns d'Animació i Educació Social*, (35, Enero 2022), 1-23.

Carvalho, O. (2020). Crescer juntos na parentalidade positiva: Competências profissionais para a Educação Parental (pp. 122-136). In S. Monteiro (Orgs.) *Educação de jovens e adultos: ações de consolidação da agenda*. Paraná: Atena Editora. <https://doi.org/1022533/at.ed.81720140713>

Carvalho, O., Oliveira, B., Vázquez-Justo, E., & González Lozano, M. P. (2019, January). Formação de profissionais para a Parentalidade Positiva. Poster presented at the 3rd International Conference on Childhood and Adolescence and 6th Annual Meeting of the Social Paediatric Subcommittee (SPS-SPP) of the Portuguese Society of Paediatrics, Fundação Dr. António Cupertino de Miranda, Porto, Portugal, 23rd-25th January 2019.

Carvalho, O., Costa-Lobo, C., Menezes, J., & Oliveira, B. (2019). O valor das práticas de Educação Parental: Visão dos profissionais. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 27(104), 654-684. doi: 10.1590/s0104-40362019002701653.

Carvalho, O. (2011). *De pequenino se torce o destino: O valor da Intervenção Precoce*. Porto: Legis Editora.

Decreto – Lei nº3/2008, de 7 de janeiro; Regulamenta os Apoios Especializados a prestar na Educação Pré-Escolar e nos Ensinos Básico e Secundário dos sectores público, particular e cooperativo.

Decreto-Lei n.º 54/2018, Diário da República, 1.ª série — N.º 129 — 6 de julho de 2018.

DGE. 2018. *Para uma Educação Inclusiva - Manual de Apoio à Prática*. Disponível em: [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual\\_de\\_apoio\\_a\\_pratica.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual_de_apoio_a_pratica.pdf) Acesso em 2 de abril de 2021.

Ferreira, M. (2012). *Necessidades Formativas dos Professores do 1.º Ciclo na Prática Profissional com Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Projeto de Mestrado apresentado à escola Superior de Educação de Beja. Beja.

Flores, M., & Flores, M. (2000). Do currículo uniforme à flexibilização curricular: Algumas reflexões. In J. Pacheco, J. Morgado & I. Viana (Orgs.), *Actas do IV Colóquio sobre Questões Curriculares "Políticas curriculares: Caminhos da flexibilização e integração"* (pp. 83-92). Braga: Universidade do Minho.

Fullan, M.G. (1991). *The new meaning of educational change*. London: Cassel.

Leitão, F. (2010). *Valores Educativos, Cooperação e Inclusão*. Salamanca: Luso Española de Ediciones.

Lopes, M. T. (2011). *Inclusão das Criança Autistas*. Dissertação de Mestrado apresentada à escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa.

Ludke, M. & Andre, M. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Madureira, I.; Leite, T.S. (2003). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Universidade Aberta.

Sikes, P.J. (1992). Imposed change and the experienced teacher. In M. Fullan & A. Hargreaves (Eds), *Teacher development and educational change* (pp. 36-35). London: Falmer.

Sofiato, C. G., & Angelucci, C. B. (2017). Educação inclusiva e seus desafios: uma conversa com David Rodrigues. *Educação e Pesquisa*, 43(1), 283-295. <https://doi.org/10.1590/s1517-97022017430100201>

UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca. Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais*. Salamanca: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

UNESCO (2005). *Orientações para a Inclusão. Garantido o acesso à Educação para todos*. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura.

UNESCO (2019). *Manual para garantir inclusão e equidade na educação*. Brasília: p. 47. Saraiva, K. & Lopes, M. (2011) *Educação, Inclusão e reclusão*. Disponível em: <file:///C:/Users/Emanuel/Downloads/saraiva-lobes.pdf>. Acesso em 4 de junho de 2021.

## **ICCA2022-31382 - Qual o impacto da vinculação e da cultura no desenvolvimento de perturbações alimentares?**

Francisca Bastos Maia<sup>1</sup>, Pedro Cotta<sup>1</sup>, Vânia Martins Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Centro Hospitalar Universitário do Porto (PORTUGAL)*

*Endereço de email para correspondência: franciscabbmaia@gmail.com*

### **Resumo**

**Introdução:** Na vinculação insegura-evitante, os bebés aprendem a minimizar as emoções, pois as suas mães parecem estar indisponíveis emocionalmente para eles, rejeitando o seu sofrimento e levando-os a aprender a gerir as emoções sozinhos. Na vinculação insegura-resistente, o cuidador oferece respostas insuficientes ou inconsistentes. Neste contexto, a criança torna-se vigilante e tende a maximizar as suas necessidades de vinculação. Este trabalho visa compreender qual é o impacto da vinculação e da cultura no desenvolvimento de perturbações alimentares.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa na PubMed com os termos “attachment”, “culture” e “eating disorders”. Foram selecionados os artigos mais relevantes.

Resultados/Discussão: A literatura mostra uma associação entre vinculação insegura e perturbações alimentares, sendo que 83% das mulheres com perturbações alimentares exibem uma vinculação insegura. Há relatos de que a vinculação insegura culminou na atribuição de significados contraditórios à comida, sendo esta vista como recompensa e punição, e como fonte de conforto e de culpa. Traços de neuroticismo e extroversão medeiam a relação entre vinculação resistente e perturbações alimentares. Apesar das perturbações alimentares não serem exclusivas da cultura ocidental, o processo de ocidentalização do Japão e dos países de Leste foi acompanhado por um aumento da prevalência das perturbações alimentares nestes países.

Conclusão: Em suma, o desenvolvimento de uma vinculação resistente na infância influencia o desenvolvimento de traços de personalidade neuróticos, tendo estes indivíduos maior propensão para apresentar uma perturbação alimentar. É importante identificar os mediadores relacionados com a vinculação e a cultura porque estes permitem direcionar os recursos terapêuticos durante a intervenção.

Palavras-chave: perturbações alimentares, vinculação, cultura.

### **Abstract**

**Introduction:** In insecure-avoidant attachment, babies learn to minimize emotions, considering that their mothers seem to be emotionally unavailable to them, rejecting their suffering and leading them to learn to manage emotions on their own. In insecure-resistant attachment, the caregiver offers insufficient or inconsistent responses. In this context, the child becomes vigilant and tends to maximize his attachment needs. This work aims to understand the impact of attachment and culture on the development of eating disorders.

**Methods:** A PubMed search was performed using the terms “attachment”, “culture” and “eating disorders”. The most relevant articles were selected.

**Results/Discussion:** The literature shows an association between insecure attachment and eating disorders, with 83% of women with eating disorders exhibiting insecure attachment. There are reports that the insecure attachment culminated in the attribution of contradictory meanings to food, which was seen as a reward and punishment, and as a source of comfort and guilt. Traits of neuroticism and extraversion mediate the relationship between resistant attachment and eating disorders. Although eating disorders are not exclusive to Western culture, the process of westernization in Japan, as well as in Eastern countries, has been accompanied by an increase in the prevalence of eating disorders in these countries.

**Conclusions:** In short, the development of resistant attachment in childhood influences the development of neurotic personality traits, with these individuals being more likely to present an eating disorder. It is important to identify the mediators related to attachment and culture because they allow us to guide therapeutic goals during the intervention.

**Keywords:** eating disorders, attachment, culture.

### **INTRODUÇÃO**

De acordo com Bowlby, a vinculação refere-se à relação privilegiada desenvolvida entre a criança e o cuidador principal durante o primeiro ano de vida e resulta da resposta do cuidador principal à dependência absoluta do bebé no início da sua vida. A teoria da vinculação postula que as crianças desenvolvem modelos operantes internos sobre si próprios e sobre os outros, baseados na qualidade dos seus cuidados precoces, os quais influenciam o seu funcionamento psicossocial (Bowlby, 1973). Cuidadores insensíveis ou não confiáveis contribuem para o desenvolvimento de modelos operantes internos disfuncionais, ou seja, representações de si próprio como não merecedor de amor e dos outros como não confiáveis (Mikulincer & Shaver, 2012). Na vinculação insegura-evitante, os bebés aprendem a minimizar as emoções, tendo em conta que as suas mães parecem estar emocionalmente indisponíveis para eles, rejeitando o seu sofrimento e levando-os a aprender a gerir as emoções sozinhos (Tasca, et al., 2009). A vinculação evitante é vista como reflexo de um modelo operante interno dos outros, resultando no medo de intimidade nos relacionamentos íntimos devido a um sentimento de desconfiança (Cheng & Mallinckrodt, 2009). Adicionalmente, a vinculação evitante tem sido associada a comportamentos de distanciamento, e a patologia alimentar pode ser uma

estratégia para evitar que o indivíduo necessite de conforto (representado pela comida) ou para providenciar um substituto para a sua relação de vinculação (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007). A vinculação insegura-resistente desenvolve-se quando o cuidador oferece respostas insuficientes ou inconsistentes às necessidades da criança (Tasca, et al., 2009). Neste contexto, a criança torna-se vigilante e tende a maximizar as suas necessidades de vinculação. Tem sido sugerido que a vinculação resistente reflete um modelo operante interno em relação a si próprio em que o indivíduo tende a ser sensível à rejeição ou a ameaças à segurança, e habitualmente exibe baixa autoestima devido a uma sensação de não ser digno de cuidado; necessidade de aprovação por parte dos outros; e medo persistente de abandono em relações interpessoais (Cheng & Mallinckrodt, 2009). Como a vinculação resistente tem sido associada à necessidade de aprovação externa, tem sido sugerido que estes indivíduos podem ser mais suscetíveis aos ideais socioculturais de magreza e beleza e, com resultado, podem exercer maior controlo sobre o seu peso e forma corporal (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007).

A literatura mostra uma associação entre vinculação insegura e psicopatologia, particularmente perturbações do comportamento alimentar (PCAs), sendo que 83% das mulheres com PCAs exibem um padrão de vinculação insegura (Ringer & Crittenden, 2007). Para além disso, estudos indicam que a vinculação insegura prediz uma variedade de características individuais, incluindo baixo autoconceito e autoestima (Perry, Silvera, Neilands, Rosenvinge, & Hanssen, 2008), insatisfação corporal (Koskina & Giovazolias, 2010), comparação social aumentada (Bamford & Halliwell, 2009), internalização do ideal de magreza (Cheng & Mallinckrodt, 2009), desregulação emocional (Tasca, et al., 2009), depressão e ansiedade (Blodgett Salafia, Gondoli, Corning, McEnery, & Grundy, 2007). A comparação social – avaliar-se a si mesmo em relação a outros idealizados, como modelos ou pares atraentes – parece ser um fator preponderante na insatisfação corporal, ansiedade com o peso e perturbação alimentar (Bamford & Halliwell, 2009). Dois estudos (Bamford & Halliwell, 2009) (Tasca, et al., 2009) concluíram que a comparação social e a desregulação emocional medeiam a relação entre vinculação resistente e as PCAs, ao passo que a vinculação evitante demonstrou uma relação direta.

Os doentes com PCAs lidam com as emoções desviando a atenção delas – através da fome, compulsão alimentar e exercício físico extremo (Skarderud & Fonagy, 2012). As crianças com uma vinculação insegura podem focar-se na importância da aparência física para obter a aceitação dos outros e, simultaneamente, melhorar a sua autoestima (Cole-Detke & Kobak, 1996). Na adolescência, a imagem corporal torna-se essencial para a autoestima. Nessa sequência, o adolescente com uma vinculação insegura pode tentar reduzir o afeto desagradável associado com um autoconceito negativo e obter aceitação social ao modificar fisicamente o seu corpo (Gander, Sevecke, & Buchheim, 2015). Adolescentes com PCA e vinculação insegura reportaram dificuldades no reconhecimento e interpretação de estados emocionais, provavelmente relacionadas com uma capacidade de mentalização reduzida (Gander, Sevecke, & Buchheim, 2015). Os doentes com PCAs têm um menor entendimento e preocupação com a perspetiva dos outros, pior perceção e interpretação das pistas internas (ex.: fome) e dificuldade na descrição de estados mentais, indicando uma clara dificuldade na mentalização. De acordo com a teoria de Bruch, estas dificuldades são uma consequência de uma sintonia consistentemente pobre entre as necessidades inatas da criança e as respostas dos cuidadores (Bruch, 1973). Um estudo com 213 estudantes femininas, (Bamford & Halliwell, 2009) concluiu que as atitudes socioculturais e a comparação social mediaram a relação



entre vinculação resistente e PCA. A comparação social teve um efeito maior na PCA do que a internalização do ideal de magreza e a pressão dos media. Este modelo foi responsável por 63% da variância na perturbação alimentar. Por outro lado, a vinculação evitante teve um efeito direto na PCA, não mediada por comparação social ou insatisfação corporal. A teoria da vinculação sugere que as interações precoces entre a criança e o cuidador influenciam as estratégias de regulação emocional que o indivíduo desenvolve mais tarde na vida (Koskina & Giovazolias, 2010). A literatura tem sugerido que a função da PCA pode ser a regulação das emoções com a pessoa a focar-se em comer, no peso e na forma corporal (Tasca, et al., 2009).

Várias características de personalidade têm sido associadas a PCAs e à vinculação insegura. Especificamente, altos níveis de neuroticismo (afeto negativo, instabilidade emocional, ansiedade) têm sido associados com todos os tipos de patologia alimentar, assim como com padrões de vinculação insegura (Hagekull & Bohlin, 2003). Estas descobertas sugerem que indivíduos que tendem a ser ansiosos e disfóricos são mais propensos a apresentar sintomas de PCA e padrões de vinculação insegura. Ironicamente, tanto níveis de extroversão mais baixos (ou seja, ter menos afeto positivo, ser menos social e gregário) como níveis de extroversão mais altos (ou seja, ter mais afeto positivo) têm sido associados a vinculação insegura (Hagekull & Bohlin, 2003). É possível que indivíduos com altos níveis de extroversão possam ser mais sensíveis aos ideais culturais de beleza, dada a sua tendência a ser mais orientados para as pessoas e a procurar reforço através das situações sociais. Alternativamente, indivíduos com baixos níveis de extroversão possuem menos afeto positivo, o que os pode tornar mais vulneráveis a desenvolver sintomas de PCA na tentativa de regular esses afetos (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007).

(Benjamin, 2003) expandiu a teoria do Bowlby, formulando uma teoria que denominou como teoria do processo de cópia interpessoal que ajuda a explicar como é que as relações de vinculação são internalizadas e mantidas. De acordo com esta teoria (Benjamin, 2003), a forma como a pessoa é tratada pelas suas pessoas significativas, nomeadamente os cuidadores primários no início da vida, torna-se a forma com a pessoa se trata a si mesma. Esta introjeção das relações de vinculação é como a autoimagem se forma. A ideia-chave é que os modelos operantes internos são formados com o objetivo de manter uma proximidade psicológica com esta pessoa significativa. Por este motivo, até os padrões relacionais mal adaptativos serão incorporados e mantidos ativamente. Por exemplo, o criticismo frequente de uma pessoa significativa produz uma autoimagem crítica; o comportamento dos outros tenderá então a ser interpretado como crítico para manter a proximidade psicológica com a pessoa significativa internalizada (Benjamin, 2003). A proximidade psicológica é alcançada ao relacionar-se com os outros como se o indivíduo ainda se estivesse a relacionar com a figura de vinculação conhecida e previsível; estas qualidades familiares e previsíveis gerarão sentimentos de segurança e proteção, mesmo que os relacionamentos acarretem consequências negativas (Benjamin, 2003). Se a relação paciente-perturbação alimentar tem qualidades de vinculação, segue-se a hipótese de que as características típicas da perturbação alimentar devem ser introjetadas, influenciando a autoimagem do paciente (Forsén Mantilla, Clinton, & Birgegard, 2017). Isto pode explicar porque é que os sintomas das perturbações alimentares estão associados a autonegligência, autocriticismo e autocontrolo (Forsén Mantilla & Birgegard, 2015). De acordo com esta conceitualização, submeter-se às demandas cada vez mais exigentes e coercivas da perturbação alimentar implica paradoxalmente ganhar uma sensação de controlo, um conforto opressivo que

abafa o investimento em fontes reais de segurança interpessoal (Forsén Mantilla, Clinton, & Birgegard, 2017).

A literatura sugere o papel potencial da regulação emocional problemática, afeto negativo, perfeccionismo mal adaptativo e insatisfação corporal, explicando como é que a vinculação insegura pode colocar alguém em risco de desenvolver uma PCA em idade jovem ou pode manter os sintomas da perturbação alimentar (Tasca G. A., 2018). As pessoas com vinculação insegura na esperança de reduzir os seus sentimentos negativos em relação a si próprias, recorrem a sintomas alimentares como dieta (para alcançar a imagem corporal perfeita), a ingestão alimentar compulsiva (para melhorar o humor e se distraírem) e a comportamentos purgativos (para compensar os sentimentos negativos de quebrar a dieta e evitar ganhar peso) (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Apesar das perturbações alimentares não serem exclusivas da cultura ocidental, o processo de ocidentalização do Japão, assim como de países de Leste, foi acompanhado por um aumento da prevalência das perturbações alimentares nestes países (Gordon, 2001). O mesmo se aplica relativamente ao processo de aculturação e sobre-identificação com a ocorrência de perturbações alimentares após a emigração de países não ocidentais para países ocidentais, onde o culto da magreza é ubíquo (Bulik, 1987). A pressão para ser magro é uma das principais fontes de perturbação da imagem corporal e do comportamento alimentar (Kiang & Harter, 2006). A pressão percebida para ser magro e a internalização do ideal de magreza é um fator de risco causal para insatisfação corporal, dieta, afeto negativo e perturbação alimentar (Stice, Maxfield, & Wells, 2003). Os valores sociais de atratividade são particularmente salientes para as mulheres, uma vez que elas tendem a ser mais avaliadas principalmente pela sua aparência (Harter, 1999). Para além disso, os media parecem focar as mulheres de forma diferente dos homens. De facto, o estudo de Andersen & DiDomenico de 1992 (Andersen & DiDomenico, 1992) mostra que os anúncios ou artigos relacionados com a dieta ou com o corpo apareciam dez vezes mais frequentemente nas revistas femininas.

Este trabalho visa compreender qual é o impacto da vinculação e da cultura no desenvolvimento de perturbações alimentares.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão não sistemática sobre o tema. Para isso, foi realizada uma pesquisa na PubMed usando os termos “attachment”, “culture” e “eating disorders”. Foram selecionados os artigos mais relevantes para a redação deste artigo.

## **RESULTADOS/DISCUSSÃO**

Ambos os padrões de vinculação resistente e evitante foram positivamente associados a tendências de comparação social e maior desregulação emocional, que por sua vez previram o nível de sintomas de PCA em mulheres (Ty & Francis, 2013). Curiosamente, concluiu-se que a tendência para se compararem com pares femininos estava mais fortemente relacionada com as perturbações alimentares do que a tendência para se compararem com modelos e celebridades (Ty & Francis, 2013). Por exemplo, as mulheres podem comparar a sua forma corporal ou características faciais às das celebridades ou modelos, mas comparam a sua personalidade ou popularidade com as suas colegas femininas. Este processo de comparação social pode aumentar a probabilidade de insatisfação corporal e perturbação do comportamento alimentar devido a sentimentos de

insegurança (Ty & Francis, 2013). De todas as comparações sociais, sentir que a melhor amiga é mais magra do que a própria parece ser a mais prejudicial para o ideal do corpo. Neste contexto, a comparação social foi relacionada com a desregulação emocional, sugerindo que mulheres que frequentemente se comparam a si próprias com os outros também têm uma flexibilidade limitada em adaptar as suas estratégias de regulação emocional à situação ou aos seus objetivos (Gratz & Roemer, 2004). Pode dizer-se que a comparação social pode aumentar o afeto negativo neste processo ao reforçar o autoconceito negativo, o que pode explicar a associação positiva entre comparação social e desregulação emocional (Ty & Francis, 2013).

Por outro lado, indivíduos com vinculação resistente tendem a ser mais autocríticos e sensíveis à avaliação dos outros, o que pode levar a uma maior vigilância e viés de atenção a potenciais “ameaças” a si próprio, representadas pelo ideal dos outros (Bamford & Halliwell, 2009).

Há relatos de que a vinculação insegura culminou na atribuição de significados contraditórios à comida. A comida é simultaneamente vista como recompensa e punição, e como fonte de conforto e de culpa. A literatura tem sugerido a possibilidade de componentes relacionados com a vinculação estarem envolvidos no fenómeno da alimentação emocional (Hernandez-Hons & Woolley, 2011). Quando se pediu a definição de alimentação emocional, os participantes de um estudo debateram a forma como a comida se tornou um substituto das suas relações de vinculação, uma distração ou defesa contra os stressores atuais e um método para evocar memórias positivas do seu passado. Na descrição da relação com a comida feita por pessoas com PCA, surgiram contradições e ambivalências semelhantes às descrições das suas relações de vinculação. Nesse contexto, os pais eram vistos como fonte de conforto e desespero, de forma semelhante à comida no contexto da alimentação emocional. Desta forma, criou-se um ciclo de coping através da alimentação emocional, onde o comportamento alimentar ocorreu com maior frequência para obter o conforto desejado e a distração psicológica, o que culminou no aumento dos sentimentos de culpa e desespero (Hernandez-Hons & Woolley, 2011). O aumento do conforto e da autoestima alcançados através da PCA fornecem uma falsa base de segurança para lidar com a insegurança e a desesperança. O aumento temporário das emoções positivas experienciadas com a PCA reduz a crença na importância de construir sistemas de apoio mais robustos (Hernandez-Hons & Woolley, 2011). Para estes participantes, a comida tornou-se o substituto de vinculação e o comportamento de vinculação para obter conforto tornou-se o comer (Hernandez-Hons & Woolley, 2011). Para muitos participantes deste estudo (Hernandez-Hons & Woolley, 2011), os seus comportamentos atuais no que concerne à alimentação emocional eram reminiscentes de eventos em torno da comida da sua infância que envolviam as suas relações de vinculação e normas culturais (Hernandez-Hons & Woolley, 2011).

A vinculação insegura foi positiva e significativamente associada com a desregulação emocional, que por sua vez predispe perturbação do comportamento alimentar. Isto suporta a concetualização da vinculação insegura como um padrão mal adaptativo para responder ao afeto negativo aprendido na infância, o qual pode levar à incapacidade de recorrer a estratégias eficazes de regulação emocional mais tarde na vida (Cassidy, 1994). A literatura tem mostrado que as mulheres implementam comportamentos alimentares desadequados como forma de regular as suas emoções, particularmente ao evitar ou escapar ao afeto negativo (Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2009). A ingestão compulsiva e os comportamentos purgativos e restritivos podem servir para bloquear estados emocionais e são usados para lidar com a culpa, a depressão e o vazio emocional resultantes desses comportamentos, formando um ciclo de feedback positivo deletério (Bradford &

Petrie, 2008). Assim, a comparação social e a desregulação emocional medeiam a relação entre vinculação resistente e PCAs, enquanto a vinculação evitante mostrou uma relação direta. Parece que a vinculação resistente, mas não a evitante desempenha um papel importante na formulação da insatisfação corporal e do desejo de magreza. Nesta sequência, as mulheres com vinculação resistente estão mais preocupadas com as interações sociais e com as relações interpessoais do que aquelas com vinculação evitante. Desta forma, a vinculação resistente medeia completamente a relação entre insatisfação corporal e perturbações alimentares. Uma meta-análise realizada em 2019 concluiu que 61% do efeito total da vinculação insegura nos sintomas das PCAs é explicado pelo efeito indireto das seguintes variáveis mediadoras: estratégias mal adaptativas de regulação emocional, sintomas depressivos, insatisfação corporal, neuroticismo, perfeccionismo e comparação social (Cortés-García, Takkouche, Seoane, & Senra, 2019). No que concerne o estilo de vinculação, a percentagem do efeito total explicada pelo efeito indireto foi de 55% no caso da vinculação resistente e de 41% na vinculação evitante (Cortés-García, Takkouche, Seoane, & Senra, 2019). A regulação emocional disfuncional mostrou ser onexo mais robusto envolvido na relação entre vinculação insegura e sintomas de PCA tanto a nível clínico como subclínico (Cortés-García, Takkouche, Seoane, & Senra, 2019). As estratégias usadas para expressar e regular as emoções podem ser determinadas pelo tipo de vinculação e os sintomas de perturbação do comportamento alimentar podem ser a manifestação da dificuldade em identificar as emoções e uma tentativa de neutralizar esse desconforto (Taube-Schiff, et al., 2015). Consequentemente, as pessoas com vinculação insegura podem recorrer à compulsão alimentar como forma de se distrair das emoções adversas ou ao exercício excessivo ou dieta para reduzir os pensamentos negativos indesejados que, amiúde, se seguem aos episódios de compulsão alimentar (Han & Pistole, 2014). No que diz respeito ao contributo relativo dos sintomas depressivos, numa meta-análise de 2019 (Cortés-García, Takkouche, Seoane, & Senra, 2019), os resultados indicaram um dos maiores tamanhos de efeito. Padrões cognitivos mal adaptativos e autorrepresentações decorrentes de experiências precoces negativas colocam os indivíduos em risco de desenvolver sintomatologia depressiva após eventos adversos de vida (Cortés-García, Takkouche, Seoane, & Senra, 2019).

Efetivamente, a vinculação evitante tem sido significativamente correlacionada com a falta de consciência interoceptiva e com comportamentos restritivos (Zachrisson & Skårderud, 2010). A compulsão alimentar é considerada um mecanismo de coping evitante para escapar à autoconsciência, e para reduzir ou distrair de emoções negativas, como ansiedade, tristeza, abandono, ou sentimentos de desadequação (Fox & Power, 2009). Por outro lado, é possível que em indivíduos com vinculação resistente, as PCAs sirvam para reduzir os sentimentos negativos associados a características neuróticas da personalidade (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007). Para além disso, a sensibilidade à rejeição baseada na aparência explicou 89% dos sintomas dos pacientes com PCAs. Por outro lado, a sensibilidade à punição e o medo do abandono explicaram 60% e 48%, respetivamente, dos sintomas de perturbação do comportamento alimentar em grupos femininos (De Paoli, Fuller-Tyszkiewicz, Halliwell, Puccio, & Krug, 2017).

Para além disso, o prejuízo na capacidade de mentalização medeia a associação entre vinculação insegura e os sintomas de anorexia nervosa e bulimia (Cortés-García, McLaren, Vanwoerden, & Sharp, 2020). A vinculação insegura e as dificuldades na mentalização podem estar enraizadas na falta de sintonia entre as necessidades inatas da criança e as respostas dos cuidadores (cuidadores insensíveis ou não responsivos em tempos de necessidade) (Cortés-García, McLaren, Vanwoerden,

& Sharp, 2020). Por outro lado, as percepções negativas das relações pais-filhos, o baixo envolvimento pai-filho (Korotana, Von Ranson, Wilson, & Iacono, 2018), a má comunicação entre pai-filho, as interações rígidas entre pai e filho (Cerniglia, et al., 2017) ou o pouco carinho e a baixa monitorização (Krug, Sorabji, King, Letcher, & Olsson, 2014) têm sido todos associados a uma maior probabilidade de desenvolver PCAs. A influência da vinculação insegura na psicopatologia alimentar pode ser explicada pela tendência de adolescentes com vinculação insegura interpretarem a mente dos outros de forma inadequada, atribuindo intenções aos outros que não são suportadas pelos factos (hipermentalização) (Cortés-Garcia, McLaren, Vanwoerden, & Sharp, 2020). Por outras palavras, como a perturbação do comportamento alimentar (ex.: comer compulsivamente) funciona para reduzir o afeto negativo e o desconforto, estes comportamentos serão mais provavelmente usados no futuro como estratégias de coping, apesar do facto do alívio que providenciam ser a curto prazo. Isto perpetua um ciclo disfuncional e interfere com o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional mais adaptativas (Cortés-Garcia, McLaren, Vanwoerden, & Sharp, 2020).

Os indivíduos com vinculação insegura tendem a ser excessivamente autocríticos e, portanto, a usar estratégias como o perfeccionismo mal adaptativo, para combater sentimentos de inutilidade e desesperança. Consequentemente, pessoas com vinculação insegura são propensas a procurar padrões de excelência de difícil alcance, amiúde dizendo respeito à forma corporal, ao peso e ao seu controlo, os quais favorecem o aparecimento de comportamentos alimentares pouco saudáveis de forma a atingir objetivos irrealistas (Fairburn & Harrison, 2003). À semelhança dos indivíduos com PCAs, a capacidade de mindfulness nos indivíduos com vinculação insegura pode estar comprometida, tendo em conta que estes tendem a envolver-se em processos cognitivos e emocionais, como preocupar-se com um futuro abandono (vinculação resistente) ou recusando-se a atender a uma emoção ou necessidade (vinculação evitante), que são contrários aos estados de atenção plena (Brown & Ryan, 2003). Isto é especialmente relevante para doentes com bulimia e ingestão compulsiva que amiúde têm dificuldade em detetar e discriminar pistas interoceptivas (ex.: fome e saciedade versus sentimentos internos) (Monteleone, et al., 2017). Provavelmente as mulheres de risco usam a dieta e o controlo do peso como escape a outros problemas, ou talvez a sua relutância e ansiedade em construir relacionamentos íntimos sirvam como obstáculos para receberem o apoio social de que precisam para lidar com os problemas (possivelmente recorrendo à comida como substituto e distração) (Kiang & Harter, 2006).

A vinculação resistente exibiu a relação mais consistente com as perturbações do comportamento alimentar e as características da personalidade. Adicionalmente, a vinculação resistente mostrou relações positivas significativas com o neuroticismo e relações negativas significativas com a extroversão. A vinculação evitante e segura mostrou menos relações significativas com a perturbação do comportamento alimentar e as variáveis da personalidade (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007). Neste estudo, concluiu-se que a vinculação resistente prediz significativamente os scores de neuroticismo. Assim, o neuroticismo medeia completamente a relação entre vinculação resistente e perturbação do comportamento alimentar (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007). As características de personalidade (neuroticismo e extroversão) medeiam a relação entre vinculação resistente e as PCAs. Assim, a vinculação influencia as PCAs indiretamente através das características da personalidade. Efetivamente, indivíduos com vinculação resistente tendem a apresentar perturbações do comportamento alimentar apenas se possuírem características de personalidade mais neuróticas (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007).

A menor segurança da vinculação foi associada a sentir-se mais controlado pela própria perturbação do comportamento alimentar. Esta sensação, por sua vez, foi associada a mais autculpabilização (Forsén Mantilla, Clinton, & Birgegard, 2017). Quando o modelo de mediação foi testado, a segurança da vinculação foi significativamente associada com menor sintomatologia da PCA, mas a análise mostrou que esta relação pode ser totalmente explicada pelas vias indiretas que envolvem a autonomia e a autculpabilização (Forsén Mantilla, Clinton, & Birgegard, 2017). As tentativas de manter uma proximidade psicológica com a perturbação do comportamento alimentar como uma figura de vinculação podem ajudar a explicar a persistência de padrões comportamentais mal adaptativos típicos das PCAs (Forsén Mantilla, Clinton, & Birgegard, 2017).

Para além disso, as atitudes socioculturais medeiam a relação entre a vinculação resistente e as perturbações do comportamento alimentar. As PCAs sempre nos mostraram as formas pelas quais as pressões sociais ativam as vulnerabilidades constitucionais e as formas como os fatores biológicos influenciam a experiência social (Steiger, 2007).

Num estudo realizado na Polónia (Pilecki, Salapa, & Józefik, 2016), no grupo da bulimia nervosa, uma avaliação negativa dos padrões alimentares na família foi associada a uma avaliação igualmente negativa das relações e comportamentos familiares.

A satisfação com a aparência mediu completamente as associações entre consciência sociocultural, sintomatologia corporal e autoestima (Kiang & Harter, 2006). Apesar de ambos os caminhos desde aparência percebida e sintomas psicológicos até aos sintomas comportamentais serem significativos, o coeficiente da aparência foi mais forte, indicando que o efeito global dos valores socioculturais foi mais influente do que a vinculação evitante (Kiang & Harter, 2006). A vinculação resistente parece constituir uma influência menor nos sintomas psicológicos quando comparada com a vinculação evitante. No geral, ao comparar a influência relativa da consciência sociocultural e da vinculação resistente na sintomatologia alimentar, a via sociocultural foi mais forte (Kiang & Harter, 2006).

## CONCLUSÃO

Apesar de ser importante ensinar às adolescentes que o visual da Barbie não é fisicamente possível ou incentivá-las a olhar além das mensagens superficiais dos media, as histórias de vinculação também devem ser abordadas. Ou seja, os programas de tratamento das PCAs devem concentrar-se não apenas em melhorar o efeito negativo de mensagens relacionadas com a aparência ou questões específicas de dieta e alimentação, mas também abordar e melhorar a qualidade das relações interpessoais (Kiang & Harter, 2006). Ao explorar a base pessoal e cultural dos pacientes, os significados atribuídos à comida e à alimentação podem ser explorados e mais bem compreendidos, assim como o impacto que as relações interpessoais podem ter no desenvolvimento de comportamentos de alimentação emocional (Hernandez-Hons & Woolley, 2011). Ao focar temas relacionados com a vinculação no tratamento, pode ser benéfico participar em terapia familiar.

A importância de identificar a comparação social e a desregulação emocional como mediadores é a oportunidade de direcionar recursos nesse sentido durante a intervenção. Pode ser benéfico não só focar a intervenção na sintomatologia alimentar, mas também em formas pelas quais a perturbação é mantida através de processos que concernem estratégias de autorregulação mal adaptativas, comparação social e vinculação (Ty & Francis, 2013). A regulação emocional pode ser abordada usando uma ampla gama de terapias, incluindo terapia cognitivo-comportamental, dialética

comportamental, terapia de aceitação e compromisso, e terapias psicodinâmicas (Baer, Fischer, & Huss, 2006). O mindfulness também se tem tornado uma forma cada vez mais aceita de aumentar a consciência, a aceitação e o não julgamento das emoções negativas (Baer, Fischer, & Huss, 2006).

É importante identificar os mediadores relacionados com a vinculação e a cultura, pois estes permitem sinalizar fatores pessoais e culturais que devem ser explorados na abordagem das perturbações alimentares e permitem também direcionar os recursos terapêuticos durante a intervenção. Particularmente relevante na vinculação, a terapia familiar tem sido eficaz no tratamento de doentes com anorexia (Dare & Eisler, 2002). Por outro lado, a psicoterapia interpessoal tem sido eficaz no tratamento da bulimia (Fairburn, 2002). Assim, um programa de tratamento eficaz pode focar-se na combinação de treino nutricional, terapia cognitivo-comportamental para abordar crenças mal adaptativas sobre a imagem corporal e a dieta, e terapia familiar ou interpessoal para promover o apoio social e a vinculação (Kiang & Harter, 2006). A terapia cognitivo-comportamental, para além de ser o tratamento para a bulimia mais bem suportado, pode ser um método eficaz de visitar os modelos operantes internos negativos sobre si próprio e os outros, e modificar crenças e expectativas mal adaptativas no que concerne as relações de vinculação (Fairburn, 2008). Se possível, as mulheres com perturbação do comportamento alimentar também podem beneficiar de terapia familiar focada na emoção para lidar com interações problemáticas, padrões negativos de relacionamento, esclarecer as suas necessidades de vinculação e incentivar um sentido positivo de si próprio nas suas relações de vinculação (Johnson, Maddeaux, & Blouin, 1998).

Adicionalmente, os clínicos devem estar cientes que o padrão de vinculação insegura-resistente provavelmente aumenta os traços de personalidade neuróticos, o que, por sua vez, exacerba ainda mais a perturbação alimentar (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007).

A influência da vinculação insegura na presença de sintomas de PCAs pode ser explicada pelo aumento da hipermentalização, sugerindo que direcionar a intervenção para as representações decorrentes da vinculação e para as dificuldades com a mentalização pode ser benéfico para a redução das perturbações alimentares na adolescência (Cortés-García, McLaren, Vanwoerden, & Sharp, 2020). Clinicamente, o foco nas representações mentais negativas e na mentalização no tratamento de perturbações do comportamento alimentar pode ser útil para aumentar a probabilidade de sucesso terapêutico (Kuipers, van Loenhout, van der Ark, & Bekker, 2016). Assim, o uso da Terapia Baseada na Mentalização pode ser útil no tratamento de adolescentes com problemas alimentares (Skarderud & Fonagy, 2012).

## REFERÊNCIAS

- Andersen, A. E., & DiDomenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, pp. 283-287.
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2006). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, pp. 281-300.
- Bamford, B., & Halliwell, E. (2009). Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non-clinical female population. *European Eating Disorders Review*, pp. 371-379.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorder*. Nova Iorque: NY: Guilford Press.

- Blodgett Salafia, E. H., Gondoli, D. M., Corning, A. F., McEnery, A. M., & Grundy, A. M. (2007). Psychological distress as a mediator of the relationship between perceived maternal parenting and normative maladaptive eating among adolescent girls. *Journal of Counseling Psychology*, pp. 434-446.
- Bora, E., & Köse, S. (2016). Meta-analysis of theory of mind in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a specific impairment of cognitive perspective taking in anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, pp. 739-740.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Volume 2. Separation: Anxiety and danger*. Nova Iorque: NY: Basic Books.
- Bradford, J. W., & Petrie, T. A. (2008). Sociocultural factors and the development of disordered eating: A longitudinal analysis of competing hypotheses. *Journal of Counseling Psychology*, pp. 246-262.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, pp. 822-848.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New Cork: Basic Books.
- Bulik, C. M. (1987). Eating disorders in immigrants: Two case reports. *International Journal of Eating Disorders*, pp. 133-141.
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, pp. 485-503.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, pp. 228-249.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, pp. 305-312.
- Cheng, H.-L., & Mallinckrodt, B. (2009). Parental bonds, anxious attachment, media internalization, and body image dissatisfaction: Exploring a mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, pp. 365-375.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorders and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp. 282-290.
- Cortés-García, L., McLaren, V., Vanwoerden, S., & Sharp, C. (2020). Attachment, mentalizing, and eating disorder symptoms in adolescent psychiatric inpatients and healthy controls: a test of a mediational model. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*.
- Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., & Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*.
- Dare, C., & Eisler, I. (2002). Family therapy and eating disorders. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell, *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Nova Iorque: New York: Guilford.
- De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., Halliwell, E., Puccio, F., & Krug, I. S. (2017). Social Rank and Rejection Sensitivity as Mediators of the Relationship between Insecure Attachment and Disordered Eating. *European Eating Disorders Review*, pp. 469-478.
- Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, K. (2007). Relationships among attachment styles, personality characteristics, and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*, pp. 149-155.
- Fairburn, C. G. (2002). Interpersonal psychotherapy for eating disorders. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell, *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Nova Iorque: New York: Guilford.



- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet* London England, pp. 407-416.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nova lorque: NY: Guilford Press.
- Forsén Mantilla, E., & Birgegard, A. (2015). The enemy within: The association between self-image and eating disorders symptoms in healthy, non help-seeking and clinical young women. *Journal of Eating Disorders*.
- Forsén Mantilla, E., Clinton, D., & Birgegard, A. (2017). The unsafe haven: Eating disorders as attachment relationships. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- Fox, J. R., & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, pp. 240-267.
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*.
- Gordon, R. A. (2001). Eating disorders East and West: A culture bound syndrome. In M. Nasser, M. A. Katzman, & R. A. Gordon, *Eating disorders and cultures in transition*. Nova lorque: Brunner-Routledge.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, pp. 41-54.
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: a meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin* , pp. 660-681.
- Hagekull, B., & Bohlin, G. (2003). Early temperament and attachment as predictors of the five factor model of personality. *Attachment and Human Development*, pp. 2-18.
- Han, S., & Pistole, M. C. (2014). College Student-Binge Eating: Insecure Attachment and Emotion Regulation. *Journal of College Student Development*, pp. 16-29.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, pp. 348-356.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Nova lorque: New York: Guilford.
- Hernandez-Hons, A., & Woolley, S. R. (2011). Women's experience with emotional eating and related attachment and sociocultural processes. *Journal of Marital & Family Therapy*.
- Johnson, S. M., Maddeaux, C., & Blouin, J. (1998). Emotionally focused family therapy for bulimia: Changing attachment patterns . *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, pp. 238-247.
- Kiang, L., & Harter, S. (2006). Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, pp. 134-151.
- Korotana, L. M., Von Ranson, K. M., Wilson, S., & Iacono, W. G. (2018). *Frontiers in Psychology*.
- Koskina, N., & Giovazolias, T. (2010). The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction. *Journal of Psychology*, pp. 449-471.
- Krug, I., Sorabji, A., King, R., Letcher, P., & Olsson, C. (2014). Does low parental warmth and monitoring predict disordered eating in Australian female and male adolescents? *Journal of Eating Disorders*.
- Kuipers, G. S., van Loenhout, Z., van der Ark, L. A., & Bekker, M. H. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment and Human Development*, pp. 250-272.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, pp. 11-15.
- Monteleone, A. M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., . . . Maj, M. (2017). Embodiment Mediates the Relationship between Avoidant Attachment and Eating Disorder Psychopathology. *European Eating Disorders Review*, pp. 461-468.
- Pepping, C. A., O'Donovan, A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Hanisch, M. (2015). Individual differences in attachment and eating pathology: The mediating role of mindfulness. *Personal Individual Differences*, pp. 24-29.
- Perry, J. A., Silvera, D. H., Neilands, T. B., Rosenvinge, J. H., & Hanssen, T. (2008). A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, pp. 13-24.
- Pilecki, M. W., Salapa, K., & Józefik, B. (2016). Socio-cultural context of eating disorders in Poland. *Journal of Eating Disorders*.
- Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, pp. 119-130.
- Skarderud, F., & Fonagy, P. (2012). Eating Disorders. In P. Fonagy, & A. W. Bateman, *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 347-384). Washington: American Psychiatric Pub.
- Steiger, H. (2007, Abril). Eating Disorder Paradigms for the New Millennium: Do "attachment" and "culture" appear on brain and genome scans? *The Canadian Journal of Psychiatry*, pp. 209-211.
- Stice, E., Maxfield, J., & Wells, T. (2003, Maio). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of "fat talk".
- Tasca, G. A. (2018). Attachment and eating disorders: a research update. *Current Opinion in Psychology*, pp. 59-64.
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, pp. 665-667.
- Taube-Schiff, M., Van Exan, J., Tanaka, R., Wnuk, S., Hawa, R., & Sockalingam, S. A. (2015). Attachment style and emotional eating in bariatric surgery candidates: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Eating Behavior*, pp. 36-40.
- Ty, M., & Francis, A. J. (Fevereiro de 2013). Insecure Attachment and Disordered Eating in Women: The mediating process of social comparison and emotion dysregulation. *Eating Disorders - The Journal of Treatment and Prevention*, pp. 154-174.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nova Iorque: NY: Norton.
- Zachrisson, H. D., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, pp. 97-106.

# ICCA2022-34050 - Why is it important to talk about intersectionality and child & adolescent mental health?

Pedro Cotta<sup>1</sup>, Francisca Bastos Maia<sup>1</sup>, Graça Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário do Porto (PORTUGAL)

Correspondence email address: [u14139@chporto.min-saude.pt](mailto:u14139@chporto.min-saude.pt)

## Abstract

Intersectionality theory (IT) is defined by the interaction of categories such as sex, gender, disability, and ethnicity in a way that these relationships affect group and individual experience. Outcomes of intersectional identities may be positive, but they also can increase marginalization, discrimination, and oppression. Child and Adolescent Mental Health refers to mental, social, and emotional health of all infants, children and adolescents, irrespective of their origins. This study aims to discover in which way IT can improve child & adolescent mental health issues, by performing a non-systematic review of the literature. We can apply IT to child and adolescent psychiatry from both a macro and a micro perspective. The macro perspective is related to the academic world, obtaining valid and representative scientific data from various social subgroups and the application of socio-political measures that benefit marginalized groups. The micro perspective concerns the application of IT in daily clinical practice, fostering the theorization of the patient as a person with multiple characteristics, each of which will influence their personal identity. IT can be understood in a more comprehensive and global way with studies that aim to alleviate inequities and increase knowledge of often forgotten groups. On the other hand, we can also include intersectional theory in daily clinical practice, where disease is often associated with biological traits. Child and adolescent patients aren't only their disease but a great number of other attributes which can help mental health practitioners guiding the case in a more contextual and holistic way.

Keywords: Child Psychiatry; Adolescent Psychiatry; Mental Health; Intersectionality.

## Resumo

A teoria interseccional (TI) é definida pela interação de categorias como o sexo, género, etnia, entre outros, de tal forma que essa relação afete a experiência grupal ou individual. Os outcomes das identidades interseccionais podem ser positivos, mas também podem aumentar a opressão. A Saúde Mental das Crianças e dos Adolescentes refere-se à saúde mental, social e emocional de todos as crianças e adolescentes, independentemente de suas origens. Este estudo tem como objetivo descobrir de que forma a TI pode melhorar a problemática da saúde mental pediátrica, realizando uma revisão não sistemática da literatura. Podemos aplicar a TI na Psiquiatria da Infância e Adolescência numa perspetiva macro e numa perspetiva micro. A perspetiva macro prende-se com o mundo académico, a obtenção de dados científicos representativos de vários subgrupos sociais e a aplicação de medidas sociopolíticas que beneficiem grupos marginalizados. A perspetiva micro diz respeito à aplicação da TI na prática clínica diária, fomentando a teorização do paciente como uma pessoa com múltiplas características sendo que cada uma delas influenciará a sua identidade pessoal. A TI pode ser compreendida de uma forma mais abrangente com estudos que visam amenizar as desigualdades e aumentar o conhecimento de grupos muitas vezes esquecidos. Também podemos incluir a TI na prática clínica diária, onde a doença é frequentemente associada a traços biológicos. As crianças e adolescentes não são apenas a sua doença, mas um grande número de outros atributos que podem ajudar os profissionais de saúde mental a orientar o caso de maneira mais holística.

Palavras-chave: Psiquiatria Infantil; Psiquiatria do Adolescente; Saúde Mental; Interseccionalidade.

## INTRODUÇÃO

O conceito de interseccionalidade teve origem no final do século XX, a partir da vontade de mulheres negras que pretendiam avaliar de forma crítica as relações sociais ou expor determinadas relações de domínio (Mcbride e Mazur 2008). O foco da teoria interseccional na desigualdade social tem as suas raízes e desenvolvimento nos anos 90 na procura e luta pela justiça social (Cho, Crenshaw, e McCall 2013). A interseccionalidade providencia ferramentas para enquadrar os problemas de justiça social de uma forma que expõe como a exclusão social ou o privilégio ocorre de forma diferente em várias

posições sociais, e faz isto focando-se na interação entre vários sistemas de opressão (McCall 2005). As mulheres negras estiveram na vanguarda do desenvolvimento desta nova abordagem que rivalizava com teorias antigas que estudavam os problemas sociais analisando uma só categoria e correspondentemente um sistema opressivo e discriminativo, por exemplo, raça negra e racismo, sexo feminino e sexismo. O que as mulheres negras quiseram demonstrar é que a sua experiência enquanto tal era significativamente diferente da experiência dos homens negros e das mulheres brancas, e correspondentemente o sexismo e o racismo que poderiam encontrar também ele seria diferente e teria consequências diferentes (Mcbride e Mazur 2008). A teoria da interseccionalidade propõe então o estudo da interação entre sistemas de opressão e determinadas identidades sociais. A saúde mental das crianças e dos adolescentes refere-se à saúde mental, social e emocional de todas as crianças e adolescentes, independentemente das suas origens . Falar de saúde mental das crianças e adolescentes é importante uma vez que esta população constitui 1/3 da população mundial e 90% destes vive em países de baixo e médio rendimento. Sabe-se que as doenças psiquiátricas começam muitas vezes na adolescência e são uma causa importante de burden associado à saúde – mais ou menos 15-30% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) perdidos durante as primeiras três décadas de vida (Kieling et al. 2011). Há fatores de risco reconhecidos para o aparecimento de patologia mental na faixa etária pediátrica nomeadamente dificuldades socioeconómicas, famílias disruptivas e com psicopatologia e insultos físicos e psicossociais ao desenvolvimento precoce da criança. Sabe-se que estes fatores de riscos encontram-se, proporcionalmente, em maior número em países de baixo e médio rendimento (Patel et al. 2008). Em medicina, a doença tem sido vista através da lente de 2 modelos: o modelo biológico e o modelo social. O modelo biológico prende-se com as raízes moleculares do problema e os alvos terapêuticos para eliminá-lo. O modelo social diz respeito à visão da doença como causada por fatores ambientais sendo que a alteração desses fatores cursará com melhores outcomes em saúde (Armstrong e Asch 2020). A Organização Mundial de Saúde propõe um modelo biopsicossocial na abordagem da doença. Este modelo deve incluir os fatores biológicos sociais e psicológicos que dizem respeito à doença (Wade e Halligan 2017). A Psiquiatria também não é excluída, e pretende ir além deste modelo biopsicossocial de forma a dar um maior enfoque aos aspetos sociais desta tríade. De facto, nos últimos anos, têm sido estudados os determinantes sociais da saúde mental e os psiquiatras têm estado mais sensibilizados às componentes sociais, económicas e políticas que podem afetar a pessoa em todas as suas vertentes, incluindo na vertente patológica (Strauss, Bernard, e Harper 2019).

Alguns investigadores promotores de saúde e clínicos pretendem perceber de que forma é que acontecem as desigualdades em saúde. Uma possível resposta para isso será a teoria interseccional, propondo uma abordagem teórica, que tenta investigar as desigualdades em saúde salientando as intersecções identitárias de múltiplos indivíduos que se encontram embebidas nos sistemas de poder social que podem exacerbar as experiências das pessoas com uma doença. A literatura enfatiza as necessidades destes profissionais em abarcar novas teorias sociais nos seus estudos que mudem a atenção do comportamento individual para as ações dos participantes que se incluem num contexto social, político e social mais lato (Heard et al. 2020). Ao estudar as desigualdades interseccionais em saúde mental, denotam-se efeitos sinérgicos ou antagónicos de determinadas posições interseccionais, o que sugere dinâmicas interrelacionáveis que de outra forma não se descobririam se abordadas de uma forma não categorizada. Isto mostra que é de relevante valor para a área da

saúde mental a avaliação de desigualdades interseccionais (Fagrell Trygg, Gustafsson, e Månsdotter 2019). Com este trabalho pretende-se relacionar as temáticas da interseccionalidade e da saúde mental das crianças e adolescentes, apurando qual a utilidade desta teoria sociológica na investigação clínica e na prática clínica.

## MÉTODOS

Uma revisão não sistemática foi realizada utilizando a base de dados PUBMED/Medline com os termos “intersectionality” e “child and adolescent mental health”. Foram selecionados e analisados os artigos relevantes para o artigo.

## RESULTADOS

Foi encontrado um estudo (Buffarini et al. 2020) que pretendeu estudar a interseccionalidade do género e da riqueza em *outcomes* comportamentais e de saúde em adolescentes brasileiros. Este estudo incluiu pessoas nascidas em 1993 que, quando completaram 15 anos, responderam a questionários estandardizados sendo também obtidas medidas antropométricas. Foram estudados 5 *outcomes*: excesso de peso, tabagismo, violência, infelicidade e sintomas psicológicos. O rendimento familiar mensal foi categorizado em quintis. Os resultados para os 5 *outcomes* foram então apresentados em função do rendimento familiar e do género. Os resultados deste estudo mostraram que no caso da infelicidade e dos sintomas psicológicos, estes aumentam à medida que o rendimento familiar diminui. No entanto, ser-se do género masculino de um baixo estatuto socioeconómico é diferente de ser rapariga com um baixo estatuto socioeconómico. Estas últimas acabam por ter mais sintomas psicológicos. A infelicidade foi encontrada nos dois géneros distribuída de forma semelhante. Estes dados mostram o quão importante é capturar a complexidade dos processos através dos quais o estatuto social afeta os *outcomes* em saúde mental e como esses mesmo processos são alterados por outros fatores como o género.

Outro estudo pretendeu relacionar a psicopatologia e a utilização de tratamento em função de diversas características sociodemográficas num verdadeiro teste de interseccionalidade destes fatores. Foi utilizada uma amostra de 11875 crianças de 9 e 10 anos. A informação relativa a estes dados foi obtida através de questionários preenchidos pelos pais. Encontrou-se maiores taxas de psicopatologia e de utilização de serviços em crianças com um baixo estatuto socioeconómico. A juventude asiático-americana e hispânica tinha menos psicopatologia e utilizavam menos formas de tratamento. Segundo os autores, estes últimos terão obtido estes resultados porque pode acontecer que os seus pais subvalorizem os sintomas da criança. Este estudo mostrou-se importante no sentido de evidenciar diferentes *outcomes* de acordo com as identidades intercetantes no contexto da saúde mental e utilização de tratamentos.

Inclui-se, neste artigo, um outro trabalho no qual os autores pretenderam avaliar o papel do contexto socioeconómico nacional na interação entre saúde mental dos adolescentes e o seu estatuto de imigração, estatuto socioeconómico e género (Kern et al. 2020). Usaram-se dados de 33 países utilizando o *Health Behaviour in School-aged Children Survey* de 2017/2018. Nos resultados deste estudo, os autores chegaram à conclusão que, independentemente do país, ser membro de qualquer um dos 3 grupos mais desfavorecidos (imigrantes, adolescentes de um baixo estatuto socioeconómico e género feminino) aumenta o risco de insatisfação com a vida e queixas psicossomáticas. No entanto é possível notar algum efeito de interseccionalidade quando se

categoriza os países consoante as suas medidas de integração de imigrantes, igualdade salarial e de género. De facto, é nos países com melhores políticas de inclusão de imigrantes e de igualdade salarial e de género que se obtêm melhores *outcomes* nos grupos mais desfavorecidos, mesmo se se tratar de um país com baixos rendimentos salariais. Este artigo permite perceber que para compreender melhor as desigualdades sociais é necessário estudar tanto fatores individuais como indicadores nacionais.

Foi analisado outro estudo que pretendeu rever a ética investigacional no autismo (Cascio, Weiss, e Racine 2021). Este artigo revisita as preocupações éticas de pesquisa sobre o autismo relativamente ao género, necessidades de suporte, formas de comunicação, etnia e estatuto socioeconómico. Ao longo do artigo, os autores sublinham que ainda existe, muitas vezes, a exclusão, nos estudos científicos sobre autismo, de indivíduos do sexo feminino, de pessoas que comunicam de maneira não verbal e de pessoas com um baixo estatuto socioeconómico. Os autores explicam que, ao excluir indivíduos do sexo feminino, perpetua-se o estereótipo que as pessoas autistas são homens. Adicionalmente, existem menos recursos para mulheres autistas no sentido de estas poderem perceber a sua experiência. A exclusão de pessoas que comunicam de forma não verbal repercute-se no facto de não existir representatividade nos estudos e só conhecermos a experiências das pessoas autistas que comunicam verbalmente. Os autores também fazem notar que a exclusão de pessoas com um baixo estatuto socioeconómico dá-se devido a múltiplas barreiras que estas apresentam no acesso aos serviços. Estes dados reforçam a falta de atenção a necessidades interseccionais dos estudos sobre autismo que acabam por levar determinados grupos de indivíduos a serem excluídos.

Abordamos também outro artigo que pretendeu rever outros trabalhos que aplicaram uma lente interseccional para avaliar fatores de risco e de proteção na depressão em adolescentes pertencentes a grupos minoritários nos Estados Unidos da América (Patil et al. 2018). Foram incluídos 25 artigos que investigaram o papel das identidades étnicas e de género em grupos minoritários e como a marginalização pode estar associada com *outcomes* diferentes na sintomatologia depressiva. Os autores chegaram à conclusão que existe uma variabilidade substancial na forma como os estudos foram desenhados. De qualquer das formas, os artigos incluídos nesta revisão sugerem uma importante relação entre a formação identitária de adolescentes e o contexto da interseccionalidade entre género e etnia. Este artigo permite perceber que o uso de uma lente interseccional para se perceber os diferentes mecanismos que levam à sintomatologia depressiva em adolescentes é extremamente importante.

Pretende-se abordar ainda um outro estudo que pretendeu teorizar sobre a interseccionalidade e o desenvolvimento identitário dos jovens na Europa (Moffitt, Juang, e Syed 2020). Neste trabalho, os autores abordaram uma tendência existente na psicologia desenvolvimental, na qual os psicólogos interrogam-se menos sobre a construção de identidades sociais, uma vez que a identidade é muitas vezes concetualizada como algo localizado dentro de uma determinada pessoa (Morss 1995). Estes autores defendem que uma visão interseccional sobre a identidade requer o reconhecimento da identidade como socialmente construída, fluída e contextual permitindo um maior distanciamento dos fatores individuais que se encontram a jusante e um maior enfoque dos fatores sociais, a montante (Travis Jr. e Leech 2013). Um estudo de caso aborda esta temática e ajuda a refletir como a teoria interseccional pode ser utilizada na prática clínica (Ecklund 2012). Neste estudo, a autora usou um caso clínico sobre uma criança pertencente a um grupo minoritário para explorar os elementos clínicos interseccionais muitas vezes presentes na psicoterapia de uma criança. A autora teoriza

sobre o facto de que podemos observar os riscos que os indivíduos apresentam quando os valores de diferentes identidades culturais dentro do individuo entram em conflito. De facto, com o desenvolvimento normativo, existe uma tendência para procurar a integração identitária. Isto acontece segundo um processo que pretende incorporar todas as identidades culturais.

## DISCUSSÃO

Após análise dos artigos expostos na secção dos resultados, podemos abordar esta temática numa perspetiva macro e numa perspetiva micro. A perspetiva macro pretende mostrar de que forma determinados papéis sociais afetam os outcomes em saúde mental e como esses mesmos processos são alterados por outros fatores (Mennies et al. 2021). Permite, também, a criação de medidas preventivas para melhoria dos outcomes em saúde (Buffarini et al. 2020). A perspetiva micro permite melhores conceptualizações de caso e terapias que consideram todas as identidades culturais relevantes para o individuo (Ecklund 2012), possibilitando da mesma forma um conhecimento mais exato daquilo que é a experiência de uma perturbação mental em diferentes pessoas (Cascio et al. 2021). De facto, a teoria interseccional enfatiza a interação entre várias formas de opressão, como o racismo ou o sexismo, e as ligações entre opressão e poder sistémico. Um foco interseccional promete reduzir as desigualdades porque dirige-se explicitamente para as interações complexas entre as causas que estão na raiz dos problemas. Estas causas incluem os determinantes sociais de saúde e outras desigualdades como aquelas relacionadas com formas de opressão. Uma melhor compreensão das intersecções entre determinantes sociais, identidade e geografia pode melhorar políticas de saúde pública para reduzir desigualdades (McPherson e McGibbon 2010). Por outro lado, também percebemos que um foco interseccional potencia a criação de ambientes inclusivos que suportem a investigação e que reconhecem as experiências reais da vida dos participantes (Cascio et al. 2021). Com este trabalho, tornou-se evidente que a teoria interseccional tem maior aplicação naquilo que entendemos como uma perspetiva macro. Apesar de poder ser usada numa perspetiva micro para nos informar acerca das identidades, esta teoria não nos fala apenas sobre identidade. A teoria interseccional como uma forma de conceptualizar a identidade não permite ou não pretende revelar como cada pessoa, na sua individualidade, influenciada pelos sistemas de opressão, desenvolve o seu sentido de self. A interseccionalidade não pretende atender às experiências individuais do dia-a-dia de cada pessoa. O que a interseccionalidade faz é atender à identidade colocando-a numa análise a nível macro, ligando a experiência individual ao sentido de pertença de um individuo num grupo social. Há que perceber que este sentido de pertença acontece durante um período social ou histórico específico e encontra-se emaranhado aos sistemas de vantagem e acesso, ou, pelo contrário, aos sistemas opressivos (Wijeyesinghe e Jones 2014).

Tendo a teoria interseccional uma aplicabilidade maior nas questões académicas e investigacionais, questionamo-nos como é que podemos aplicar a teoria interseccional na reflexão acerca do impacto que a pertença ou identificação a determinados grupos sociais e as suas intersecções têm na identidade pessoal. Na verdade, os modelos de identidade informados pela interseccionalidade oferecem melhores formas de capturar a complexidade da identidade. Ao mesmo tempo, permitem retratar os fatores, influências contextuais, identidades sociais, experiências e estruturas de poder que contribuem para uma interpretação holística da identidade (Jones e Abes 2013). Falar de identidade e de interseccionalidade na adolescência torna-se ainda mais importante uma vez que esta é uma altura em que o adolescente luta para encontrar o seu sentido de identidade pessoal ao

mesmo tempo que descobre e lida com o seu corpo e a sua sexualidade (Sawyer et al. 2012). A teoria interseccional lida com as identidades sociais (Azmitia e Thomas 2015). Todos os indivíduos tem uma série de micro-identidades relacionadas, por exemplo, com a religião, orientação sexual, educação e fatores socioeconómicos (Watson e Bhugra 2020). Estas identidades culturais ou sociais residem no conceito de diferença. Acontece que desde o início do desenvolvimento psicoafetivo, as crianças ouvem ideias sobre o “nós” e os “outros”. Estas ideias carregam uma componente afetiva considerável, demarcando um sentimento de pertença ao grupo e diferenciando o “eu” do “outro”. Há autores que advogam uma certa construção social do self. Algumas identidades podem ser melhor aceites culturalmente enquanto outras acabam por ser patologizadas (Clarke 2008). Esta ideia previamente explicitada vai de encontro à teoria da identidade social. Esta teoria defende que uma avaliação positiva intra-grupo só consegue ser estabelecida através de comparações com outros grupos dos quais o individuo índice não faz parte. A identidade social positiva e a autoestima são mantidas através de comparações intra-grupo com outros grupos, comparações essas que descrevem o grupo do individuo índice como melhor versus outros grupos (Tarrant et al. 2001). A questão reside na passagem de uma identidade social, aquela maioritariamente representada pela teoria interseccional para uma identidade individual ou do self. De facto, pode-se definir o self como um sistema de pensamentos, sentimentos, identidades e motivos organizados e interativos que nasce da autorreflexividade e da linguagem, que as pessoas atribuem a elas mesmas e que caracterizam seres humanos específicos. Esta definição de self acaba por oferecer ao individuo um sentido de agência (Hitlin e Elder 2007).

Através da interseccionalidade conseguimos perceber que determinados valores de diferentes identidades culturais podem entrar em conflito. À medida que os adolescentes crescem, há uma tendência para procurar a integração da identidade, numa tentativa de incorporar todas as identidades sociais (Ecklund 2012). Percebe-se, então, que a identidade social positiva é um marcador importante de uma boa saúde mental do adolescente (Ellis et al. 2010). Acontece que, à custa da capacidade autorreflexiva do adolescente, este pode manifestar lutas internas que refletem valores diferentes e antagónicos de diferentes identidades sociais internalizadas. Na prática clínica urge então apostar nas bases teóricas da teoria interseccional, refletindo porventura com o paciente de que forma é que as identidades sociais com as quais se identifica, separadamente e em interação, afetam a autorreflexão e autoatribuição de características que formam a sua identidade individual ou o seu sentido de self. Ajuda também os clínicos a identificarem determinados fatores e influências contextuais que podem estar na origem de um determinado problema de saúde mental.

Na prática clínica em Pedopsiquiatria, as questões da interseccionalidade tornam-se muito importantes. Quando uma criança ou adolescente recorre a uma consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, possui já múltiplas micro-identidades que podem dizer respeito ao género, orientação sexual, religião, etnia, etc. Nessa consulta pode-lhe ser devolvido um novo diagnóstico, diagnóstico esse que será uma nova identidade, dada pelo outro, mas sobre o qual o adolescente terá de se debruçar e refletir no sentido de destrinçar o significado que este diagnóstico tem para o próprio. O'Connor et al., pretendendo descortinar a influência de um diagnóstico psiquiátrico no autoconceito e identidade pessoal de uma criança ou adolescente, perceberam que podem existir reações muito disparees na faixa etária suprarreferida. Um diagnóstico psiquiátrico tanto pode ameaçar e desvalorizar a autoestima do jovem, levando a alienação e estigmatização, como pode facilitar a autocompreensão, promovendo aceitação e identificação social (O'Connor et al. 2018).



Woodgate et al., numa revisão sistemática de evidência qualitativa, pretenderam descobrir os significados que adolescentes e jovens adultos atribuem à sua experiência com perturbações mentais. Uma das áreas em que encontraram dados relevantes foi o do sentido de self ou identidade pessoal. Os adolescentes e jovens adultos, verbalizaram sentimentos de menos valia sentindo-se diferentes do que era o seu self anterior. Alguns destes indivíduos internalizaram mensagens estigmatizantes sobre a doença mental, o que contribuía para os sentimentos de menos valia supracitados. Muitos jovens experienciaram desconforto e desafios nas relações com os pares. A recuperação destes jovens com perturbação mental envolveu o estabelecimento de uma nova identidade social ou um modelamento do seu autoconceito em vez de tentarem reganhar a sua antiga identidade pessoal (Woodgate et al. 2017). Guillon et al., tentando perceber a relação entre autoestima e perturbações psiquiátricas nos adolescentes, encontrou alguns dados com evidência de impacto interseccional. A autoestima seria mais baixa na população clínica com perturbação mental, mas é nas raparigas que se encontra menores níveis de autoconceito. Um tratamento bem sucedido também se associa a melhores níveis de autoestima na população clínica (Guillon, Crocq, e Bailey 2003).

Mary Romero, uma sociologista americana, usou uma metáfora interessante para explicar a interseccionalidade: a metáfora do cubo de Rubik. Este último possui seis faces sendo que cada face contém nove quadrados com cores diferentes. Se os quadrados menores coloridos representarem as diferentes identidades sociais dessa pessoa conseguimos perceber que cada pessoa terá uma combinação diferente de micro-identidades. Perceber isso de um ponto de vista individual e no que toca à prática clínica dos técnicos de saúde mental abre portas para, porventura, uma melhor relação terapêutica com os doentes pois permite um melhor conhecimento da interação das suas identidades e das repercussões que estas têm na sua saúde mental (Romero 2017). O trabalhar de uma identidade pessoal com maiores capacidades autorreflexivas na consulta resulta num sentido de self mais harmónico e menos dissonante. Assim, o paciente molda as suas micro-identidades sociais, à semelhança da mudança que acontece no cubo de Rubik, permitindo uma melhor integração dessas identidades na sua identidade pessoal.

## **CONCLUSÃO**

A interseccionalidade como teoria sociológica do final do século XX alastrou-se para outras áreas do saber, incluindo a área da saúde mental. Nesta área, a teoria interseccional encontra a sua maior aplicação na área académica e investigacional onde se estuda primariamente a unidade grupal, percebendo de que forma determinadas intersecções entre identidades sociais têm repercussões em outcomes como sintomatologia da área da saúde mental, acesso a cuidados de saúde, discriminação, etc. Por outro lado, a inclusão de populações mais diversas em estudos clínicos é reiterada no sentido de uma maior representação de pessoas, que apesar de poderem ter a mesma doença, têm outras características que as distinguem. São essas características que podem ter repercussões nos outcomes acima elencados. Por outro lado, e apesar da teoria interseccional lidar principalmente com a identidade social, a sua aplicação na prática clínica diária pode passar por fomentar a identidade pessoal. As crianças e adolescentes não são apenas a sua doença, mas um grande número de outros atributos que podem ajudar os profissionais de saúde mental a orientar o caso de maneira mais contextual e holística.

## BIBLIOGRAFIA

- Armstrong, Katrina, e David A. Asch. 2020. «Bridging Polarization in Medicine - From Biology to Social Causes». *The New England Journal of Medicine* 382(10):888–89. doi: 10.1056/NEJMp1913051.
- Azmitia, Margarita, e Virginia Thomas. 2015. «Intersectionality and the Development of Self and Identity». doi: 10.1002/9781118900772.etrds0193.
- Buffarini, Romina, Safa Abdalla, Ann M. Weber, Janaina Calu Costa, Ana Maria B. Menezes, Helen Gonçalves, Fernando Cesar Wehrmeister, Valerie Meausoone, Gary L. Darmstadt, e Cesar G. Victora. 2020. «The Intersectionality of Gender and Wealth in Adolescent Health and Behavioral Outcomes in Brazil: The 1993 Pelotas Birth Cohort». *Journal of Adolescent Health* 66(1, Supplement):S51–57. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.08.029.
- Cascio, M. A., J. A. Weiss, e E. Racine. 2021. «Making Autism Research Inclusive by Attending to Intersectionality: a Review of the Research Ethics Literature | SpringerLink». Obtido 16 de Fevereiro de 2022 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s40489-020-00204-z>).
- Cho, Sumi, Kimberlé Williams Crenshaw, e Leslie McCall. 2013. «Toward a Field of Intersectionality Studies: Theory, Applications, and Praxis». *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 38(4):785–810. doi: 10.1086/669608.
- Clarke, Simon. 2008. «Culture and Identity». Pp. 510–29 em *The SAGE Handbook of Cultural Analysis*. London: SAGE Publications Ltd.
- Ecklund, Kathryn. 2012. «Intersectionality of identity in children: A case study». *Professional Psychology: Research and Practice* 43(3):256–64. doi: 10.1037/a0028654.
- Ellis, B. Heidi, Helen Z. MacDonald, Julie Klunk-Gillis, Alisa Lincoln, Lee Strunin, e Howard J. Cabral. 2010. «Discrimination and Mental Health among Somali Refugee Adolescents: The Role of Acculturation and Gender». *The American Journal of Orthopsychiatry* 80(4):564–75. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01061.x.
- Fagrell Trygg, Nadja, Per E. Gustafsson, e Anna Månsdotter. 2019. «Languishing in the crossroad? A scoping review of intersectional inequalities in mental health». *International Journal for Equity in Health* 18(1):115. doi: 10.1186/s12939-019-1012-4.
- Guillon, M. S., Marc-Antoine Crocq, e P. E. Bailey. 2003. «The Relationship between Self-Esteem and Psychiatric Disorders in Adolescents». *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 18(2):59–62. doi: 10.1016/s0924-9338(03)00002-6.
- Heard, Emma, Lisa Fitzgerald, Britta Wigginton, e Allyson Mutch. 2020. «Applying Intersectionality Theory in Health Promotion Research and Practice». *Health Promotion International* 35(4):866–76. doi: 10.1093/heapro/daz080.
- Hitlin, Steven, e Glen H. Elder. 2007. «Time, Self, and the Curiously Abstract Concept of Agency». *Sociological Theory* 25(2):170–91.
- Jones, Susan R., e Elisa S. Abes. 2013. *Identity Development of College Students: Advancing Frameworks for Multiple Dimensions of Identity*. John Wiley & Sons.
- Kern, Matthias Robert, Elisa L. Duinhof, Sophie D. Walsh, Alina Cosma, Concepción Moreno-Maldonado, Michal Molcho, Candace Currie, e Gonneke W. J. M. Stevens. 2020. «Intersectionality and Adolescent Mental Well-Being: A Cross-Nationally Comparative Analysis of the Interplay Between Immigration Background, Socioeconomic Status and Gender». *The Journal of Adolescent Health*:

*Official Publication of the Society for Adolescent Medicine* 66(6S):S12–20. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.02.013.

Kieling, Christian, Helen Baker-Henningham, Myron Belfer, Gabriella Conti, Ilgi Ertem, Olayinka Omigbodun, Luis Augusto Rohde, Shoba Srinath, Nurper Ulkuer, e Atif Rahman. 2011. «Child and Adolescent Mental Health Worldwide: Evidence for Action». *The Lancet* 378(9801):1515–25. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1.

Mcbride, Dorothy, e Amy Mazur. 2008. «Women's movements, feminism and feminist movements». 219–43. doi: 10.1017/CBO9780511755910.010.

McCall, Leslie. 2005. «The Complexity of Intersectionality | Signs: Journal of Women in Culture and Society: Vol 30, No 3». Obtido 15 de Fevereiro de 2022 (<https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/426800>).

McPherson, Charmaine M., e Elizabeth A. McGibbon. 2010. «Addressing the Determinants of Child Mental Health: Intersectionality as a Guide to Primary Health Care Renewal». *Canadian Journal of Nursing Research Archive* 50–65.

Mennies, Rebekah J., Samantha L. Birk, Lesley A. Norris, e Thomas M. Olino. 2021. «The Main and Interactive Associations between Demographic Factors and Psychopathology and Treatment Utilization in Youth: A Test of Intersectionality in the ABCD Study». *Research on Child and Adolescent Psychopathology* 49(1):5–17. doi: 10.1007/s10802-020-00687-8.

Moffitt, Ursula, Linda P. Juang, e Moin Syed. 2020. «Intersectionality and Youth Identity Development Research in Europe». *Frontiers in Psychology* 11.

Morss, John R. 1995. *Growing Critical: Alternatives to Developmental Psychology*. London: Routledge.

O'Connor, Cliodhna, Irimi Kadianaki, Kristen Maunder, e Fiona McNicholas. 2018. «How Does Psychiatric Diagnosis Affect Young People's Self-Concept and Social Identity? A Systematic Review and Synthesis of the Qualitative Literature». *Social Science & Medicine (1982)* 212:94–119. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.07.011.

Patel, Vikram, Alan J. Flisher, Anula Nikapota, e Savita Malhotra. 2008. «Promoting Child and Adolescent Mental Health in Low and Middle Income Countries». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(3):313–34. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01824.x.

Patil, Pratima A., Michelle V. Porche, Nellie A. Shippen, Nina T. Dallenbach, e Lisa R. Fortuna. 2018. «Which Girls, Which Boys? The Intersectional Risk for Depression by Race and Ethnicity, and Gender in the U.S». *Clinical Psychology Review* 66:51–68. doi: 10.1016/j.cpr.2017.12.003.

Romero, Mary. 2017. *Introducing Intersectionality*. John Wiley & Sons.

Sawyer, Susan M., Rima A. Afifi, Linda H. Bearinger, Sarah-Jayne Blakemore, Bruce Dick, Alex C. Ezeh, e George C. Patton. 2012. «Adolescence: A Foundation for Future Health». *The Lancet* 379(9826):1630–40. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5.

Strauss, John, Pauline Bernard, e Annie Harper. 2019. «Towards a Biopsychosocial Psychiatry». *Psychiatry* 82(2):103–12. doi: 10.1080/00332747.2019.1579609.

Tarrant, MARK, ADRIAN C. North, MARK D. Edridge, LAURA E. Kirk, ELIZABETH A. Smith, e ROISIN E. Turner. 2001. «Social Identity in Adolescence». *Journal of Adolescence* 24(5):597–609. doi: 10.1006/jado.2000.0392.

Travis Jr., Raphael, e Tamara G. J. Leech. 2013. «Empowerment-Based Positive Youth Development: A New Understanding of Healthy Development for African American Youth - Travis - 2014 - Journal of

Research on Adolescence - Wiley Online Library». Obtido 16 de Fevereiro de 2022 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jora.12062>).

Wade, Derick T., e Peter W. Halligan. 2017. «The Biopsychosocial Model of Illness: A Model Whose Time Has Come». *Clinical Rehabilitation* 31(8):995–1004. doi: 10.1177/0269215517709890.

Watson, Cameron, e Dinesh Bhugra. 2020. «Transcultural Psychiatric Assessment». *Medicine* 48(11):701–3. doi: 10.1016/j.mpmed.2020.08.011.

Wijeyesinghe, CL, e SR Jones. 2014. «Intersectionality, identity, and systems of power and inequality». Pp. 9–19 em *Intersectionality and higher education: Theory, research, and praxis*.

Woodgate, Roberta L., Corey Sigurdson, Lisa Demczuk, Pauline Tennent, Bernadine Wallis, e Pamela Wener. 2017. «The Meanings Young People Assign to Living with Mental Illness and Their Experiences in Managing Their Health and Lives: A Systematic Review of Qualitative Evidence». *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 15(2):276–401. doi: 10.11124/JBISIRIR-2016003283.

## **ICCA2022-34454 - Integração da doença crónica na vida familiar: Estudo preliminar da versão portuguesa do instrumento Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire (FAM-ACIQ)**

Vera Teixeira<sup>1</sup>, Sara Lemos<sup>2,3,4,5</sup>, Luísa Andrade<sup>2,3</sup>, Lígia Lima<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Senhora da Oliveira Guimarães, EPE, Guimarães, Portugal.

<sup>2</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

<sup>3</sup> CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

<sup>4</sup> ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

<sup>5</sup> Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal.

Endereço de e-mail para correspondência: [vverateixeira@gmail.com](mailto:vverateixeira@gmail.com)

### **Resumo**

No sentido de otimizar os cuidados às famílias com crianças/adolescentes com doença crónica, são necessários instrumentos de medida que sejam capazes de avaliar o processo de integração da doença crónica na família. Neste artigo são descritos os processos de tradução e adaptação cultural do instrumento *Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire* (FAM-ACIQ) (Meiers, Eggenberger & Svavarsdottir, 2020) à população portuguesa, bem como o estudo das suas propriedades psicométricas. Para tal, o referido instrumento foi aplicado a 135 pais de crianças/adolescentes com o diagnóstico de doença e/ou perturbação crónica, seguidos na consulta externa e hospital de dia de três instituições hospitalares no norte do país. Os resultados da análise fatorial exploratória revelaram a existência de dois fatores, ambos com valores de consistência interna satisfatórios, Fator 1 ( $\alpha=.707$ ) e Fator 2 ( $\alpha=.869$ ).

A versão portuguesa do FAM-ACIQ é um instrumento válido e fiel na avaliação do processo de integração da doença crónica pediátrica nas famílias portuguesas.

Palavras-chave: doença crónica, integração, família, crianças/adolescentes, estudos psicométricos.

### **Abstract**

To optimize the care for families with children/adolescents with chronic illness, measures of how family processes the integration of chronic illnesses are needed. In this article are described the processes of translation and cultural adaptation of the *Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire* (FAM-ACIQ) (Meiers, Eggenberger & Svavarsdottir, 2020), to the Portuguese population, as the study of

their psychometric properties. For such, the referred instrument was applied to 135 parents of children/adolescents with a chronic illness or disorder diagnose, followed up in the pediatric outpatient clinic or day hospital of three hospital institutions, based in the north of the country. The results from the exploratory factor analysis revealed the existence of two factors, both with good internal reliability, Factor 1 ( $\alpha=.707$ ) and Factor 2 ( $\alpha$  de Cronbach=.869).

The Portuguese version of FAM-ACIQ is a valid and reliable instrument in the evaluation of the integration process of pediatric chronic illness in Portuguese families.

Keywords: chronic illness, integration, family, children/adolescent, psychometric studies.

## **INTRODUÇÃO**

O número crescente de diagnósticos de doença crónica em idade pediátrica nas últimas décadas representa um importante foco na prática dos cuidados de saúde (Van Cleave et al., 2010). As alterações exigidas pela doença na dinâmica familiar são significativas, conduzindo a um aumento do stresse e diminuição da qualidade de vida da família (Macedo et al., 2015; Taminskiene et al., 2019).

Dada a proximidade estabelecida com estas famílias nos diversos contextos de saúde-doença, os profissionais de saúde apresentam um papel preponderante na avaliação das suas necessidades (Shajani & Snell, 2019). É, como tal, importante que os mesmos sejam capazes de compreender o processo de integração da doença crónica pediátrica na família, tendo por objetivo o desenvolvimento de abordagens e estratégias promotoras da saúde na família (Meiers et al., 2020).

A escassez de instrumentos válidos e fiáveis disponíveis em Portugal, que sejam capazes de avaliar este domínio, fomentou o desenvolvimento deste estudo. A versão original da FAM-ACIQ é ainda recente e foi estudada em diferentes contextos socioculturais, clínicos e demográficos, pelo que se tornou pertinente a sua tradução e adaptação cultural ao contexto pediátrico em Portugal.

### **O processo de integração da doença crónica pediátrica na vida familiar**

No contexto da doença crónica pediátrica, a família, para além da criança/adolescente, apresenta, de igual forma, necessidades especiais que se encontram normalmente interligadas com a gestão do problema, a reorganização da estrutura, a dinâmica familiar e a procura de estratégias adaptativas para lidar com a situação (Salvador et al., 2015).

A doença crónica pediátrica tem várias implicações no sistema familiar (Moules et al., 2016a, 2016b; Russell et al., 2018), sendo reconhecida pelas famílias, como uma das experiências mais difíceis de gerir no seu quotidiano (Knafl et al., 2017). As famílias deparam-se com o desafio de integrar os cuidados específicos da criança/adolescente doente nas suas dinâmicas diárias, desencadeando respostas psicológicas e afetivas que têm um grande impacto no bem-estar e na qualidade de vida de todos os membros da família (Macedo et al., 2015; Taminskiene et al., 2019).

A adaptação parental à doença implica um processo longo e doloroso no qual a família deve ser capaz de gerir as necessidades relacionadas com a doença da criança/adolescente e as suas próprias necessidades, através dos recursos disponíveis (Khorsandi et al., 2020). Este processo contínuo e dinâmico apresenta fases de maior equilíbrio e aceitação, e outras de maior ansiedade e stress, que variam de acordo com as características individuais da pessoa, a situação em si e os requisitos da adaptação (Barros, 2003; Hildenbrand et al., 2015). Através do estudo dos processos familiares envolvidos na doença crónica, Eggenberger et al. (2011), alargam a perspetiva da adaptação referindo que o fenómeno central que descreve estes processos é representado pela reintegração contínua da família. Segundo as autoras, a reintegração da doença crónica, por parte da família, engloba a capacidade de adaptação a uma nova realidade e não a um estado prévio, de fazer escolhas e de tomar decisões que conduzem o sistema familiar e os seus elementos à aquisição de

capacidades de gestão da doença ao longo do tempo, evoluindo, simultaneamente, com uma nova identidade e valores.

O Modelo de Reintegração da Família no Contexto da Doença Crónica de Eggenberger e colaboradoras (2011) tem na sua representação a base conceptual do processo de integração da doença crónica na família (Fig. 1). De acordo com o modelo, a nova realidade imposta pela doença, direciona a família para novas formas de pensar, de agir e de se relacionar, num caminho pautado pela incerteza (Eggenberger et al., 2011). Quando a família começa a compreender o impacto da doença na vida presente e futura, a gestão da mesma é realizada através da adoção de estratégias no cuidado à criança/adolescente doente, garantindo a continuidade dos cuidados através de meios de proteção, monitorização e planeamento. Eventualmente, como resultados das estratégias adotadas, a família desenvolve um sentido de compromisso para com a doença, que envolve experiências ao nível da conexão entre os membros da família, da ponderação, da relação e a manifestação das dificuldades sentidas. A integração constitui, portanto, um processo contínuo e holístico que permite à família posicionar a doença crónica entre os aspetos “normais” da vida familiar (Eggenberger et al., 2011). No entanto, este processo exige uma constante reorganização dos membros da família, um fortalecimento das suas relações e laços e, eventualmente, uma mudança do sistema familiar, nomeadamente, nas rotinas diárias, nos rituais da família, nos papéis, nas responsabilidades, nas relações interpessoais e na personalidade da criança/adolescente e dos pais (Meiers et al., 2020).

**Figura 1 - Modelo de Reintegração da Família no Contexto da Doença Crónica**



Fonte: Eggenberger Et Al. (2011)

Os instrumentos de avaliação do processo de integração da doença crónica pediátrica na família apresentam uma crescente relevância na prática clínica, na medida em que permitem uma identificação objetiva das necessidades da família, potenciando a intervenção dos profissionais de saúde na prevenção dos problemas associados ao funcionamento familiar e promoção das

estratégias de coping (Shajani & Snell, 2019; Whright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2012). Embora existam atualmente instrumentos de medida que avaliam as necessidades e a qualidade de vida da família que vive com a doença crónica, o conhecimento relativo aos processos de integração e às percepções acerca da doença é limitada, pela falta de instrumentos orientados para a avaliação destas experiências (Ambrosio et al., 2021; Meiers et al., 2020).

Dado o aumento progressivo do número de doentes crónicos em idade pediátrica e a carência de medidas válidas e confiáveis que captem as experiências vividas pelas famílias, que se encontrem adaptadas e validadas para a língua e cultura portuguesa, tornou-se pertinente a adaptação de um instrumento, o Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire de Meiers, Eggenberger & Svavarsdottir (2020), que pudesse constituir uma ferramenta útil no planeamento de cuidados destas famílias.

### **O instrumento *Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire (FAM-ACIQ)* de Meiers, Eggenberger & Svavarsdottir (2020)**

O FAM-ACIQ (Meiers, Eggenberger & Svavarsdottir, 2020) é um questionário desenvolvido na Islândia a partir da escala original norte-americana Family Experience Scale: Chronic Illness de Meiers, Eggenberger, Krumwiede & Deppa (2020) e tendo por base conceptual o modelo anteriormente descrito. É constituído por nove itens avaliados numa escala do tipo Likert, cujas opções de resposta vão de um (“não”, “nada” ou “nenhum”) a cinco (“muito”), determinados a avaliar os diferentes processos relacionados com a integração da doença crónica na família, nomeadamente, a vulnerabilidade, a mudança, as estratégias no cuidado, a ponderação acerca da experiência da doença, as dificuldades vivenciadas, os laços familiares, a sobrecarga, o crescimento da família e as preocupações financeiras. Os autores sugerem a inversão de alguns dos itens pelo que os resultados devem ser interpretados considerando que valores inferiores representam uma maior integração da doença crónica pediátrica na família (Meiers et al., 2020).

As propriedades psicométricas do FAM-ACIQ foram avaliadas, concluindo-se a fidelidade e validade preliminares do instrumento. A validade foi avaliada através de uma análise fatorial exploratória com rotação varimax e normalização de Kaiser, revelando um modelo bidimensional que explica 63,8% da variância (Meiers et al., 2020).

A fidelidade foi avaliada através do coeficiente de alfa de Cronbach, com valores satisfatórios para ambas as subescalas do instrumento: integração negativa ( $\alpha=.798$ ) e integração positiva ( $\alpha=.847$ ). Um resultado sumativo dos itens da escala é desaconselhado pelos autores originais, dado o largo intervalo entre os valores das correlações item-total. No entanto, a criação de scores das subescalas associadas aos fatores identificados pode ser útil (Meiers et al., 2020).

A estabilidade da escala ao longo do tempo foi avaliada através da aplicação de um teste-reteste, com um intervalo de tempo de duas semanas, com valores de correlação satisfatórios, revelando uma excelente estabilidade do instrumento.

## **METODOLOGIA**

### **Participantes**

O FAM-ACIQ foi aplicado a uma amostra de 135 pais de crianças/adolescentes portadores de uma condição crónica, acompanhados na consulta externa de três instituições hospitalares da região Norte de Portugal (Tabela 1). A maioria dos participantes do estudo eram do sexo feminino (88.9%), mães

de crianças/adolescentes com doença crónica e/ou perturbação. No que se refere à idade, o intervalo de idades mais representativo (61.5%) situou-se entre os 41-50 anos. O nível de escolaridade da amostra encontra-se concentrado no ensino secundário (38.5%), na licenciatura (32.6%) e no ensino básico (20%). Uma grande percentagem dos pais (52.6%) trabalha ou estuda a tempo inteiro. Quanto ao estado civil, a maioria dos respondentes (83%) afirmou ser casado ou estar numa união de facto.

**Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pais**

Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	120	88.9
Masculino	15	11.1
<b>Grau de parentesco</b>		
Mãe	120	88.9
Pai	14	10.4
Outro	1	0.7
<b>Idade (anos)</b>		
18-30	8	5.9
31-40	39	28.9
41-50	83	61.5
51.6	5	3.7
<b>Nível de escolaridade</b>		
Ensino básico	27	20
Ensino secundário	52	38.5
Licenciatura	44	32.6
Outro	7	5.1
<b>Situação profissional</b>		
Trabalho a tempo parcial	10	7.4
Trabalho/estudo a tempo inteiro	71	52.6
Desempregado	19	14.1
<b>Estado civil</b>		
Casado/União de facto	112	83
Solteiro/Divorciado	19	14.1
Viúvo	3	2.2

Relativamente às crianças/adolescentes (Tabela 2), a maioria encontrava-se na faixa etária dos 11-18 anos (48.1%), seguindo-se as crianças dos 7-10 anos (22.1%), com igual número de crianças dos



sexos feminino e masculino (49.6%). Relativamente ao tipo doença crónica, a asma foi o diagnóstico mais frequente (31%), seguindo-se a diabetes mellitus (13.3%) e o distúrbio da atenção e hiperatividade (11.1%). A categoria apresentada como “outra” (19.3%) representa uma grande diversidade de diagnósticos menos comuns como por exemplo: alterações visuais, surdez, paralisia cerebral, fibrose quística, alterações do desenvolvimento, doenças metabólicas, entre outros.

Quando questionados acerca do número de internamentos hospitalares dos filhos por causa da doença crónica, cerca de metade dos pais (56.3%) referiram que os filhos já tiveram episódios de internamento, sendo que 17% tiveram um a dois internamentos no último ano.

**Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e clínica das crianças/adolescentes**

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	67	49.6
Masculino	67	49.6
<b>Idade (anos)</b>		
1-3	24	17.7
4-6	13	9.6
7-10	28	22.1
11-18	65	48.1
<b>Doença crónica</b>		
Diabetes	18	13.3
Neurológica	13	9.6
Gastrointestinal	12	8.9
Asma	42	31
Alergias	13	9.6
Cardiovascular	6	4.4
Genéticas/Congénitas	12	8.9
Renal	5	3.7
Outra	26	19.3
<b>Perturbação</b>		
Distúrbio da atenção e hiperatividade	15	11.1
Ansiedade	3	2.3
Depressão	6	4.4
Espectro autista	10	7.4
Distúrbio do comportamento alimentar	10	7.4
Perturbação afetiva	1	0.7

<b>Internamentos</b>		
Sim	76	56.3
Não	58	43

## **Tradução e Adaptação Cultural do Instrumento**

Após ter sido autorizada a adaptação do instrumento pelos autores, o questionário FAM-ACIQ foi traduzido para o português de Portugal por duas tradutoras independentes, com o domínio da língua inglesa. Posteriormente, procedeu-se à comparação das versões traduzidas com a colaboração de uma Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, também com o domínio da língua inglesa.

Concluído o processo de desenvolvimento da versão portuguesa, foi submetido a uma retradução para a língua original por uma tradutora independente e analisado em termos de equivalência conceptual e linguística por um grupo de peritos.

Terminado o processo de tradução do instrumento, foi realizado um pré-teste através do método de reflexão falada. O questionário foi administrado, sob a forma de entrevista, a seis cuidadores principais de crianças/adolescentes com doença crónica, o que permitiu aos respondentes comentar acerca da clareza do texto, a facilidade na descodificação das perguntas e escolha nas respostas. De acordo com os resultados do pré-teste, o instrumento considerou-se compreensível e adequado pelo que não foram realizadas alterações.

## **Considerações éticas**

Para a realização do estudo foram solicitadas autorizações nas três instituições hospitalares envolvidas, através de requerimentos formais dirigidos aos Presidentes dos Conselhos de Administração e às respetivas comissões de ética, atendendo às formalidades específicas de cada instituição. A realização da colheita de dados foi autorizada, pelas instituições hospitalares do Norte de Portugal, conforme pareceres N.º 52/21, N.º 38/21 e N.º 16/21.

Previamente à colheita de dados, foi pedido o consentimento informado a todos os participantes do estudo, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e a Lei da Proteção de Dados Pessoais (Decreto-Lei n.º 67/98 de 26 de outubro 1988).

## **Procedimentos**

Os participantes foram contactados presencialmente em contexto de consulta externa ou hospital de dia, solicitando a sua participação e consentimento. Foi solicitado aos pais um endereço de correio eletrónico, por onde foi enviado um link de acesso a uma plataforma online ao software Research Electronic Data Capture (REDCap) para preenchimento do questionário. Todas as questões relacionadas com a confidencialidade dos dados foram asseguradas.

## **Análise de dados**

Após a recolha de dados e dada a metodologia quantitativa do estudo, os dados foram tratados com recurso ao programa estatístico para as Ciências Sociais SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 28.0 para MacOS.

A caracterização das variáveis foi realizada através da estatística descritiva simples, a fim de obter as medidas de tendência central, média (M), e de dispersão, desvio padrão (DP). Para o estudo das

propriedades psicométricas da escala FAM-ACIQ, optou-se por reproduzir o método usado no estudo da escala original (Meiers et al., 2020), tendo-se estudado a sensibilidade dos itens através da distribuição dos resultados pelas várias opções de resposta de cada item, seguindo-se a análise da validade de constructo, a partir do estudo da estrutura fatorial e a análise da fidelidade com o cálculo da consistência interna com recurso ao coeficiente do alfa de Cronbach ( $\alpha$ ).

## RESULTADOS

### Estudo das Propriedades Psicométricas do FAM-ACIQ

Como recomendam as autoras da versão original da escala, previamente foi feita uma recodificação das respostas a alguns itens, invertendo-se os dados das seguintes dimensões: estratégias no cuidado (item 3), laços familiares (item 6) e crescimento (item 8). Por esta razão, na apresentação dos resultados, estes itens serão identificados "(I)" e, na interpretação dos resultados, valores inferiores correspondem a uma maior integração da doença crónica pediátrica na família.

O cálculo das frequências das respostas por cada opção de resposta nos diferentes itens (Tabela 3) permitiu concluir que as respostas se distribuíram por todas as alternativas de resposta, embora nem sempre de forma semelhante. Os itens com uma distribuição mais assimétrica e concentrada em torno da opção de resposta um foram os itens relativos às dimensões dificuldades e laços familiares.

**Tabela 3. Distribuição das frequências de respostas por cada opção de resposta dos itens**

Item	1	2	3	4	5
1.Vulnerabilidade	36	40	21	22	12
2.Mudança	28	44	21	23	16
3.Estratégias no cuidado (I)	24	30	20	40	16
4.Ponderação	10	37	23	32	29
5.Dificuldades	74	33	13	8	3
6.Laços familiares (I)	91	25	5	5	3
7.Sobrecarga	46	43	18	12	10
8.Crescimento (I)	34	45	22	20	8
9.Preocupações financeiras	58	34	17	12	8

Para o estudo da validade do constructo recorreu-se à análise fatorial exploratória, pela utilização do método de análise de componentes principais, conduzida através do método de rotação do tipo varimax, com normalização de Kaiser. Tal como o artigo original, a análise revelou uma estrutura bidimensional de dois fatores, com eigenvalue maior que 1, que explicam 62% da variância cumulativa dos dados (Fator 1: 46%, Fator 2: 16%) (Tabela 4).

O primeiro fator agrupa os itens relacionados com a subescala de integração negativa, nomeadamente, a vulnerabilidade, a mudança, as dificuldades, a sobrecarga e as preocupações financeiras. O segundo fator agrupa os itens relativos à subescala de integração positiva, nomeadamente, as estratégias no cuidado, a ponderação, os laços familiares e o crescimento.

Todos os fatores apresentam cargas fatoriais elevadas, à exceção do item 4 (ponderação) que numa avaliação inicial apresentou um valor negativo (-.725), refletindo um erro na codificação dos itens,

passando a solução pela recodificação do item no mesmo sentido dos restantes (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Depois de repetida a análise fatorial já com o item invertido, os resultados foram semelhantes, à exceção do item 4, que apresentou uma carga fatorial elevada, com um valor positivo (.725).

**Tabela 4. Análise Fatorial de Componentes Principais**

Item	Carga fatorial	
	Fator 1	Fator 2
1.Vulnerabilidade	.669	
2.Mudança	.710	
3.Estratégias no cuidado (I)		.620
4.Ponderação (I)		.725
5.Dificuldades	.842	
6.Laços familiares (I)		.746
7.Sobrecarga	.825	
8.Crescimento (I)		.688
9.Preocupações financeiras	.847	
Variância (Total 62.61%)	46.278%	16.333%
Valores próprios (Eigenvalues)	4.165	1.470

Realizou-se ainda o cálculo das correlações entre os diferentes itens e os scores dos dois fatores (Tabela 5), com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson (r), tendo-se verificado que todos itens pertencentes a cada fator, apresentam valores de correlação elevados com esse fator, mais do que com o outro a que não pertencem, reforçando a estrutura fatorial encontrada.

A associação entre os dois fatores resultou numa correlação negativa, moderada, com uma elevada significância estatística, revelando que apesar de os dois fatores medirem processos de integração porque se associam, também são de natureza distinta, e ambos relevantes para a avaliação da problemática proposta pela escala.

**Tabela 5. Correlação Fator-Item e Fator-Fator**

Item	Fator 1	Fator 2
1.Vulnerabilidade	<b>.777**</b>	-.239**
2.Mudança	<b>.827**</b>	-.327**
3.Estratégias no cuidado (I)	-.411**	<b>.586**</b>
4.Ponderação (I)	-.486**	<b>.821**</b>
5.Dificuldades	<b>.772**</b>	-.094
6.Laços familiares (I)	-.142	<b>.536**</b>
7.Sobrecarga	<b>.861**</b>	-.107

8.Crescimento (I)	-.315**	.722**
9.Preocupações financeiras	.823**	-.077
Fator 1	1	-.482**
Fator 2	-.482**	1

O estudo da fidelidade da escala FAM-ACIQ, atendendo aos resultados da análise fatorial, compreendeu a análise da consistência interna dos fatores separadamente, através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach (Tabela 6). O fator 1 apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha=.869$ ), atendendo à classificação dos valores de referência do Alfa de Cronbach (Pereira & Patrício, 2020), superior ao da escala original ( $\alpha=.798$ ). Quanto ao fator 2, este apresenta, de igual forma, uma consistência interna satisfatória ( $\alpha=.707$ ), após inversão do item 4 (ponderação), mesmo se apresentando com valores inferiores ao da escala original ( $\alpha=.847$ ).

**Tabela 6. Consistência Interna da Escala FAM-ACIQ**

Variável	Alfa de Cronbach
Fator 1	.869
Fator 2	.707

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que a versão portuguesa da FAM-ACIQ é uma medida válida e fiável na avaliação do processo de integração da doença crónica pediátrica pelos membros da família.

Os resultados relativos à distribuição das respostas pelas diferentes opções da escala de Likert, bem como a análise das medidas descritivas, permitem aferir o poder discriminativo dos itens da escala FAM-ACIQ, para a deteção de diferenças no processo de integração da doença crónica na família.

A versão portuguesa do instrumento reproduz a estrutura fatorial da versão original. A dimensão relativa à integração negativa da doença crónica na família, constituída pelos itens que saturam no fator 1 (vulnerabilidade, mudança, dificuldades, sobrecarga e preocupações financeiras) reflete as barreiras que a família possa encontrar no processo adaptativo à condição crónica da criança. Por outro lado, a dimensão relativa à integração positiva da doença crónica na família, definida pelos itens que saturam no fator 2 (estratégias no cuidado, ponderação, laços familiares e crescimento) relaciona-se com as forças utilizadas pela família para se ajustar à sua nova condição (Eggenberger et al, 2011; Meiers et al., 2020). Atendendo a uma possível interpretação da condição irreversível à expressão “fator negativo” e após uma análise conceptual, optou-se por renomear os fatores e designar o fator 1 como dimensão das barreiras e o fator 2 como dimensão das forças da família, no processo de integração da doença crónica pediátrica.

Uma questão que merece discussão diz respeito ao item 4, associado à dimensão das forças (ponderação), e que no processo de adaptação foi invertido. A possível justificação para a necessidade de o inverter parecem-nos relacionadas com a interpretação cultural dada ao conteúdo do item. O exercício de refletir a longo prazo acerca do significado da doença crónica, como sugere

este item, na cultura portuguesa, parece ter uma função facilitadora no processo de integração da doença crónica pela família, ao contrário do que acontece com a população do estudo original que deu origem à escala. A literatura hoje aponta a integração da doença crónica como um processo contínuo e multideterminado, sendo que a avaliação da doença em diferentes momentos funcionará como uma estratégia facilitadora da integração desta realidade no seio da família, ela própria também em constante mudança.

A estrutura fatorial deste estudo é reforçada pela associação entre os diferentes itens e os scores dos dois fatores, assim como pelo resultado da correlação entre os dois fatores que, sendo significativa, mas apenas moderada, reforça a importância individual de cada dimensão para a avaliação da problemática proposta pela escala. Tal como recomendam os seus autores originais, apenas foram considerados os resultados sumativos de cada subescala individualmente (Meiers et al., 2020).

Os resultados da análise da consistência interna da FAM-ACIQ foram analisados individualmente em cada subescala, apresentando valores satisfatórios, próximos ao da escala original. Destaca-se a consistência interna da subescala das barreiras da família no processo de integração da doença, por apresentar valores superiores aos de Meiers et al., (2020) ( $\alpha=.869$ ;  $\alpha=.798$ , respetivamente). Relativamente à fidelidade da subescala das forças da família, o valor do alfa de Cronbach foi inferior ao da escala original ( $\alpha=.707$ ;  $\alpha=.847$ , respetivamente), o que poderá estar relacionado com a recodificação do item 4 (ponderação). No entanto, os valores são mesmo assim satisfatórios, o que sugere que a FAM-ACIQ, na sua totalidade é um instrumento preciso.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo, sugerem que a versão portuguesa da FAM-ACIQ é um instrumento de medida válido e fiável para ser utilizado na população portuguesa de pais de crianças com doença crónica. Em Portugal, a maioria dos estudos relativos à adaptação da família à doença crónica são direcionados para populações mais envelhecidas, o que tem um fator relacional com as elevadas taxas de idosos com doenças crónicas, tornando o objetivo deste estudo vanguardista no desenvolvimento da investigação em torno da problemática da condição crónica em idade pediátrica. No sentido de validar as propriedades da escala em contexto pediátrico é, no entanto, necessária a recolha de uma amostra mais numerosa, o que poderá inclusive permitir avaliar o comportamento da escala em diferentes contextos de doença crónica, com níveis de gravidade e exigências diferentes, visto que a versão original da FAM-ACIQ foi testada numa população com características sociodemográficas e clínicas diferentes. Será ainda necessário fazer um estudo mais alargado da sua fidelidade, através do método teste-reteste, ou seja, com uma segunda administração do instrumento, na mesma amostra.

## AGRADECIMENTOS

Sara Lemos agradece à FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Portugal) a bolsa de doutoramento UI/BD/151515/2021

## REFERÊNCIAS

- Ambrosio, L., Navarta-Sánchez, M. V., Carvajal, A., & Garcia-Vivar, C. (2021). Living with Chronic Illness from the Family Perspective: An Integrative Review. *Clinical Nursing Research*, 30(5), 579–590. <https://doi.org/10.1177/1054773820947983>

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: uma perspectiva desenvolvimentista*. (Climepsi Editores (ed.); 2aed.).
- Eggenberger, S. K., Meiers, S. J., Krumwiede, N., Bliesmer, M., & Earle, P. (2011). Reintegration within families in the context of chronic illness: a family health promoting process. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(3), 283–292. <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2011.01101.x>
- Hildenbrand, A. K., Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Marsac, M. L. (2015). Coping and coping assistance among children with sickle cell disease and their parents. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 37(1), 25–34. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000000092>
- Knafl, K. A., Havill, N. L., Leeman, J., Fleming, L., Crandell, J. L., & Sandelowski, M. (2017). The Nature of Family Engagement in Interventions for Children With Chronic Conditions. In *Western Journal of Nursing Research* (Vol. 39, Issue 5). <https://doi.org/10.1177/0193945916664700>
- Khorsandi, F., Parizad, N., Feizi, A., & Hemmati MaslakPak, M. (2020). How do parents deal with their children’s chronic kidney disease? A qualitative study for identifying factors related to parent’s adaptation. *BMC Nephrology*, 21(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02170-4>
- Macedo, E., Silva, L., Paiva, M., & Ramos, M. (2015). Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: An integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 769–777. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0196.2613>
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90. <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/133>
- Meiers, S. J., Eggenberger, S. K., Krumwiede, N. K., & Deppa, B. (2020). Measuring Family Members’ Experiences of Integrating Chronic Illness Into Family Life: Preliminary Validity and Reliability of the Family Integration Experience Scale:Chronic Illness (FIES:CI). *Journal of Family Nursing*, 26(2), 111–125. <https://doi.org/10.1177/1074840720902129>
- Moules, N. J., Estefan, A., McCaffrey, G., Tapp, D. M., & Strother, D. (2016a). Differences and Trading: Examining the Effects of Childhood Cancer on the Parental Subsystem—Part 1. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 515–539. <https://doi.org/10.1177/1074840716668102>
- Moules, N. J., Estefan, A., McCaffrey, G., Tapp, D. M., & Strother, D. (2016b). Taking One for the Team: Examining the Effects of Childhood Cancer on the Parental Subsystem—Part 2. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 540–558. <https://doi.org/10.1177/1074840716675985>
- Pereira, A., & Patrício, T. (2020). *Guia Prático para de Utilização do SPSS – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (8ªed.)
- Russell, L. T., Beckmeyer, J. J., & Su-Russell, C. (2018). Family-Centered Care and Positive Developmental Outcomes for Youth With Special Health Care Needs: Variations Across Family Structures. *Journal of Family Nursing*, 24(1), 29–59. <https://doi.org/10.1177/1074840717745520>
- Salvador, M., Gomes, G., Oliveira, P., Gomes, V., Busanello, J., & Xavier, D. (2015). Strategies of Families in the Care of Children With Chronic Diseases. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 662–669. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000300014>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey’s Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (7ª ed.). F. A. Davis.
- Taminskiene, V., Alasevicius, T., Valiulis, A., Vaitkaitiene, E., Stukas, R., Hadjipanayis, A., Turner, S., & Valiulis, A. (2019). Quality of life of the family of children with asthma is not related to asthma severity. *European Journal of Pediatrics*, 178(3), 369–376. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3306-8>

- Van Cleave, J., Gortmaker, S. L., & Perrin, J. M. (2010). Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 303(7), 623–630. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.104>
- Whright, L., & Bell, J. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. 4th Floor Press.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família* (5a ed.). Roca.

## ICCA2022-36421 - Cultura e relação mãe-bebé

Márcia Rodrigues<sup>1</sup>, Graça Fernandes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Interna de Formação Específica em Psiquiatria Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto.*

<sup>2</sup>*Assistente Hospitalar de Psiquiatria Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto.*

*u13373@chporto.min-saude.pt*

### Resumo

O comportamento e expressão emocional do bebé/criança pequena é modulado por valores familiares culturais. No caso clínico que apresentamos, observamos uma criança de 14 meses do sexo masculino, com origem paterna indiana e materna portuguesa, referenciado para consulta de Pedopsiquiatria por depressão pós-parto materna e dificuldades interacionais, manifestadas por recusa do bebé em se alimentar e em dormir apenas com a mãe. Durante a primeira observação, foi realizada uma adaptação do procedimento laboratorial *Situação de Estranho*, que revelou um padrão de vinculação inseguro resistente. De acordo com a *DC: 0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, a criança cumpria critérios para uma Perturbação Específica da Relação. O processo psicoterapêutico foi baseado em sessões de Psicoterapia mãe-bebé, sendo que estas elucidaram as percepções da mãe relativamente à criança e evidenciaram as dificuldades maternas em compreender o seu papel de mãe/cuidadora no contexto da rigidificação cultural imposta pelo pai e respetiva hegemonia atribuída ao sexo masculino. O aspecto da dominância paterna na gestão familiar e triangulação relacional era evidente, sendo a criança exposta a várias práticas religioso-culturais indianas, algumas das quais a mãe assumia uma posição ambivalente. O processo psicoterapêutico permitiu reforçar as competências maternas e promover leituras sensíveis e contingentes desta em relação à criança. Após 4 meses de intervenção, a criança revelou um padrão de vinculação seguro. Com este caso clínico, as autoras pretendem refletir na importância da abordagem cultural nas especificações relacionais e respetiva formulação diagnóstica e psicoterapêutica.

Palavras-chave: cultura, relação mãe-bebé, vinculação.

### INTRODUÇÃO

Em saúde mental da Primeira Infância é essencial considerar o ambiente e o contexto em que o bebé/criança pequena se desenvolve, sendo que os contextos da criança envolvem não só contextos intrínsecos relacionados com a genética e neurobiologia mas também contextos externos que incluem os cuidadores, a família alargada e a cultura. A nível clínico, de particular interesse são os contextos que são mutáveis e que evoluem ao longo do tempo. Estes últimos são o foco de esforços clínicos de forma a reduzir processos disfuncionais e mobilizar forças protetoras, realçando as competências do bebé/criança pequena. O mais crucial e dependente das experiências destes contextos mutáveis é a relação primária de cuidados, habitualmente com a figura materna. Contudo, esta relação por si só é também afetada por todos os outros contextos. Considerando a sua



importância para o bebê/criança pequena, a relação ou relações de cuidados são o foco principal da avaliação e intervenção em saúde mental na Primeira Infância.(1)

O contexto da parentalidade constitui a base onde é realizado o desenvolvimento infantil, sendo que este é também fortemente influenciado e impactado por crenças culturais. De facto, cada cultura apresenta “raízes” de funcionamento acerca dos seus ideais aceites assim como os valores que guiam a forma como pensam, sentem e agem os indivíduos a ela submetidos. Complementarmente, o comportamento e expressão emocional dos bebês e crianças pequenas são moldados desde que nascem por valores e práticas culturais familiares que pesam como parâmetros do que é certo e errado na formação da criança. A cultura, por outro lado, desenvolve-se tipicamente em resposta a características ambientais em grande escala como os recursos físicos da região. Frequentemente, as diferenças entre os sistemas e crenças culturais podem ser entendidos nestes contextos macro dimensionais. Nas últimas décadas, contudo, os avanços na tecnologia permitiram um aproximar de valores culturais assim como uma maior coexistência e integração num mundo globalizado, sendo importante realçar que todos estes fatores tem também implicações no desenvolvimento e saúde mental infantil.(1,2) Considerando que a cultura inclui atitudes, valores, crenças e comportamentos que são passados de geração em geração, frequentemente sem explicação, enquanto mecanismos inconscientes, também a cultura justifica a forma como os profissionais de saúde formulam um problema e hipótese psicoterapêutica.(3,4) Particularmente, no trabalho com famílias cujo contexto sócio-cultural e experiências precoces diferem das do clínico, é importante ter uma sensibilidade acrescida na formulação diagnóstica e terapêutica. Por estas razões, é de significativa importância e criticamente essencial realizar esforços no sentido de disseminar informação culturalmente diversa no que respeita temas em saúde mental infantil, realçando o diálogo integrador que contemple os valores pessoais do cuidador, família alargada e criança. (1,5,6) A dimensão cultural ao envolver todos os aspetos da relação de cuidados tem um impacto direto na presença de um diagnóstico e requer a compreensão e apreciação do background cultural e familiar assim como das suas condições sócio-económicas, origem, nacionalidade, estatuto de imigração, identidade racial e étnica, orientação sexual e práticas religiosas e espirituais assim como outras fontes de diversidade..(7)

Associado inerentemente à cultura e contributivo para o desenvolvimento emocional precoce do bebê e sendo outro contexto mutável e sensível a todos os outros, importa realçar as trocas diádicas da relação mãe ou cuidador e bebê.(8) Usando uma abordagem cultural, é sabido que estas trocam diferem em diferentes regiões do mundo. Por exemplo, as díades ocidentais tendem a demonstrar vocalizações de afeto a partir das 4 semanas do bebê, pelo que estas estão relacionadas com a atenção ativa deste em relação à mãe no decorrer de sequências interativas e predizem a emergência do sorriso social em resposta assim como o desenvolvimento de um feedback positivo em termos de expressões emocionais. Já as díadas na África central, entre o 2º e 3º mês, são caracterizadas por elevada estimulação motora acompanhadas de vocalizações rítmicas. Por outro lado, na África ocidentais estas mostram uma combinação co-regulada de trocas de estímulos sensorio-motores e cara a cara. Considerando a Ásia, este comportamento diádico é ainda mais distinto e menos dependente de interações faciais, evidenciando-se que os bebês respondem mais a interações orientadas por objetos.(9,10) Apesar destas diferenças nos padrões de interação mãe-bebê, é importante considerarmos não apenas um funcionamento em díade mas também a triangulação relacional, conceito que realça a importância do envolvimento paterno e enfatiza o sistema familiar.(11) Particularmente, na presença de depressão pós-parto materno, a literatura

descreve um menor envolvimento paterno assim como mais problemas comportamentais na criança quando os pais assumem atitudes de segregação em termos de género.(12) Um problema essencial é que as mães deprimidas estão frequentemente absorvidas nas suas experiências internas sendo mais difícil focar a sua atenção, perceberem os sinais e interesses do bebé/criança pequena e, por conseguinte, responderem de uma forma apropriada e que suporta o estado emocional do mesmo. (13) De facto, ao invés de realizar uma adaptação intuitiva durante interações cara a cara com o bebé, as mães deprimidas tendem a apresentar um de dois tipos de dificuldades. Por um lado, podem desligar-se do bebé, tornar-se não responsivas e auto-absorvidas nos seus pensamentos; por outro lado, podem ser mais intrusivas, por vezes até hostis e realizarem leituras inadequadas relativamente aos sinais e comportamento do bebé. Ambos os tipos de interação causam sinais claros de stress no bebé, desregulação emocional e ruptura na interação, relacionando-se com uma menor sensibilidade materna no que respeita os sinais do bebé, acompanhando-se por redução de toque físico e sinais de afeto.(1,14,15) De igual forma, também o discurso de mãe deprimidas assim como o seu tom, entoação e prosódia estão modificados, sendo este mais lento, menos responsivo e sem a entoação modulada exageradamente que é normalmente observada em mãe sem psicopatologia.(16) Os bebés de mães deprimidas no período pós-parto evidenciam com maior frequência um padrão de vinculação insegura. Por contraste, o risco de uma vinculação insegura é reduzido quando, apesar de deprimida, a mãe permanece sensível ao bebé e ela própria tem uma vinculação segura. Contudo, as dificuldades na parentalidade assumem características bidirecionais: é igualmente importante considerar as características do bebé como, por exemplo, este apresentar com frequência um comportamento irritável ou choro inconsolável já que estas características refletem a natureza complexa e multifatorial a ser tida em conta em saúde mental infantil e no processo relacional precoce.(17,18,19) Considerando esta dimensão multidimensional, é razoável pensar na função do pai enquanto co-cuidador já que pode funcionar como um tampão do stress materno e da relação mãe-bebé. O contexto único de cada cuidador reflete-se em menor stress parental no global e associa-se a uma maior qualidade da relação com a criança.

Como plano de fundo da dinâmica familiar é essencial examinar o contexto de parentalidade e o comportamento do bebé/criança pequena numa visão cultural e contextual já que diferentes culturas, tal como acima referido, podem divergir na forma que adoptam de parentalidade o que se reflete no padrão de vinculação, comportamento interacional, importância em termos de género na dinâmica familiar e envolvimento do bebé/criança pequena na relação com os pais.(20) Curiosamente, um modelo familiar radicalmente distinto ocorre na Índia onde a função paterna se situa entre guiões culturais tradicionais e religiosos. Embora estes guiões permaneçam uma força na formação das relações familiares contemporâneas e da paternidade em toda a Índia, há indicações de que a natureza e a qualidade da responsabilidade paterna em relação aos filhos está a mudar em alguns segmentos da sociedade indiana. O crescimento económico e tecnológico recente, os desafios à velha masculinidade e ao patriarcado, o emprego materno e a exposição a representações de relacionamentos e estilos de vida mais igualitários nas sociedades industrializadas ocidentais afetaram o investimento dos homens indianos em bebés e crianças pequenas. No entanto, apesar da evolução mais recente da sociedade, ao examinar a dinâmica estrutural familiar em que ocorre a paternidade, sabe-se que as crenças religiosas e sociais sobre o envolvimento do homem indiano com os filhos e o envolvimento paterno durante os primeiros anos da infância ainda são marcadas por uma sociedade não igualitária. Por causa das variações étnicas e culturais na forma como as famílias

abordam a vida quotidiana nas diferentes regiões da Índia, países imigrantes e a falta de dados sistemáticos sobre pais indianos, é bastante difícil falar de "indianidade" e pais indianos de forma uniforme. Ainda assim, na Índia, a sociedade é vista mais como uma definição de grupo do que como um indivíduo e uma família nuclear. Além disso, a ideologia do patriarcado com o pai como líder da família, seguindo a descendência da linhagem paterna, é um dos maiores obstáculos para uma família igualitária em termos de papéis de gênero pelo que as preferências tradicionais de gênero, com a presença de uma mãe cujos atributos se concentram no cuidado domiciliar, ainda são comuns. (21,22)

Considerando os conceitos acima mencionados, o presente caso clínico pretende descrever a interação entre a cultura e a presença de sintomas depressivos maternos com repercussão no padrão de vinculação no bebê, evidenciando um exemplo de como as vulnerabilidades na criança e cuidador se inter relacionam e contribuem para o aparecimento de fragilidades na díade mãe-bebê.

## CASO CLÍNICO

V., uma criança de 14 meses foi encaminhada para uma consulta de Primeira Infância de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, pela psiquiatra da mãe, devido a sintomas depressivos maternos que surgiram no período pós-parto e que contribuíam para dificuldades na interação, com a criança a manifestar sintomas de recusa nos momentos de alimentação e sono apenas com a mãe. A mãe iniciou a entrevista a referir que o puerpério tinha sido "muito mau", com intensas "crises de ansiedade e tristeza" que se iniciaram logo após o nascimento do V. Descrevia também períodos de choro intenso, com dispneia e exacerbação sintomática sempre que estava sozinha com o bebê. Durante os primeiros 2 meses de vida de V., afirmava que se sentia incapaz de acalmá-lo e evitava estar com ele para não ficar tão ansiosa e triste. Afirmava que o V. gritava o dia todo e que não dormia durante período diurno ("gritava das 8h às 20h"), mas dormia bem à noite quando o pai chegava a casa. Por volta dos 5 meses de V., a mãe descreve um episódio em que "quase o atirou ao chão para calá-lo... basicamente queria matá-lo, foi um milagre" justificando-se pela exaustão e esgotamento sentido. A partir desse episódio, pediu ajuda à avó de V. que foi morar com a família para auxiliar a mãe nos cuidados com o bebê. A mãe iniciou tratamento antidepressivo e psicoterapia cognitivo-comportamental prescrita pela sua psiquiatra assistente. À data da primeira observação, mãe afirmava que ainda não estava completamente estabilizada, ressaltando que o comportamento do V. era muito diferente com o pai ("eles têm uma relação diferente, eles são um só... eu não sou assim... não tenho ciúmes, mas eles têm uma relação diferente... estou tranquila porque ele lhe dá a ele o que eu não posso dar"). Contava ainda que o menino se recusava a comer quando a mãe iniciava a refeição, comportamento que não acontecia quando o pai ou a avó o faziam. Da mesma forma, só o pai e a avó conseguiam acalmar o V. e este só adormecia se estivesse na sua cama com o pai.

V. era a primeira gravidez da mãe, sendo que esta a descreveu como não desejada ou planeada para aquele período, visto que se encontrava num período de instabilidade a nível profissional. Foi realizada assistência médica durante toda a gestação, sem alterações ou sinais de alarme perinatais e o V. teve parto eutócico de uma gestação de termo, com somatometria adequada. A mãe referia que apesar de nunca ter tido contato com crianças anteriormente e recear como seria a gravidez, o período de gestação tinha sido tranquilo e a "parte mais fácil". Além disso, quando o V. nasceu, nas suas próprias palavras, "amamentar foi um processo prazeroso...ajudou a ter contato com ele, foi a

forma que eu tive de nutri-lo". Relativamente aos antecedentes médicos do V. eram desconhecidas patologias orgânicas e a avaliação do desenvolvimento psicomotor até o momento não revelava comprometimento ou atraso.

A dinâmica familiar de V. apresentava algumas particularidades: a mãe era de origem portuguesa mas o seu pai era de origem indiana e trabalhava como marinheiro, o que implicava que passasse longos períodos fora de casa, ficando com a família cerca de 3 meses seguidos quando regressava. À data da primeira observação, este encontrava-se ausente e só regressaria em quatro meses. Além disso, o pai do V. seguia uma religião hindu e foi descrito pela mãe de V. como um homem muito rígido que cumpria muitas cerimónias e rituais de acordo com a religião.

Durante a primeira observação, de acordo com a idade de V., é protocolado avaliar a vinculação da criança usando o Strange Situation Procedure ou Situação de Estranho (SPP) , procedimento conhecido e validado para avaliação da vinculação mãe-criança. O SSP foi realizado em formato modificado, que inclui três minutos de interação com o cuidador, três minutos de separação com a entrada de um estranho e outro episódio de três minutos de reencontro com o cuidador. V. mostrou um padrão de vinculação inseguro resistente. De acordo com a Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-5), V. preencheu critérios, no eixo I, para uma Perturbação Específica da Relação da Primeira Infância.(19) O processo psicoterapêutico posterior consistiu em sessões de psicoterapia mãe-bebé. Elucidaram-se as percepções maternas em relação ao V., apresentando a mãe dificuldades em compreender a importância de seu papel como cuidadora diante da rigidez cultural imposta pela origem paterna e pela hegemonia atribuída ao sexo masculino. Durante as várias sessões mãe-bebé foi observado um padrão de dominação masculina na gestão familiar e triangulação relacional, com a criança a ser exposta a várias práticas religiosas hindus e culturais indianas, algumas das quais a mãe assumia uma posição ambivalente. Considerando as dificuldades intrínsecas da mãe, no contexto de sua depressão pós-parto, o processo psicoterapêutico inicial baseou-se no reforço das capacidades maternas e na promoção de leituras mais sensíveis e contingentes. Foram explorados os sentimentos de ambivalência materna em relação às cerimónias religiosas hindus e o valor atribuído ao sexo masculino na cultura indiana. Complementarmente, exploramos os sentimentos maternos em relação à ausência paterna. A par desta componente, compreendemos que a ausência paterna se refletia também na interação com o menino pelo que, um dos nossos principais objetivos baseou-se na compreensão de várias projeções ansiosas da mãe em relação ao V., sendo que estas estavam relacionadas com os seus próprios fantasmas do passado decorrentes de ter também ela tido um pai abandonado e nunca nenhum elemento do sexo masculino ter deixado um vínculo relacional seguro e positivo. À medida que a mãe do V. reconhecia as suas dificuldades iniciais, refletia sobre as mesmas e ponderava sobre como modulava pela negativa os comportamentos e emoções do V. foi possível criar uma maior abertura e uma relação terapêutica que permitiu a capacidade de mentalização materna. De fato, este espaço terapêutico de sessões com o bebé foi um espaço privilegiado de comunicação que evidenciou alguns dos padrões relacionais anteriores da mãe. O esbatimento progressivo da sintomatologia inicial por parte do V. foi acompanhado de uma maior percepção das habilidades maternas, da sua auto-reflexão e do respetivo tratamento antidepressivo da mãe que, por sua vez, favoreceram uma maior capacidade desta realizar leituras corretas e sensíveis da criança. A mãe temia que o V. sentisse a ausência do pai, mas foi surpreendida quando a criança começou a alimentar-se e a dormir com a mãe sem dificuldades. A mãe, no final do processo

psicoterapêutico, destacava que ela própria se sentia mais “sensível” e compreendia melhor o seu valor como mãe, bem como as diferenças culturais entre valores portugueses e indianos, com maior capacidade de discordar das normas paternas. Após quatro meses de intervenção, perfazendo um total de 7 sessões de psicoterapia mãe-bebé, o SPP foi realizado novamente e revelou uma vinculação segura, refletindo o fortalecimento da díade mãe-bebé e a base segura que foi construída durante o processo psicoterapêutico.

## DISCUSSÃO

Quando o clínico e a família possuem diferentes origens culturais, religiosas ou praticam valores socialmente distintos do país de origem, uma sensibilidade acrescida é necessária na consideração da formulação psicoterapêutica. O clínico deve identificar e diferenciar possíveis obstáculos na compreensão das preocupações parentais e integrar um modelo cultural que atenda às especificidades da família, englobando uma visão aberta e aceitadora das dúvidas e receios dos cuidadores. Assegurar que a comunicação terapeuta-cuidadores é recíproca é uma das principais considerações a formular, sendo recomendado que o próprio terapeuta reflita acerca de um possível funcionamento ansiogénico por parte dos pais que os impedem de expressar numa fase inicial as suas preocupações por receio da censura de uma cultura distinta.(23,24,25)

Os problemas de saúde mental nos cuidadores durante a infância associam-se inerentemente a um impacto do desenvolvimento emocional da criança, modulando trajetórias desenvolvimentais futuras. (13,26) Tendo em mente que uma relação mãe-bebé positiva é um fator de resiliência essencial no desenvolvimento harmonioso durante a infância, é compreensível que de um ponto de vista cultural qualquer norma distinta no seio familiar constitua um possível motivo de conflito e tenha impacto direto na criança e nas respetivas dificuldades relacionais mãe-bebé, à semelhança do caso clínico apresentado. De facto, o desenvolvimento depende crucialmente do ambiente social que, por sua vez, é modulado por práticas culturais.(1) A essência desta complexidade recai na redefinição de construção do self e no mundo relacional da criança com os que o rodeiam, particularmente na relação da mãe com a criança, sendo que a primeira se encontra num processo de transição contínuo para a maternidade.

Além de ser uma mulher, uma filha e uma esposa/companheira, a mãe assim que descobre a gestação inicia o processo de maternidade, repensando várias prioridades e vinculações prévias para dar lugar a uma nova. Este processo, invariavelmente, desperta a sua própria relação com os seus cuidadores. Idealmente, isto conduz a sentimentos de identificação com a sua mãe e cuidadores femininos de uma forma positiva e organizadora. Contudo, frequentemente, estas experiências podem ser dolorosas e profundamente disruptivas. Cada relação significativa irá mudar assim como quem é a mulher aos “olhos do mundo”, alterando a sua relação intrapsíquica consigo mesma e em termos relacionais com algum cuidador que não tenha sido contentor e desperte ambivalência.(1,27)

No caso apresentado, uma mãe ocidental teve um filho do sexo masculino, fruto da relação amorosa com um pai indiano, encontrando-se esta num dilema inconsciente: a aceitação de um bebé que estaria à partida “predestinado” a seguir as regras paternas culturais e religiosas. Adicionalmente, esta mãe tinha também sofrido um passado marcado por trauma, relacionado com o abandono do seu pai. Em diferentes contextos culturais, a vinculação materna é um processo primário de carácter essencial, sendo que as teorias contemporâneas enfatizam que também a vinculação pai-bebé capacita este último numa melhor qualidade relacional com a mãe.(28,29) Assim, tanto em relação

com a mãe como com o pai, as relações de vinculação servem como objetos fundadores do início precoce da regulação de afeto. As diferenças individuais na qualidade destas tem implicações para as capacidades emergentes do bebê em regular os seus estados emocionais, em perceber o seu sentido de auto-eficácia e em compreender o seu papel social fora do contexto parental.(30) Selma Fraiberg ensinou-nos que “in every nursery there are ghosts” e que, em algumas, o bebê é carregado de forças opressoras assim que entra no mundo dos pais por fantasmas que eles carregam do passado.(31) Assim, assume-se como crítico que os clínicos e terapeutas tenham conhecimento e curiosidade acerca destes fantasmas do passado parental na presença de sintomas relacionais, considerando simultaneamente o impacto da cultura no funcionamento do sistema familiar. Por outro lado, considerando outra dimensão presente no caso clínico descrito, a vinculação enfatiza a importância da sensibilidade parental no desenvolvimento de padrões relacionais.(32) Uma parentalidade competente e sensível é conducente ao desenvolvimento de relações de vinculação seguras, sendo que o oposto conduz a vinculações inseguras e desorganizadas, mais frequentemente associadas a psicopatologia no futuro para a criança. Mães responsivas fornecem cuidados físicos, comunicação emocional e afeto aos filhos de acordo com uma relação clara face aos seus sinais de necessidade. As respostas recíprocas ou contingentes da mãe (reforço dependendo do comportamento da criança) por contato visual, carinho, toque ou elogio reforçam as tentativas de comunicação da criança, como balbuciar ou rir. Igualmente, estas mães também dão à criança “espaço” enquanto esta brinca e explora o ambiente de forma independente. O aspecto crítico dos cuidados responsivos é que estas mães estão cientes das necessidades e desejos dos seus filhos e respondem face a essas informações. O cuidador deve ser ressonante com as mensagens da criança, mesmo que sejam de difícil compreensão.(33) De forma a ajudar os pais a criarem segurança física e emocional para a criança e reproduzirem estes padrões no seio da família, as sessões conjuntas entre o cuidador e o bebê/criança pequena no formato de psicoterapia mãe-bebê/criança, na qual o terapeuta usa comportamentos espontâneos, interações e brincadeiras livres como portas de entrada para traduzir o significado do comportamento da criança para o cuidador, facilitam a compreensão dos mesmos de acordo com a idade da criança.(34) A teoria da vinculação e mais tarde a teoria das relações de objeto enfatizam que a criança e os comportamentos de cuidado e proteção de um cuidador evoluíram desde o contexto da necessidade e de segurança contra predadores até à necessidade real de uma relação segura de afeto, enfatizando o papel das ameaças e stressores ambientais não amenizados pelo recurso a um cuidador indisponível como fator etiológico nos distúrbios da saúde mental das crianças.(35,36) Há também um crescente reconhecimento sobre como a cultura fornece a lente através da qual os indivíduos vêem o mundo e o contexto em que as crianças são criadas. Assim, o papel da cultura nos relatos do cuidador sobre o comportamento da criança não deve ser subestimado e merece atenção especial quando ainda não foi determinada uma relação causal e direta com os sintomas apresentados. No caso apresentado, o V. inicialmente apresentava uma vinculação insegura resistente, não conseguindo ser acalmado pela mãe mesmo quando procurava contacto físico, mantendo-se por sua vez angustiado apesar das tentativas da mãe de confortá-lo. Como demonstrado, o V. e a mãe beneficiaram com uma intervenção precoce, sendo evidente uma evolução clara: a vinculação, inicialmente classificada como insegura resistente, tornou-se segura: demonstrando angústia durante a separação da mãe e procurando conforto com esta, mas não com o estranho. Além disso, progressivamente, o V. deixou de preencher critérios para qualquer diagnóstico no eixo I de acordo com a DC 0-5. É interessante notar que no presente relato de caso a

depressão materna esteve também relacionada com representações auto-depreciativas por parte da mãe face à sua provável insegurança relacional prévia e atual, possivelmente mediada entre depressão e representações negativas que foram intensificadas pela rigidez cultural do pai. O ambiente empático e validador das dificuldades da mãe e também o seu próprio tratamento psiquiátrico foi um importante pilar no processo psicoterapêutico. A melhoria progressiva da disponibilidade da figura materna para brincar, explorar e partilhar emoções assim como a sua progressão na realização de leituras e de compreender as necessidades emocionais da criança foi essencial para promover respostas mais contingentes. A criação de um ambiente seguro para a mãe ajudou-a também a ser uma base mais segura para a criança.

## CONCLUSÃO

Os manuais de classificação diagnóstica contemplam e enfatizam uma abordagem cultural no diagnóstico e contextualização nosológica. O conceito de competência cultural e dimensão inter e trans cultural significa a um nível clínico um realce empático e aberto, sendo que no caso descrito passou pela construção de uma relação mãe-bebé que validou não só as dificuldades maternas mas também a sua interrogação e reforço narcísico quanto ao seu valor de mãe de um filho do sexo masculino que seguiria o seu pai num contexto cultural rígido. Vários problemas relacionais envolvem distorções e incompreensões de significados de comportamento e emoções. A necessidade de um foco multicultural radica em todos os aspetos médicos, psicossociais e psicológicos, sendo marcante na modulação de valores e interações. A consideração, aceitação e validação da dimensão interseccional do contexto cultural é um fator fulcral na abordagem clínica e terapêutica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Zeanah, C., Bakermans-Kranenburg, M., Barton, M., Berens, A., & Bernard, K. (2019). *Handbook of Infant Mental Health*. 4th Edition. The Guilford Press
2. St John, MS. (2019). Reconceiving the field: Infant mental health, intersectionality, and reproductive justice. *Infant Ment Health J*. 40(5): 608–623. doi: 10.1002/imhj.21808
3. Matsumoto, D. (2007). Culture, context and behavior. *Journal of Personality*, 75:6. doi:10.1111/j.1467-6494.2007.00476.x
4. Humphreys, K., Zeanah, C. H., & Scheeringa, M. (2016). Infant development: The first three years of life. In A. Tasman, J. Kay, & J. Lieberman (Eds.), *Psychiatry* (4th ed., pp. 134–158). Philadelphia: Saunders.
5. Ghosh, I., Rosa, N., & Kandace, T. (2012). From Tenet to Practice: Putting Diversity-Informed Services into Action. *Zero to Three*, v33 n2 p23-28
6. Satcher, D. (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity—a supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
7. ZERO TO THREE (2016). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0–5)*. Washington, DC: Author.
8. Kinsey, C.B., & Hupcey, J.E. (2013). State of the science of maternal–infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29, 1314–1320.

9. Lavelli, M., Carra, C., Rossi, G., & Keller, H. (2019). Culture-specific development of early mother–infant emotional co-regulation: Italian, Cameroonian, and West African immigrant dyads. *Developmental Psychology*, 55(9), 1850–1867. doi: 10.1037/dev0000696
10. Bornstein, M.H., Cote, L.R., Haynes, O.M., Suwalsky, J.D., & Bakeman, R. Modalities of infant–mother interaction in Japanese, Japanese American immigrant, and European American dyads. *Child Dev.* 83(6):2073-88. doi:10.1111/j.1467-8624.2012.01822.x.
11. Durtschi, J., Soloski, K., & Kimmes, J. (2017). The Dyadic Effects of Supportive Coparenting and Parental Stress on Relationship Quality Across the Transition to Parenthood. *J Marital Fam Ther.* doi:10.1111/jmft.12194
12. Roubinov, D., Somers, J., & Luecken, L. (2021). Maternal Depressive Symptoms, Paternal Engagement, and Toddler Behavior Problems in Low-income Mexican-origin Families. *J Clin Child Adolesc Psychol.* doi:10.1080/15374416.2020.1852941.
13. Aktar, E., Qu, J., Lawrence, P.J., Tollenaar, M.S., Elzinga, B.M., & Bögels, S.M. (2019). Fetal and Infant Outcomes in the Offspring of Parents With Perinatal Mental Disorders: Earliest Influences. *Frontiers in Psychiatry.* doi:10.3389/fpsy.2019.00391
14. Groh, A.M., Fearon, R.P., van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Roisman, G.I. (2017). Attachment in the early life course: meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Dev Perspect* 11(1):70– 6. doi: 10.1111/cdep.12213
15. Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458–490. doi:10.1037/0033-295X.106.3.458
16. Lam-Cassettari, C., & Kohlhoff, J. (2020). Effect of maternal depression on infant-directed speech to prelinguistic infants: Implications for language development. *PLoS One.* 15(7): e0236787. doi:10.1371/journal.pone.0236787
17. Stein, A., Pearson, R.M., Goodman, S.H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., et al. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet.* 384(9956):1800–1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0.
18. Toth, S.L., Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Sturge-Apple, M. (2009). Maternal Depression, Children’s Attachment Security, and Representational Development: An Organizational Perspective. *Child Dev.* 80(1): 192–208. doi:10.1111/j.1467-8624.2008.01254.x.
19. Campbell, S.B., Brownell, C.A., Hungerford, A., Speiker, S.J., Mohan, R., & Blessing, J.S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16, 231–252. doi:10.1017/s0954579404044499.
20. Kitayama, S., Marcus, H., & Matsumoto, H. (1995). Culture, self, and emotion: A cultural perspective on “self-conscious” emotions. New York: Guilford Press.
21. Roopnarine, J. L., & Göll-Güven, M. (2015). Indian Fathers: Traditional with Changes on the Horizon. In J. L. Roopnarine (Ed.), *Fathers across cultures: The importance, roles, and diverse practices of dads* (pp. 251–272). Praeger/ABC-CLIO.
22. Matsumoto, D. (1997). *Culture and modern life*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
23. Abraído-Lanza, A.F., Armbrister, A.N., Flórez, K.R., & Aguirre, A.N. (2006). Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *Am J Public Health.* 96(8):1342-6. doi:10.2105/AJPH.2005.064980.



24. Cheah, C.S., & Chirkov, V. (2008) Parents' personal and cultural beliefs regarding young children: A cross-cultural study of aboriginal and Euro-Canadian mothers. *Journal of Cross-Cultural Psychology*.39(4):402–423.
25. Ladha, T., Zubairi, M., Hunter, A., Audcent, T., & Johnstone J. (2018). Cross-cultural communication: Tools for working with families and children. *Paediatr Child Health.*; 23(1): 66–69. doi:10.1093/pch/pxx126
26. Fuchs, A., Möhler, E., Reck, C., Resch, F., & Kaess, M. (2016). The Early Mother-to-Child Bond and Its Unique Prospective Contribution to Child Behavior Evaluated by Mothers and Teachers. *Psychopathology*, 49, 211–216. doi:10.1159/000445439
27. McMahon, C.A., Barnett, B., Kowalenko, N.M., & Tennant, C.C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 660–669. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01547.x.
28. Hofferth, S.L., Stueve, J.L., Pleck, J., Bianchi, S., & Sayer, L. (2002). The Demography of What Fathers Do. *Handbook of Father Involvement*. Routledge
29. Vondra, J.I., Shaw, D.S., & Kevenides, M.C. (1995). Predicting infant attachment classification from multiple, contemporaneous measures of maternal care. *Infant Behavior & Development*, 18(4), 415–425. doi:10.1016/0163-6383(95)90031-4
30. Volling, B.L., Mcelwain, N.L., Notaro, P.C., & Herrera, C. (2002). Parents' Emotional Availability and Infant Emotional Competence: Predictors of Parent-Infant Attachment and Emerging Self-Regulation. *Journal of Family Psychology* 16(4):447-65. Project: Parenting and Sibling Relationships in Early Childhood. doi: 10.1037/0893-3200.16.4.447
31. Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. Vol 14, Issue 3, 387-421. doi: 10.1016/S0002-7138(09)61442-4
32. Bowlby J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
33. Teti, D.M., Nakagawa, M., Das, R., & Wirth, O. (1991). Security of attachment between preschoolers and their mothers: Relations among social interaction, parenting stress, and mother's sorts of the Attachment Q-Set. *Developmental Psychology*, 27(3), 440–447. doi:10.1037/0012-1649.27.3.440
34. Luby, J.L., Barch, D.M., Whalen, D., Tillman, R., & Freedland, K.E. (2018). A Randomized Controlled Trial of Parent-Child Psychotherapy Targeting Emotion Development for Early Childhood Depression. *Am J Psychiatry*; 175(11):1102-1110. doi:10.1176/appi.ajp.2018.18030321.
35. Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F., & Fiori-Cowley, A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother–infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 109–119. doi: 10.1111/j.1469-8749.1996.tb12082.x
36. Groh, A.M., Roisman, G.I., van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Fearon, R.P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Dev* 83(2):591–610. doi:10.1111/j.1467-8624.2011.01711.x

# ICCA2022-38039 - Estudo preliminar das propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire (ICE-FIBQ)

Cristina Isabel Freitas<sup>1</sup>, Sara Lemos<sup>2,3,4</sup>, Luísa Andrade<sup>2,5</sup>, Lígia Lima<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Braga, Braga, Portugal.

<sup>2</sup> CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

<sup>3</sup> ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

<sup>4</sup> Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal.

<sup>5</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

c.isabelfreitas@gmail.com

## Resumo:

As crenças acerca da doença podem afetar a forma como a família vivencia a experiência de doença. Não existindo instrumentos adaptados e validados para a população portuguesa que permitam avaliar as crenças da família acerca da doença, o presente artigo surge com o objetivo de traduzir para o português de Portugal, adaptar culturalmente e estudar as propriedades psicométricas do instrumento Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire (ICE-FIBQ) (Gísladóttir & Svavarsdóttir, 2016). O ICE-FIBQ permite avaliar as crenças da família acerca da doença. O instrumento foi aplicado a 135 pais de crianças ou adolescentes portadores de uma doença crónica e ou perturbação. A análise fatorial exploratória revelou a existência de dois fatores com consistência interna satisfatória, Fator 1 ( $\alpha$  de Cronbach = 0.69) e Fator 2 ( $\alpha$  de Cronbach = 0.67). A versão portuguesa do instrumento ICE-FIBQ é um instrumento válido e fiel para avaliar as crenças das famílias portuguesas acerca da doença, porém, existe a necessidade de se proceder ao estudo da validação através de uma amostra de maiores dimensões que permita a análise fatorial confirmatória e o teste-reteste.

Palavras-chave: Doença crónica, crianças e adolescentes, crenças acerca da doença, desenvolvimento de um instrumento, teste psicométrico.

## Abstract:

Illness beliefs can affect the way families deal with illness. As there are no instruments adapted and validated for the Portuguese population to measure the family's beliefs about illness, this article aims to translate into Portuguese from Portugal, culturally adapt and study the psychometric properties of the *Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire* (ICE-FIBQ) (Gísladóttir & Svavarsdóttir, 2016). THE ICE-FIBQ is a reliable and valid measure of family's beliefs about illness. The instrument was tested on 135 parents of children or adolescents with a chronic disease or disorder. Exploratory factor analysis revealed the existence of two factors with satisfactory internal consistency, Factor 1 (Cronbach's  $\alpha$  = 0.69) and Factor 2 (Cronbach's  $\alpha$  = 0.67). The Portuguese version of the ICE-FIBQ instrument is a valid and reliable instrument to measure the beliefs of Portuguese families about illness, however, there is a need to carry out a validation study through a larger sample that allows for confirmatory factor analysis, and test-retest.

Keywords: Pediatric chronic illness, illness beliefs, instrument development, psychometric testing.

## INTRODUÇÃO

A prevalência da doença crónica em idade pediátrica tem aumentado, em parte fruto da evolução dos cuidados de saúde, que atualmente permitem a sobrevivência de crianças com patologias que outrora seriam fatais (Compas, Jaser, Dunn & Rodriguez, 2012). O diagnóstico de doença crónica na criança ou adolescente apresenta implicações significativas na vida familiar, sendo percebido, pela família, como uma das experiências mais difíceis que estes têm de enfrentar (Macedo, Silva, Paiva & Ramos, 2015). Independentemente do diagnóstico, as famílias de crianças e adolescentes com condições

crónicas de saúde enfrentam alterações no seu funcionamento, de forma a dar resposta à necessidade de cuidados especiais exigidos (Hockenberry & Wilson, 2014; Macedo et al., 2015).

A adaptação às condições crónicas de saúde é determinada, entre outros fatores, pelas crenças das crianças ou adolescentes e da sua família sobre o diagnóstico, prognóstico e sobre o seu papel na gestão da doença (Alfaro-Díaz et al., 2020; Pereira, Goes & Barros, 2015). Pelo que, os estudos das crenças sobre a doença podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções destinadas a melhorar a adaptação da criança ou adolescente e sua família à doença crónica.

O *Illness Beliefs Model* (IBM), desenvolvido por Wright e Bell (2009), define crenças como “as lentes através das quais o mundo é visto e que orientam as escolhas de vida, comportamentos e respostas emocionais”. As crenças referem-se aos princípios, valores e pressupostos adotados pelo indivíduo e família, através dos quais regem a sua vida e se relacionam com os outros (Wright & Leahey, 2013).

Segundo o IBM as crenças da família acerca da doença são importantes na medida em que podem facilitar ou restringir a forma como esta é capaz de lidar com a experiência da doença. As crenças facilitadoras permitem aos membros da família encontrar novas respostas, o que possibilita diminuir o sofrimento, enquanto as crenças restritivas limitam a capacidade da família em encontrar soluções, aumentando, assim, o nível de sofrimento causado pela doença (Wright & Bell, 2009).

As crenças que os membros da família apresentam sobre a doença podem influenciar a perceção da gravidade dos sintomas, a adesão ao tratamento e a satisfação com os resultados do mesmo (Heyduck-Weides, Bengel, Farin & Glattacker, 2019; Rivera, Corte, DeVon, Collins & Steffen, 2020). Desta forma, as crenças mais relevantes a serem trabalhadas são as crenças sobre a etiologia, diagnóstico, prognóstico, tratamento, bem como, sobre a própria criança/adolescente, o papel da família e dos profissionais de saúde (Pereira et al., 2015; Wright e Bell, 2009).

A título de exemplo, relativamente às causas da doença, os membros da família podem acreditar que possuem algum tipo de responsabilidade a nível da etiologia da doença ou atribuir a responsabilidade a outras pessoas ou a fatores externos. As crenças sobre a etiologia da doença vão influenciar a adesão ao regime de tratamento (Wright & Bell, 2009) e quando as famílias acreditam que a causa da doença crónica reside em algo que está fora do seu controlo, esta crença pode funcionar como restritiva e constituir um obstáculo à melhoria do estado de saúde (Järemo & Arman, 2011).

No que diz respeito às crenças sobre o prognóstico da doença crónica permitem conhecer a perceção que a família apresenta sobre o futuro da criança ou adolescente com doença crónica. Uma crença facilitadora é a de que a criança ou adolescente irá adaptar-se à doença crónica, existindo a convicção de que esta pode facilitar o processo de gestão da doença, potenciando os mecanismos de resolução (Wright & Bell, 2009).

As crenças que a família apresenta sobre o tratamento da doença crónica são também determinantes da adaptação, visto que a crença de que não existe possibilidade de remissão ou controlo da sintomatologia, frequentemente traz dificuldades a nível da adesão à terapêutica, funcionando como uma crença restritiva (Järemo & Arman, 2011). Por outro lado, as famílias que acreditam na eficácia do tratamento instituído à partida vão mostrar-se mais recetivos à continuidade do tratamento, operando esta convicção como uma crença facilitadora (Szentes, Kökönyei, Békési, Bokrétás & Török, 2017).

As crenças que a família apresenta sobre a criança e sobre si própria vão articular-se e influenciar-se mutuamente, sendo estas fundamentais para a identidade familiar e para o desenvolvimento de estratégias de *coping* (Pereira et al., 2015; Wright & Bell, 2009). Neste sentido, a forma como as

famílias vivenciam a doença e o papel que as suas crenças têm, vão ser decisivas no processo de adaptação à doença crónica (Pereira et al., 2015).

Após um processo de revisão dos instrumentos de avaliação disponíveis no nosso país, não foi identificada nenhuma escala que permita avaliar as crenças da família acerca da doença. Posto isto, reconhecendo o impacto que as crenças da família apresentam na forma como a criança ou adolescente e família vivenciam a doença crónica, consideramos pertinente disponibilizar um instrumento adaptado para a população portuguesa que permita avaliar as crenças da família acerca da doença. Assim, propusemo-nos a traduzir e adaptar culturalmente a escala *Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire* (ICE-FIBQ) e estudar as suas propriedades psicométricas.

## OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente estudo tem como objetivos traduzir para o português de Portugal e adaptar culturalmente o instrumento *Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire* e estudar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento ICE-FIBQ numa amostra de pais portugueses.

## METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo do tipo metodológico que decorreu em duas fases distintas. Na primeira fase foi realizada a tradução e adaptação cultural para o contexto português da escala ICE-FIBQ e na segunda fase foi realizado o estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. A recolha de dados decorreu no período compreendido entre 28 de maio e 2 de julho de 2021.

### Participantes

O instrumento ICE-FIBQ foi aplicado a uma amostra de 135 pais de crianças ou adolescentes portadores de uma condição crónica, acompanhados na consulta externa de três instituições hospitalares da Região Norte do país. Foi assim critério de inclusão a criança ou adolescente ter um diagnóstico de doenças crónica, perturbação psiquiátrica ou do desenvolvimento, considerando que todas estas situações acarretam implicações na condição de vida e funcionalidade da criança ou adolescente comparativamente à criança saudável, originando a necessidade de adaptação do seio familiar (Salvador, 2019). Os pais que participaram no estudo (Tabela 1) eram maioritariamente do sexo feminino (88.9%). Quanto à idade, a maioria dos inquiridos (61.5%) tinham entre 41 e 50 anos de idade, relativamente ao nível de escolaridade o ensino secundário (38.5%) e a licenciatura (32.6%) foram os níveis de escolaridade com frequência mais elevada. No que concerne ao estado civil, a grande maioria dos pais estava casado ou em união de facto (82.9%). Mais de metade dos participantes trabalhava a tempo inteiro (59.3%).

**Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Pais**

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	15	11.1
Feminino	120	88.9
<b>Idade</b>		
18 a 30 anos	8	5.9

31 a 40 anos	39	28.9
41 a 50 anos	83	61.5
51 a 60 anos	5	3.7
61 ou mais anos	0	0
<b>Escolaridade</b>		
Ensino básico	27	20
Ensino secundário	52	38.5
Curso profissional (CET)	5	3.7
Licenciatura	44	32.6
Outra	6	4.4
<b>Estado civil</b>		
Casado/união de facto	112	82.9
Solteiro/divorciado	19	14.1
Viúvo	3	2.2
<b>Situação profissional</b>		
Trabalho a tempo inteiro	80	59.3
Part time	10	7.4
Desempregado	19	14.1
Outro	26	19.2

A idade das crianças ou adolescentes distribuiu-se entre um valor mínimo de um ano e um máximo de 18 anos, sendo a média de idades da amostra de 9,8 anos (DP=5,1 anos), existia igual número de crianças ou adolescentes do sexo masculino e feminino. Quanto ao diagnóstico de doença crónica a asma (31%) foi a doença crónica mais reportada, seguida da diabetes mellitus (13.3%). Relativamente ao diagnóstico de perturbação, o diagnóstico de distúrbio de atenção e hiperatividade (11.1%) foi o mais reportado, seguido dos distúrbios do comportamento alimentar (7.4%) e espectro autista (7.4%). Relativamente ao diagnóstico de doenças crónica ou perturbação é importante salientar que algumas crianças ou adolescentes apresentavam duas ou mais condições crónicas uma vez que as categorias não eram mutuamente exclusivas. No que concerne ao tempo de diagnóstico este apresentou como valor mínimo seis meses, sendo que a grande maioria dos diagnósticos foi realizado há mais de seis meses e há menos de 3 anos (43.7%).

Relativamente à necessidade de hospitalização, a maioria dos participantes (56.3%) referiu que a doença crónica/perturbação obrigou ao internamento do filho, no entanto, de salientar que aproximadamente um terço das crianças ou adolescentes (29.6%) não teve qualquer internamento no último ano, ao passo que, um pouco menos de um quinto (17%) teve um a dois episódios de internamentos (Tabela 2).

**Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Crianças/Adolescentes**

Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	67	49.6
Feminino	67	49.6

<b>Doença crónica</b>		
Diabetes	18	13.3
Renal	5	3.7
Neurológico	13	9.6
Asma	42	31
Alergia	13	9.6
Gastrointestinal	12	8.9
Cardiovascular	6	4.4
Genética/congénita	12	8.9
Outro	26	19.3
<b>Perturbação</b>		
Distúrbio de atenção ou hiperatividade	15	11.1
Ansiedade	3	2.3
Depressão	6	4.4
Espectro autista	10	7.4
Distúrbio do comportamento alimentar	10	7.4
Perturbação afetiva	1	0.7
<b>Tempo decorrido desde o diagnóstico</b>		
6 meses a 3 anos	59	43.7
4 a 6 anos	25	18.5
7 a 9 anos	13	9.6
10 a 12 anos	9	6.7
13 a 15 anos	12	8.9
Mais de 16 anos	4	3
<b>Ocorrência de hospitalizações</b>		
Sim	76	56.3
Não	58	43
<b>Internamentos no ano corrente</b>		
Nunca	40	29.6
Uma a duas vezes	23	17
Três a quatro vezes	8	5.9
Cinco ou mais vezes	4	3

## Instrumento

A Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire (ICE-FIBQ) foi elaborada em 2016 por Gisladottir e Svavarsdottir e é constituído por sete itens que avaliam as crenças sobre a doença no que concerne à causa da doença, ou seja, a etiologia (Q1); controlo da doença na família e controlo da família na doença (Q2; Q3); efeito da doença no indivíduo e na família (Q4); sofrimento causado pela doença (Q5); e apoio recebido pelos profissionais de saúde durante a doença (Q6; Q7).

As respostas são apresentadas numa escala do tipo Likert com cinco opções de resposta que variam entre um (nunca), dois (raramente), três (às vezes), quatro (frequentemente) e cinco (sempre). A

pontuação total é calculada pela soma das pontuações de cada item e varia de 7 a 35 pontos, sendo que uma pontuação mais alta no questionário sugere que o elemento da família está confiante acerca da veracidade da sua crença sobre a doença.

### **Tradução e Adaptação Cultural do Instrumento**

A tradução inicial do instrumento foi realizada por duas tradutoras independentes com domínio da língua inglesa. A conciliação das duas versões foi discutida por um grupo de peritos, aliando assim o conhecimento sobre a enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Posteriormente procedeu-se à retradução da escala por uma terceira tradutora independente com domínio da língua inglesa. Ao longo deste processo foram comparadas as versões do instrumento, sendo que os itens considerados menos adequados em termos de conteúdo ou significado foram reformulados, tendo sido elaborada, desta forma, a primeira versão da escala.

Após a formulação da primeira versão da escala foi realizado um pré-teste através do método de reflexão falada com uma amostra de seis pais que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos para o estudo. O pré-teste não originou a necessidade de reformulação dos conteúdos da escala, uma vez que, a maior parte dos pais referiram que os itens eram claros, tratando-se de um instrumento de simples leitura.

### **Considerações Éticas**

No cumprimento e o respeito pelos princípios éticos, foi solicitada autorização para a realização do estudo nas instituições hospitalares envolvidas, através de requerimento dirigido aos Presidentes dos Conselhos de Administração e às respetivas Comissões de Ética, atendendo às formalidades específicas de cada instituição. A realização da colheita de dados foi autorizada em três instituições hospitalares do Norte de Portugal (Nº 52/21, Nº 38/21, Nº 16/21). Previamente à colheita de dados, foi pedido o consentimento informado a todos os participantes do estudo, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e a Lei da Proteção de Dados Pessoais (Decreto-Lei n.º 67/98 de 26 de outubro). Foi ainda solicitada a autorização do instrumento aos autores do mesmo.

### **Procedimento**

Os pais de crianças ou adolescentes com doença crónica pediátrica acompanhados em regime de ambulatório nas três instituições hospitalares e que satisfaziam os critérios previamente definidos foram contactados no contexto de consulta externa ou hospital de dia. Aos pais que aceitaram participar foi solicitada a assinatura do consentimento informado e um endereço de e-mail para o qual foi posteriormente enviado o link de acesso ao questionário. Os dados foram recolhidos e trabalhados com recurso ao software Research Electronic Data Capture (REDCap) (Harris et al., 2009).

### **Análise de dados**

Para análise estatística dos dados recorreu-se ao software IBM SPSS Statistics, versão 28.0. Na caracterização da amostra foram realizadas análises estatísticas descritivas simples, a fim de obter as medidas de tendência central, ou seja, a média e de dispersão, o desvio padrão. Para o estudo das propriedades psicométricas do instrumento Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire recorreu-se à análise da sensibilidade dos itens através da distribuição das respostas, à análise fatorial exploratória para a validade do construto da escala e ao estudo da consistência interna, com recurso ao alfa de Cronbach, para a análise da sua fidelidade.

## **RESULTADOS**

## Estudo das Propriedades Psicométricas

O estudo da sensibilidade dos itens, realizado através da distribuição das respostas, demonstra que os itens apresentam boa sensibilidade, uma vez que as respostas se distribuíram por todas as opções da escala, no entanto esta distribuição não ocorre da mesma forma, revelando uma tendência para as respostas mais concentradas nos valores mais altos da escala de Likert (Tabela 3).

**Tabela 3. Distribuição das Respostas dos Diferentes Itens da Escala ICE-FIBQ**

	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Item 1	20	14.8	7	5.2	19	14.1	27	20	59	43.7
Item 2	3	2.2	7	5.2	34	25.2	40	29.6	48	35.6
Item 3	5	3.7	8	5.9	33	24.4	42	31.1	44	32.6
Item 4	7	5.2	8	5.9	18	13.3	35	25.9	58	43
Item 5	2	1.5	4	3	14	10.4	36	26.7	75	55.6
Item 6	3	2.2	5	3.7	24	17.8	40	29.6	59	43.7
Item 7	13	9.6	13	9.6	30	22.2	36	26.7	38	28.1

Para o estudo da validade do construto recorreu-se à análise fatorial dos componentes principais, conduzida aplicando o método de rotação do tipo *varimax*, com normalização de *Kaiser*. A análise revelou dois fatores, com *eigenvalue* maior que 1, que explicam 56.02% da variância total dos dados (Fator 1: 41.39%, Fator 2: 14.63%), o que é considerado, segundo Marôco (2011), acima do mínimo aceitável, como se observa na Tabela 4.

**Tabela 4. Análise Fatorial de Componentes Principais**

Variável	Fator 1	Fator 2
Item 1		.625
Item 2		.540
Item 6		.730
Item 7		.737
Item 3	.629	
Item 4	.765	
Item 5	.851	
Variância (Total-56.021%)	41.389	14.632
<i>Eigenvalues</i>	2.897	1.024

O fator 1 incluiu três itens com saturações entre 0.629 e 0.851 e agrupa os itens que avaliam as crenças sobre o impacto que a doença crónica apresenta na família, ou seja, item 3 “acredito que sei até que ponto é a doença crónica/perturbação que controla a minha família”, item 4 “acredito que sei



qual seria o efeito (se houvesse) na doença crónica/perturbação se eu e o(a) meu parceiro(a) estivéssemos de acordo em como lidar com a situação” e item 5 “acredito que sei quem sofre mais ou tem mais dificuldades na nossa família, devido às mudanças causadas pela doença crónica/perturbação”.

Os itens do fator 2 são quatro, o item 1 “acredito que sei qual é a causa da doença crónica/perturbação que estamos a enfrentar”, o item 2 “acredito que sei até que ponto a minha família consegue ter controlo sobre a doença crónica/perturbação”, o item 6 “acredito que sei identificar qual foi a coisa mais útil na ajuda dada pelos profissionais de saúde para eu lidar com o meu sofrimento em relação doença crónica/perturbação” e o item 7 “acredito que sei identificar qual foi a coisa menos útil na ajuda dada pelos profissionais de saúde para eu lidar com o meu sofrimento em relação doença crónica/perturbação”. Estes itens avaliam as crenças sobre como a família lida com a doença crónica e as suas saturações situam-se entre 0.540 e 0.737.

No sentido de compreender melhor a estrutura fatorial obtida, foi calculada a correlação entre os fatores obtidos, recorrendo ao coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ). Pela análise da Tabela 5 é possível constatar que o fator 1 associa-se de forma positiva, baixa e muito significativa ( $r=0.39$ ,  $p<0.01$ ) com o fator 2 da escala. Este resultado sugere que apesar de os dois fatores estarem relacionados e assim se justificar o cálculo de um valor total, estes avaliam crenças de ordem distinta e não totalmente sobreponíveis, pelo que também se justifica a consideração destes fatores como duas subescalas.

As correlações entre os dois fatores com o resultado total da escala demonstram associações muito significativas. O fator 1 associa-se de forma positiva, elevada e muito significativa com o total da escala ( $r=0.76$ ,  $p<0.01$ ) e o fator 2 correlaciona-se com um valor positivo, elevado e muito significativo ( $r=0.89$ ,  $p<0.01$ ) com o total da escala. Este resultado é indicativo da validade da escala Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire.

**Tabela 5. Correlação de Pearson entre os Dois Fatores da Escala ICE-FIBQ e Entre a Escala Total**

Variável	Fator 1	Fator 2	ICE-FIBQ
Fator 1	1	.39**	.76**
Fator 2		1	.89**
ICE-FIBQ			1

Nota. ICE-FIBQ = Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire.

\*\* .  $p<0.01$

O estudo da validade incluiu, ainda, o cálculo da correlação entre cada um dos itens que compõe a escala, os resultados das duas subescalas e o resultado total da escala, com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ). As correlações observadas entre os itens e os diferentes fatores são mais elevadas entre os itens e o fator a que, teoricamente, pertencem, do que ao outro fator. Estes resultados denotam homogeneidade do conteúdo dos itens no fator a que pertencem, evidenciando validade do construto (Tabela 6).

**Tabela 6. Correlação de Pearson entre os Sete Itens com os Dois Fatores Escala ICE-FIBQ e a Escala Total**

Variável	Fator 1	Fator 2	ICE-FIBQ
Item 1	.31**	.80**	.72**
Item 2	.36**	.69**	.66**
Item 3	.78**	.32**	.60**
Item 4	.83**	.40**	.67**
Item 5	.77**	.33**	.60**
Item 6	.29**	.69**	.62**
Item 7	.25**	.67**	.58**

Nota. ICE-FIBQ = Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire.

\*\* . p<.01

O estudo da fidelidade compreendeu a determinação da consistência interna do resultado total da escala ICE-FIBQ e a dos dois fatores obtidos, após análise fatorial, através do coeficiente alfa de Cronbach. Os cálculos da consistência interna para os sete itens da escala global apresentaram um alfa de Cronbach de 0.75, sugerindo uma consistência interna satisfatória. Também o fator 1 e o fator 2 apresentam uma consistência interna satisfatória (dado o número pequeno de itens), ou seja, 0.69 e 0.67, respetivamente (Tabela 7).

**Tabela 7. Consistência Interna da Escala ICE-FIBQ**

Variável	Nº Itens	Alfa de Cronbach
Fator 1	3	.69
Fator 2	4	.67
ICE-FIBQ	7	.75

Nota. ICE-FIBQ = Iceland-Family Illness Beliefs Questionnaire.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que a versão portuguesa do instrumento ICE-FIBQ é um instrumento válido e fidedigno.

O processo de tradução e adaptação cultural do instrumento procurou garantir a equivalência cultural, tendo a opinião dos peritos envolvidos e dos pais que responderam ao processo de reflexão falada atestado a sua validade. De notar que se trata do primeiro instrumento em Portugal capaz de avaliar as crenças da família acerca da doença.

No estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento ICE-FIBQ foi encontrada uma estrutura fatorial distinta do estudo de desenvolvimento do instrumento original de Gisladdottir e Svavarsdottir (2016). Da análise fatorial realizada com método de rotação do tipo varimax resultaram dois fatores com uma variância explicada de 56%, ao passo que, a análise fatorial

realizada no estudo da versão original islandesa obteve uma escala unidimensional com uma variância explicada de apenas 38.18% (Gisladottir & Svavarsdottir, 2016).

A análise da estrutura fatorial da versão portuguesa apresentava uma clara distinção entre dois fatores, sendo esta distinção compreensível à luz da análise do conteúdo dos itens que se agrupam nessas duas dimensões. O fator 1, referente a uma dimensão que poderá ser denominada de crenças sobre o impacto da doença, é constituída pelos itens 3, 4 e 5, e diz respeito à avaliação das crenças sobre o impacto que a doença crónica apresenta na família, enquanto o fator 2, referente a uma dimensão que poderá ser denominada de crenças acerca do confronto com a doença, é constituído pelos itens 1, 2, 6 e 7, que avaliam as crenças sobre como a família lida com a doença crónica. Esta estrutura concetual terá que ser futuramente confirmada através de estudos realizados com amostras de maiores dimensões e com o recurso a uma análise fatorial confirmatória.

O estudo da associação entre os dois fatores demonstrava uma correlação positiva, baixa e muito significativa, o que indica que embora ambos os fatores façam parte de um mesmo fenómeno e faça sentido o cálculo de um score total indicador das crenças da família sobre a doença, os fatores correspondem a dimensões que não são totalmente sobreponíveis, o que justifica avaliá-los também de forma individual, como duas sub-escalas.

Relativamente à consistência interna da escala total, é possível afirmar que, no presente estudo, obteve-se uma consistência interna satisfatória com alfa de Cronbach a apresentar um valor relativamente próximo ao da escala original, cujo alfa de Cronbach é de 0.79, confirmando, desta forma, a precisão da versão portuguesa do instrumento ICE-FIBQ.

## **CONCLUSÃO**

De uma forma geral, a versão portuguesa da ICE-FIBQ é um instrumento com boas propriedades psicométricas, sendo um instrumento válido e fiel para avaliar as crenças das famílias portuguesas sobre as doenças. Considerando que as crenças da família acerca da doença vão influenciar a forma como experienciam a doença, o presente estudo representa um potencial contributo para as Ciências de Enfermagem, permitindo disponibilizar para a prática um instrumento que é capaz de avaliar as crenças da família sobre a doença. No entanto existe a necessidade de se proceder a uma análise mais aprofundada do instrumento, pelo que será necessária uma amostra de maior dimensão, com duas administrações em períodos de tempo distintos, para se poder conduzir outras análises como a análise fatorial confirmatória e o estudo da fidelidade através do método teste-reteste.

## **AGRADECIMENTOS**

Sara Lemos agradece à FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Portugal) a bolsa de doutoramento UI/BD/151515/2021.

## **REFERÊNCIAS**

Alfaro-Díaz, C., Esandi, N., Canga-Armayor, N., Pardavila-Belio, M. I., Pueyo-Garrigues, M., Gutiérrez-Alemán, T., & Canga-Armayor, A. (2020). Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the spanish version of Iceland health care practitioner illness beliefs questionnaire. *Journal of Family Nursing*, 26(3), 240-253. doi: 10.1177/1074840720933919

- Årestedt, L., Benzein, E., & Persson, C. (2015). Families living with chronic illness: beliefs about illness, family, and health care. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 206-231. doi: 10.1177/1074840715576794
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455–480. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108
- Gisladdottir, M., & Svavarsdottir, E. K. (2016). Development and psychometric testing of the iceland–family illness beliefs questionnaire. *Journal of Family Nursing*, 22(3), 321–338. doi: 10.1177/1074840716661593
- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap): A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2), 377-381. doi: 10.1016/j.jbi.2008.08.010
- Heyduck-Weides, K., Bengel, J., Farin, E., & Glattacker, M. (2019). Measuring illness perceptions in the family context: Psychometric properties of the IPQ-R adapted for adolescent–caregiver dyads. *Psychology & Health*, 34(1), 1–23. doi: 10.1080/08870446.2018.1494830
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica (9ª ed.)*. Rio de Janeiro: Elsevier
- Järemo, P., & Arman, M. (2011). Causes of illness: Constraining and facilitating beliefs. *International Journal of Nursing Practice*, 17(4), 370-379. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01953.x
- Macedo, E. C., Silva, L. R., Paiva, M. S., & Ramos, N. M. (2015). Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: Revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 769-777. doi: 10.1590/0104-1169.0196.2613
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics (5ª ed.)*. Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number
- Pereira, A. I., Goes A. R., & Barros, L. (2015). *Promoção da parentalidade positiva: Intervenções psicológicas com pais de crianças e adolescentes*. Lisboa: Coisas de Ler
- Rivera, E., Corte, C., DeVon, H. A., Collins, E. G. & Steffen, A. (2020). A systematic review of illness representation clusters in chronic conditions. *Research in nursing & health*, 43(3), 241-254. doi: 10.1002/nur.22013
- Salvador, A. C. M. (2019). *Pais-Cuidadores de crianças com cancro: Recursos para a adaptação e participação na tomada de decisão relativamente ao tratamento (Tese de doutoramento não publicada)*. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Szentes, A., Kökönyei, G., Békési, A., Bokrétás, I., & Török, S. (2017). Differences in illness perception between children with cancer and other chronic diseases and their parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(3), 365–380. doi:10.1177/1359104517731899
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (6th ed.)*. Philadelphia: F.A. Davis. Company.

## ICCA2022-40318 - O que está por detrás de uma intoxicação?

Mariana Gouveia Lopes<sup>1</sup>, Ana Catarina Coelho<sup>1</sup>, Maria Manuel Zarcos<sup>1</sup>

*1 Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria (PORTUGAL) mglopes795gmail.com*

### Resumo

#### Introdução:

O aumento do consumo de cannabis por jovens e adultos levou a um aumento de casos de intoxicação por esta substância em crianças. Afeta principalmente crianças com idade inferior a 3 anos e ocorre na maior parte dos casos por ingestão de cannabis, demonstrando a exposição a um ambiente de risco.

#### Casos Clínicos:

Apresentam-se 4 casos de crianças de 12, 13, 15 e 16 meses, trazidas à Urgência Pediátrica de um Hospital de nível II por quadro de alteração do estado de consciência. Uma das crianças teve episódio de revolução ocular e hipertonia do tronco. Todas realizaram estudo analítico sem alterações de relevo e realizaram pesquisa de canabinoides na urina que foi positiva. Estas crianças residiam com os seus progenitores os quais tinham idades inferiores a 24 anos, tendo o mais novo 19 anos. Todos os acompanhantes negaram o consumo de substâncias ilícitas, desconhecendo como as crianças teriam tido acesso ao produto.

Da avaliação social duas das mães já tinham sido vítimas de violência doméstica por parte dos pais das crianças e dois dos progenitores tinham estado institucionalizados durante a infância/adolescência. Do acompanhamento posterior constatou-se que 3 dos pais consumiam substâncias ilícitas, tendo um deles sido internado por um surto psicótico associado ao consumo e um outro tendo iniciado acompanhamento no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT). Num dos casos havia também história de tráfico de droga.

Todos os casos foram sinalizadas à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Numa criança foi decidido acolhimento residencial, sendo que as restantes três crianças regressaram para as famílias, estando uma criança ainda a ser acompanhada pelo Ministério Público.

#### Conclusão:

A incidência de intoxicação acidental por cannabis em crianças tem vindo a aumentar, acompanhando a tendência do uso desta substância. A ingestão acidental por cannabis pode causar inúmeras manifestações clínicas, nomeadamente sintomas neurológicos ligeiros ou mais graves como convulsões como aconteceu num dos casos acima citados, ou até mesmo coma. A maioria dos casos ocorrem em ambiente familiar pelo que estas crianças devem ser referenciadas para um sistema de proteção, pelo risco acrescido a que estão expostas.

#### Palavras chave:

Crianças, intoxicação, cannabis.

### INTRODUÇÃO

A cannabis é a droga ilícita mais cultivada, traficada e usada em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo de cannabis tem uma taxa de prevalência anual de aproximadamente 147 milhões de indivíduos ou quase 2,5% da população global (Chartier et al., 2021). Nos últimos anos o consumo de cannabis por jovens e adultos tem aumentado e consequentemente, houve um aumento de casos de intoxicações acidentais em crianças (Chartier et al., 2021).

No entanto a intoxicação por cannabis é rara comparativamente aos acidentes com produtos domésticos, como agentes de limpeza e outras substâncias perigosas (cáusticos e produtos químicos agressivos), bebidas alcoólicas e medicamentos, que são mais frequentes, responsáveis por maior tempo de internamento e piores outcomes (Pélissier et al., 2014).

A intoxicação por cannabis afeta principalmente crianças com menos de 3 anos. O quadro clínico é inespecífico e apresenta alta variabilidade interindividual. Os sintomas podem ser divididos em quatro categorias: neurológicos como sonolência, coma, astenia e agitação; cardiovasculares como

hipotensão, taquicardia e bradicardia; oftalmológicos como midríase, miose e hiperemia conjuntival; respiratórios como hipoventilação, bradipneia e cianose.

A grande variedade de apresentações clínicas dificulta o diagnóstico, sendo este, na maioria das vezes feito através da análise toxicológica da urina (Mehamha et al., 2021).

Apresentamos 4 casos clínicos, tendo por objetivo dar um enfoque especial ao aspecto social dos mesmos.

## **CASOS CLÍNICOS**

### **Caso 1**

Criança de 12 meses, sexo feminino, trazida à Urgência Pediátrica pela mãe por apatia e diminuição da responsividade, após a sesta da tarde. Referência a tosse e rinorreia com 8 dias de evolução, com 1 pico febril único de 38,6°C no dia anterior.

À admissão apresentava-se bem perfundida (TRC <1 segundos), pulsos palpáveis, sem exantemas e sem sinais meníngeos. Otoscopia e orofaringe sem alterações. Sem polipneia ou tiragem. Auscultação pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdômen sem alterações. Apresentava sonolência, olhar vago e riso desajustado.

Realizou colheitas com hemograma normal, proteína C-Reativa 4,9, TGP e TGO, ureia, creatina e glicemia sem alterações. Teste rápido de urina normal. Pesquisa de tóxicos na urina positiva para canabinoides.

Do ponto de vista social o agregado familiar era constituído pelo pai, pela mãe e pela criança. A mãe com 20 anos, era fumadora, estava desempregada e tinha o 7º ano de escolaridade. Em criança havia estado institucionalizada entre os 9 e os 15 anos, devido a exposição a violência doméstica, tendo sido seguida em pedopsiquiatria. Atualmente era vítima de violência pelo companheiro. O pai também com 20 anos, trabalhava como empregado em restaurante, era fumador, havendo história de consumo prévio de outras substâncias ilícitas incluindo cannabis. A criança habitava com os pais, mas frequentava assiduamente a casa dos avós. Um tio materno e avó paterna também eram consumidores de substâncias ilícitas. Não frequentava creche.

Foi sinalizada à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, sendo que a situação se encontra ainda em acompanhamento pelo Ministério Público.

### **Caso 2**

Criança de 13 meses, sexo feminino, trazida à Urgência Pediátrica por lentificação dos movimentos, sonolência e diminuição do tônus cervical. Ao exame objetivo apresentava sonolência e lentificação dos movimentos, sem outras alterações. Realizou diazepam retal, por suspeita de convulsão. Avaliação analítica sem alterações e TC CE também sem alterações. Pesquisa de canabinoides positiva na urina. Do ponto de vista social o agregado familiar era composto pela criança, pela mãe, pelo pai e por dois irmãos, um de quatro e outro de seis anos. A mãe com 24 anos, era cabeleireira e tinha história pessoal de gravidez na adolescência. O pai com 22 anos era trabalhador na construção civil, havendo história anterior de consumos de cannabis.

Aquando do incidente foram negados consumos de quaisquer substâncias ilícitas tanto da parte paterna como materna, tendo realizado ambos pesquisa de tóxicos. O pai revelou pesquisa de tóxicos positiva na urina, tendo iniciado seguimento pelo Centro de Atendimento a Toxicodependentes.

A criança frequentava a creche.

Foi sinalizada à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e após avaliação, durante a ausência da mãe a responsável pela criança passou a ser a avó materna.

### **Caso 3**

Criança de 15 meses, sexo masculino, trazida à Urgência Pediátrica por irritabilidade, agitação e movimentos tónico-clónicos de ambos os membros superiores e inferiores com duração de dois a três minutos. Foi transportada pelos bombeiros com oxigénio suplementar. À admissão encontrava-se prostrado, hipotónico e sem outras alterações ao exame objetivo. Avaliação analítica sem alterações. Pesquisa de canabinoides positiva na urina.

Do ponto de vista social o agregado familiar era constituído pelo pai, pela mãe e pela criança. A mãe com 22 anos trabalhava por turnos, como auxiliar numa instituição, tendo antecedentes de depressão. O pai com 24 anos era trabalhador da construção civil, tendo estado institucionalizado durante a adolescência e posteriormente ao incidente, internado no serviço de Psiquiatria, por surto psicótico induzido por substâncias tóxicas. Situação familiar instável, com múltiplas separações e reconciliações. Ambos os progenitores com história prévia conhecida de consumo de drogas leves.

A criança foi sinalizada à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

### **Caso 4**

Criança de 16 meses, sexo masculino, trazida à Urgência Pediátrica por quadro de sonolência, prostração e alteração marcha com queda, com cerca de 12 horas de evolução. À admissão apresentava excelente estado geral. Ao exame objetivo sem alterações. Teste rápido de urina sem alterações. Pesquisa de canabinoides positiva na urina.

Do ponto de vista social o agregado familiar era constituído pelo pai, pela mãe, pela criança e uma irmã de 2 anos. A mãe de 23 anos tinha antecedentes de violência doméstica tendo já habitado numa casa abrigo com os filhos. A data do incidente, estava desempregada. Fumadora, sem outros hábitos toxifílicos. O pai de 24 anos tinha empregos ocasionais, com pouca estabilidade e era fumador negando outros hábitos toxifílicos. Era uma família nómada que vivia em acampamentos, em comunidade e por vezes no próprio carro. A criança não frequentava creche, não tinha acompanhamento médico regular e um Programa Nacional de Vacinação não atualizado.

Foi sinalizada à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens sendo que tanto a criança como a irmã foram institucionalizadas em acolhimento residencial.

## **CONCLUSÃO**

Nos casos clínicos apresentados, todas as crianças tinham idades compreendidas entre os 12 e os 16 meses, o que está de acordo com a bibliografia, visto que a maioria dos artigos mostram que as crianças afetadas são muito jovens, sendo a idade média de 15 meses e quase 85% das crianças expostas têm menos de dois anos (Chartier et al., 2020).

Nesta série de casos a via de intoxicação é desconhecida, mas a clínica é sugestiva de ingestão oral. Esta faixa etária está associada aos primeiros passos, à descoberta e exploração de um novo mundo. As crianças colocam tudo o que encontram na boca. A absorção oral é a via mais frequente de intoxicação, porque crianças dessa idade podem facilmente agarrar pequenos fragmentos de produtos contendo canábis e, em seguida, mastigar ou engoli-los. (Mehamha et al., 2021). Os

sintomas são mais prolongados e com início mais tardio após ingestão ao contrário do que acontece na via inalatória (Richards et al., 2017 ; Chartier et al., 2020).

Os sintomas clínicos mais frequentes foram sonolência e hipotonia, o que está de acordo com a literatura (Mehamha et al., 2021). Perante uma criança com estes sintomas devem fazer-se sempre exames toxicológicos como parte da avaliação diagnóstica inicial (Chartier et al., 2020).

Em todos foi negada a exposição à canábis, mas em 3 dos 4 casos uma avaliação posterior mostrou evidência de consumos no ambiente familiar o que é relatado em outros estudos efetuados. Normalmente, o consumidor da cannabis que causou involuntariamente a intoxicação é alguém próximo da criança fazendo parte da família, amigos ou vizinhos Chartier et al., 2020).

O uso de canabinoides é ilícito. Mesmo que essas intoxicações sejam acidentais, podem ser consideradas como um indicador de supervisão insuficiente por parte dos pais.

A intoxicação por cannabis em crianças deve ser notificada aos serviços de proteção à criança com o objetivo de prevenir, detetar situações e famílias de risco (Whitehill 2021).

A prevenção é de suma importância após a ocorrência de uma intoxicação em crianças, seja esta causada por uma substância lícita ou ilícita. Embora a maioria das intoxicações em crianças sejam acidentais, recomenda -se a intervenção sistemática de assistentes sociais e serviços de proteção à criança em todos os casos de intoxicação por cannabis, para ajudar a detetar qualquer situação de risco. Uma abordagem multidisciplinar, incluindo Serviços saúde, Serviço Social, Serviços de proteção

à criança é necessária para ajudar as crianças e dar uma oportunidade de reabilitação e acompanhamento da família.

## REFERÊNCIAS

Chartier C, Penouil F, Blanc-Brisset I, Pion C, Descatha A, Deguigne M. Pediatric cannabis poisonings in France: more and more frequent and severe. *Clinical Toxicology*. 2021 Apr; 59(4):326-333.

Mehamha H, Doudka N, Minodier P, Néant N, Lacarelle B, Solas C, Fabresse N. Unintentional cannabis poisoning in toddlers: A one year study in Marseille. *Forensic Sci Int*. 2021 Aug;325:110858. doi: 10.1016/j.forsciint.2021.110858. Epub 2021 May 29. PMID: 34091410.

Pélissier F, Claudet I, Pélissier-Alicot AL, Franchitto N. Parental cannabis abuse and accidental intoxications in children: prevention by detecting neglectful situations and at-risk families. *Pediatr Emerg Care*. 2014 Dec;30(12):862-6. doi: 10.1097/PEC.000000000000288. PMID: 25407034.

Richards JR, Smith NE, Moulin AK. Unintentional Cannabis Ingestion in Children: A Systematic Review. *J Pediatr*. 2017 Nov;190:142-152. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.07.005. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28888560.

Whitehill JM, Dilley JA, Brooks-Russell A, Terpak L, Graves JM. Edible Cannabis Exposures Among Children: 2017-2019. *Pediatrics*. 2021 Apr;147(4):e2020019893. doi: 10.1542/peds.2020-019893. Epub 2021 Mar 22. PMID: 33753541.



# ICCA2022-42511 - Stress relacionado com a COVID-19 e os sintomas de internalização- como estão os adolescentes?

Marta Oliveira<sup>1</sup>, Carina Fernandes<sup>1</sup>, Fernando Barbosa<sup>1</sup>, Fernando Ferreira-Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratory of Neuropsychophysiology, University of Porto (Portugal)

*martafilipaoliveira@gmail.com*

## Resumo

Desde Março de 2020, Portugal tem adoptado medidas restritivas para conter o SARS-CoV-2, que impactaram de modo particular os adolescentes, com o encerramento das escolas, afastamento dos amigos, confinamento, alteração das rotinas diárias e, em alguns casos, pela falta de recursos educacionais (Ellis et al., 2020; Oliveira & Fernandes, 2020).

Este trabalho apresenta um breve diagnóstico dos efeitos da pandemia e das respetivas medidas de contingência neste período vulnerável de desenvolvimento. Foi avaliado o stress relacionado com a COVID-19 através de “The COVID Stress Scales” (CSS; Taylor et al., 2020), adaptado para adolescentes portugueses, e a sintomatologia internalizante através do cluster de internalização do “The Youth Self-Report Inventory” (YSR; Achenbach, 1991).

Após a permissão do tutor e o assentimento do adolescente, os participantes (n= 277; 11-16 anos) preencheram um questionário online incluindo, entre outros, os instrumentos descritos.

Os resultados revelaram que 59.6% da amostra relatou algum sintoma de stress traumático relacionado com a COVID-19, 83% exibiram comportamentos de verificação compulsiva e busca de segurança e 98.2% medo do perigo e da contaminação relacionados com a pandemia. Cerca de 90% relataram, ainda, sintomatologia internalizante (YSR), mais elevada nas raparigas, tal como aconteceu relativamente ao stress global e medo do perigo e da contaminação. Os sintomas de internalização correlacionaram-se positivamente com o stress por COVID-19, nomeadamente com os sintomas traumáticos. Um facto curioso que sobressaiu dos resultados foi o facto de os adolescentes já anteriormente isolados e deprimidos parecerem menos afetados pela pandemia, possivelmente devido a um processo de “normalização” do isolamento.

Palavras-chave: COVID-19, Stress, Sintomas de internalização, Adolescência.

## Abstract

Since March 2020, Portugal has been under restrictive measures to contain the SARS-CoV-2. In adolescents, the impact of the pandemic was felt with the closure of schools, separation from friends, home confinement, disruption of daily routines and, in some cases, lack of access to educational resources (Ellis et al., 2020; Oliveira & Fernandes, 2020).

This work aims to diagnose the effects of the pandemic during this vulnerable developmental period.

To assess COVID-19 related distress we adapted “The COVID Stress Scales” (CSS; Taylor et al., 2020) to Portuguese adolescents, and to assess internalizing symptomatology, we applied the internalizing cluster of “The Youth Self-Report Inventory” (YSR; Achenbach, 1991).

After collecting guardian’s permission and adolescent’s agreement, participants (n= 277; 11-16 years) completed an online protocol including the above-mentioned measures, among others.

Results show that 59.6% of the sample reported symptoms of traumatic stress related to COVID-19, 83% exhibited compulsive checking and reassurance seeking behaviors and 98.2% danger and contamination fears related to the pandemic. Approximately 90% of the participants also reported internalizing symptomatology, which was significantly higher in girls than boys (as well as global COVID-19 related distress and danger and contamination fears of the pandemic). Finally, significant positive correlations were obtained between COVID-19 related distress, namely the traumatic stress symptoms, and internalizing symptomatology. Interestingly, previously isolated and depressed adolescents appear to be less affected by the pandemic, possibly because the pathological weight of isolation was reduced.

Keywords: COVID-19, Stress, Internalizing Symptomatology, Adolescents.

## INTRODUÇÃO

Portugal (e o mundo) enfrenta a Pandemia por COVID-19 há dois anos, bem como os seus efeitos a vários níveis. De entre estes efeitos, destacam-se a perda de emprego, a redução de rendimentos e o agravamento das condições sociais (Oliveira & Fernandes, 2020). A nível psicológico, destacam-se a

sensação de medo e risco associado à pandemia (Torales et al., 2020) mas também pela elevada prevalência de perturbações psiquiátricas associadas à infeção por SARS-CoV-2 (Xiong et al., 2020) como perturbações de humor, ansiedade e stress pós traumático.

As restrições implementadas para conter a pandemia, nomeadamente a nível social, afetaram de modo particular os adolescentes, privando-os da sua vida social, nomeadamente na escola, e afastando-os dos amigos (Oliveira & Fernandes, 2020). De facto, embora os confinamentos tenham reduzido a disseminação do vírus, aumentaram o isolamento, a solidão e a ansiedade entre os adolescentes (Ellis et al., 2020). Sendo o período da adolescência crucial para o desenvolvimento das relações interpessoais, toda a motivação, curiosidade e entusiasmo com que o adolescente deve viver as suas relações ficaram suspensos, conduzindo à frustração, desapego e tédio (Imran et al., 2020). Como consequência, verificou-se um aumento no consumo de ansiolíticos, o que se pode revelar crítico numa fase particularmente vulnerável para o aparecimento da doença mental, e/ou a um agravamento de perturbações psiquiátricas pré-existentes (Banerjee et al., 2020; Ellis et al., 2020; Gualano et al., 2021).

Dada a necessidade de avaliar os efeitos da pandemia na saúde mental da população, e particularmente nos adolescentes que foram diretamente afetados pelas medidas restritivas, foram desenvolvidos alguns instrumentos psicométricos cujas propriedades, não devidamente avaliadas, colocaram em causa a sua qualidade (Banerjee et al., 2020).

Neste sentido, o presente estudo focou-se no instrumento “The COVID Stress Scales” (CSS; Taylor et al., 2020), que foi traduzido e adaptado para a população de adolescentes portugueses seguindo as normas da International Test Commission (2017). Este instrumento permite avaliar o stress relacionado com a COVID-19 em cinco áreas:

- 1) Medo do perigo e da contaminação;
- 2) Medo das consequências socioeconómicas;
- 3) Medos relacionados com a Xenofobia;
- 4) Sintomas de stress traumático;
- 5) Comportamentos de verificação compulsiva e busca de segurança.

Para analisar o efeito da pandemia no estado psicológico dos adolescentes com e sem sintomatologia prévia de perturbações do humor ou outros sintomas de internalização, foi ainda aplicado o “The Youth Self-Report Inventory” (YSR; Achenbach, 1991; Fonseca & Monteiro, 1999) que permite avaliar o funcionamento adaptativo e psicopatológico nos últimos 6 meses. Deste questionário, analisámos os itens correspondentes à sintomatologia de internalização. Estes instrumentos de autorrelato foram submetidos online pelo adolescente, após serem obtidas as devidas autorizações.

## **METODOLOGIA**

### **Participantes**

Os participantes foram recrutados a partir de seis escolas públicas de dois Agrupamentos de Escolas da região Norte e Centro de Portugal, onde frequentavam o 3º ciclo de escolaridade. A amostra incluiu 277 adolescentes (174 participantes do sexo feminino) com idade compreendida entre os 11 e os 16 anos ( $M= 13.11$ ;  $DP= 1.20$ ).

O estudo foi autorizado pela Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto e teve parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Após ter sido obtida autorização por parte dos Diretores do Agrupamento, foram entregues 944 consentimentos livres e esclarecidos aos Encarregados de Educação dos alunos do 3º ciclo de escolaridade, incluindo 435 e 509 nos agrupamentos do Norte e Centro do país, respetivamente. Destes consentimentos, 416 foram devolvidos aos Diretores de Turma, autorizando a participação dos respetivos alunos no estudo. Destes alunos, 277 assentiram a participação no estudo (representando 29% dos participantes elegíveis).

## **Instrumentos**

Os participantes responderam a um protocolo online que incluía vários instrumentos, entre eles dois questionários de autorrelato que avaliavam, respetivamente, o stress por COVID-19 e a sintomatologia de internalização.

*The COVID Stress Scales (CSS; Taylor et al., 2020)*

As CSS são constituídas por 36 itens pontuados numa escala de Likert de 5 pontos (desde 0 *nunca/nada* até 4 *quase sempre/extremamente*). O estudo original revelou 5 fatores:

- 1) Medo do perigo e da contaminação, que avalia o medo de ficar infetado ou de contactar com objetos ou superfícies contaminadas;
- 2) Medo das consequências socioeconómicas (e.g., desemprego);
- 3) Medos relacionados com a Xenofobia, que avalia o medo de pessoas estrangeiras que possam transmitir o vírus;
- 4) Sintomas de stress traumático, tais como pesadelos, pensamentos intrusivos;
- 5) Comportamentos de verificação compulsiva e busca de segurança, relacionados com potenciais ameaças de contágio

Todos os fatores revelaram coeficientes Alfa de Cronbach elevados (superiores a .80) sugerindo boa consistência interna do instrumento (Taylor et al., 2020).

*The Youth Self-Report Inventory (YSR; Achenbach, 1991; versão portuguesa Fonseca & Monteiro, 1999)*

O YSR inclui 119 itens respondidos através de uma escala de Likert, com opções que variam entre 0 *não é verdade* e 2 *muitas vezes verdade*. Esta escala faz parte da bateria ASEBA- “The Achenbach System of Empirically Based Assessment” (Achenbach, 2009) que avalia o funcionamento adaptativo e psicopatológico em jovens entre os 11 e os 18 anos nos últimos 6 meses. Apesar da versão original deste Inventário ser constituída por dois clusters- sintomas de internalização e externalização- o presente estudo apenas incluiu o cluster que avalia os sintomas de internalização, o qual é composto por 31 itens divididos em três subescalas que avaliam sintomas de Ansiedade/Depressão, Isolamento e Queixas Somáticas. A análise de consistência interna deste cluster, no estudo de adaptação portuguesa, revelou coeficientes Alfa de Cronbach satisfatórios entre .70 e .80.

## **Procedimento**

*Tradução de “The COVID Stress Scales” (CSS; Taylor et al., 2020)*

A tradução das CSS (Taylor et al., 2020), incluiu sete fases (ITC, 2017): (1) tradução independente do instrumento original para português europeu por dois dos autores (MO & CF), fluentes em inglês; (2) tradução consensual por consentimento mútuo; avaliação por comissão de especialistas (psicólogo

forense, psicólogo clínico e assistente social); (4) administração a um grupo piloto de 5 adolescentes e revisão dos conteúdos presentes no instrumento para avaliar a compreensão dos itens e da escala de resposta; (5) retroversão cega por um dos autores (FFS), fluente em inglês; (6) comparação da retroversão com a versão original do instrumento e pequenos ajustes para tornar os conteúdos mais consistentes (MO); (7) discussão da versão final com os autores originais do instrumento e finalização da tradução portuguesa do instrumento. Esta versão foi utilizada num estudo piloto com 45 adolescentes, anterior à administração do instrumento aos participantes do presente estudo.

#### *Tratamento e análise dos dados*

O *Statistical Package for Social Sciences* (IBM-SPSS, v.26) foi utilizado para analisar os resultados obtidos. Começaram por ser realizadas análises preliminares para avaliar a qualidade psicométrica dos instrumentos utilizados. Assim, a consistência interna dos fatores foi avaliada através de coeficientes de Alfa de Cronbach e correlações de cada item com a subescala correspondente. A seguir, foram exploradas as diferenças de género através de [testes \*t\*](#) e [a medida do tamanho do efeito \(\*d\* de Cohen\)](#) e realizadas correlações de Pearson para analisar a relação entre os resultados relatados pelos participantes relativamente às CSS e os sintomas de internalização prévios.

## **RESULTADOS**

As nossas análises focaram-se em três dimensões das CSS: Medo do perigo e da contaminação, Sintomas de stress traumático e Comportamentos de verificação compulsiva e busca de segurança. Estas dimensões foram utilizadas porque revelaram maior consistência interna por oposição às subescalas de medo das consequências socioeconómicas e de xenofobia, que representam situações pouco comuns nos adolescentes. Relativamente ao YSR, as análises focaram-se nas dimensões que compõem o cluster de internalização, nomeadamente a Ansiedade/depressão, Isolamento e Queixas Somáticas.

### **Prevalência de sintomatologia nos adolescentes**

Através dos dados recolhidos nos questionários de autorrelato, verificámos que todos os participantes referiram ter sentido pelo menos um dos sintomas descritos nas várias dimensões.

Mais especificamente, em todas as dimensões obtivemos frequências superiores a 80% relativas à ocorrência de pelo menos um dos sintomas relatados (exceto na dimensão de stress traumático), sendo que as frequências superiores se verificaram sempre no sexo feminino.

**Tabela 1. Prevalência dos sintomas relatados nas dimensões relativas às CSS e ao YSR**

Dimensões	Frequência (%)		
	Feminino	Masculino	Total
CSS	100	100	100
Medo do perigo e da contaminação	99.4	96.1	98.2
Sintomas de stress traumático	63.2	53.4	59.6
Comportamentos de verificação compulsiva e busca de segurança	83.3	82.5	83
YSR	98.9	98.1	98.6
Ansiedade/ Depressão	96.6	90.3	94.2
Isolamento	94.8	90.3	93.1
Queixas somáticas	92	78.6	87

### Análise da Consistência Interna

Todas as dimensões revelaram boa consistência interna, com coeficientes Alfa de Cronbach superiores a .80 e valores de correlação item-total satisfatórios ou elevados para todas as dimensões relacionadas com a COVID-19. Verificaram-se alguns valores de correlação baixos nas dimensões relacionadas com a sintomatologia de internalização, nomeadamente no resultado total do cluster e nas queixas somáticas.

**Tabela 2. Consistência interna das dimensões relativas às CSS e ao YSR**

Dimensões	Número itens	Alfa de Cronbach	Correlações item-total
CSS	36	.97	[.481; .787]
Medo do perigo e da contaminação	12	.94	[.656; .806]
Sintomas de stress traumático	6	.90	[.658; .795]
Comportamentos de verificação compulsiva e busca de segurança	6	.85	[.573; .684]
YSR	31	.93	[.221; .723]
Ansiedade/ Depressão	13	.90	[.379; .749]
Isolamento	8	.81	[.440; .628]
Queixas somáticas	10	.82	[.285; .599]

### Estudo das Diferenças de Sexo

As participantes do sexo feminino revelaram, em média, pontuações superiores às dos participantes do sexo masculino na maior parte das dimensões avaliadas. Estas diferenças foram significativas, tendo sido obtido valores de tamanho do efeito (d de Cohen) moderados a elevados.

Exceção foi encontrada para as subescalas dos Sintomas de stress traumático e dos Comportamentos de verificação compulsiva e busca de segurança, onde não se registaram diferenças significativas entre os géneros.

**Tabela 3. Diferenças de género nas dimensões relativas às CSS e ao YSR**

Dimensões	Feminino		Masculino		<i>t</i> (275)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	(n= 174)		(n= 103)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
CSS	53.53	29.45	43.94	29.60	-2.614	.009	0.325
Medo do perigo e da contaminação	23.16	11.29	19.22	11.47	-2.790	.006	0.346
Sintomas de stress traumático	3.64	4.86	2.52	4.42	-1.962	.051	0.346
Comportamentos de verificação compulsiva e busca de segurança	5.77	5.37	5.48	5.05	-0.451	.652	0.056
<i>Inventário de Comportamento para</i>	21.72	11.95	12.44	8.67	-7.451	<.001	0.889
<i>Ansiedade/ Depressão</i>	10.80	6.11	5.78	4.45	-7.875	<.001	0.939
Isolamento	5.58	3.69	3.84	2.70	-4.499	<.001	0.538
Queixas somáticas	5.34	3.81	2.82	3.00	-6.105	<.001	0.735

### Análise da validade convergente

Para explorar a associação entre os sintomas relacionados com a pandemia e os sintomas de internalização referentes aos últimos 6 meses, foram realizadas análises de correlação de Pearson entre as dimensões avaliadas. Obtiveram-se coeficientes de correlação moderados entre o stress global relacionado com a COVID-19 e os sintomas de Ansiedade/depressão. Especificamente, os sintomas de stress traumático relacionados com a COVID-19 associaram-se de forma moderada com a sintomatologia internalizante prévia (incluindo os sintomas de ansiedade/depressão e as queixas somáticas).

**Tabela 4. Correlações entre as dimensões relativas às CSS e ao YSR**

Dimensões	YSR	Ansiedade / Depressão	Isolamento	Queixas somáticas
CSS	.376	.408	.158	.374
Medo do perigo e da contaminação	.313	.362	.107 <sup>a</sup>	.298

Sintomas de stress traumático	.431	.411	.269	.439
Comportamentos de verificação compulsiva e busca de segurança	.278	.305	.105 <sup>b</sup>	.282

a p= .076; b p= .080 ; Todas os outros coeficientes p< .001

## CONCLUSÕES

A situação de pandemia que vivemos desde há cerca de dois anos trouxe vários constrangimentos decorrentes da necessidade de diminuição do contágio por SARS-CoV-2. Foram impostas várias restrições respeitantes ao distanciamento físico de outras pessoas, medida de contingência que foi aceite e que se tornou parte do dia-a-dia para a maior parte das pessoas. Assim, e tendo em conta que na fase pré-pandemia existiam algumas pessoas que sofriam de isolamento social, nomeadamente adolescentes, durante a pandemia este comportamento perdeu o seu carácter desviante, levando a uma perceção mais positiva dos adolescentes em relação à sua própria sintomatologia e menos efeitos negativos da pandemia. Isto foi confirmado pelos resultados do nosso estudo que sugerem uma baixa associação entre o isolamento social prévio e o stress relacionado com a COVID-19, nomeadamente em relação aos sintomas de stress traumático. Pelo contrário, a ocorrência prévia de ansiedade/depressão e/ou queixas somáticas facilitaram o aparecimento de sintomatologia de stress traumático associado à COVID-19.

Desta forma, a pandemia parece ter um papel normalizador porque veio reduzir a carga patológica do isolamento social que alguns adolescentes sofriam previamente.

A generalidade dos adolescentes que participaram no estudo (mais de 98%) relataram um ou mais sintomas de internalização prévios e/ou sintomas relacionados com o stress por COVID-19. Estes sintomas foram mais frequentes no sexo feminino, em todas as dimensões com exceção do stress traumático associado à COVID-19 e dos comportamentos de verificação compulsiva e busca de segurança, nos quais não registámos diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino. Estes resultados sugerem que ambos os sexos sofrem os efeitos da pandemia de forma semelhante nestas duas dimensões.

O diagnóstico da saúde psicológica atual dos adolescentes que este estudo permitiu, veio revelar fragilidades no que diz respeito aos comportamentos de internalização, revelando a existência prévia destes sintomas em mais de 98% dos adolescentes. A sintomatologia de internalização manteve-se ou agravou-se pela pandemia, co-ocorrendo com sintomas de stress relacionado com a COVID-19, nomeadamente medo do contágio, necessidade de verificação compulsiva e outros sintomas de stress traumático.

Dada a continuidade da situação pandémica, será necessária a monitorização longitudinal da saúde psicológica destes jovens através de outros estudos, com o objetivo de planear intervenções que ajudem a minimizar os efeitos negativos da pandemia, especialmente em adolescentes com maior vulnerabilidade revelada pela existência de sintomatologia prévia.

## REFERÊNCIAS

Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry.

Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 52(3), 177-187. <https://doi.org/10.1037/cbs0000215>

Fonseca, A. C. & Monteiro, C. M. (1999). Um inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: O YouthSelf-Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79-96.

Oliveira, M. & Fernandes, C. (2020). Managing the Coronavirus Pandemic in Portugal: A step-by-step adjustment of health and social services. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 536-538. <https://doi.org/10.1037/tra0000879>

Oliveira, M., Fernandes, C., Barbosa, F. & Ferreira-Santos, F. (in prep.). COVID-19 related Distress-Validation of the COVID Stress Scales in a sample of Portuguese adolescents.

Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D. & Asmundson, G. J. G. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>

## **ICCA2022-43588 - Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbação da Regulação do Processamento Sensorial – Relato de Casos Clínicos**

Mariana Pessoa<sup>1</sup>, Ana Vera Costa<sup>2</sup>, Joana Calejo Jorge<sup>2</sup>, Graça Mendes<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Médica interna de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (Portugal)*

<sup>2</sup> *Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (Portugal)*

<sup>3</sup> *Assistente Graduada Sênior, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (Portugal)*  
[mariana.pessoa@chvng.min-saude.pt](mailto:mariana.pessoa@chvng.min-saude.pt)

### **Resumo:**

A Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC) é uma perturbação psiquiátrica que afeta crianças e adolescentes e é caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões que ocupam grande parte do quotidiano de jovens e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no seu funcionamento social. As Perturbações da Regulação do Processamento Sensorial (PRPS) estão descritas como entidade diagnóstica e são sugeridas quando a criança exhibe um padrão de comportamento associado a alterações na regulação dos inputs sensoriais, prejudicando o seu funcionamento nas várias atividades diárias.

Com este trabalho pretende-se, através da ilustração de quatro casos clínicos, apresentar uma súmula dos dados bibliográficos recentes sobre estas duas entidades nosológicas e a sua possível interligação.

Para tal, foram efetuadas observações clínicas seriadas e consulta de registos clínicos dos quatro doentes em que estas hipóteses diagnósticas foram colocadas e foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os temas nas bases de dados Pubmed, Medline e Cochrane.

Os sintomas de hipersensibilidade estão relacionados com sintomas obsessivo-compulsivos, estando descritos em alguns casos de POC sintomas sensoriais primários, na ausência de pensamentos intrusivos, como possíveis causadores dos rituais compulsivos. É descrita uma relação positiva entre a maior frequência de sintomas sensoriais e o início precoce da sintomatologia obsessivo-compulsiva e parece existir um maior impacto em doentes com POC que apresentam também história de tiques ou Síndrome de Tourette.

Apesar dos escassos dados da literatura, a evidência suporta a possível existência de um subtipo específico de POC, identificando o subgrupo de pacientes que manifestam fenómenos sensoriais. O reconhecimento destes fenómenos e dos comportamentos conduzidos por estes devem ser explorados durante a realização de uma história clínica completa e minuciosa, de forma a permitir a



identificação e intervenção neste subgrupo com características fenotípicas distintas numa fase de vida precoce.

Palavras-chave: Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação da Regulação do Processamento Sensorial, Série de Casos, Fenómenos Sensoriais.

### **Abstract:**

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a psychiatric disorder that affects children and adolescents and is characterized by the presence of obsessions and/or compulsions that occupy a large part of the daily lives of young people and cause clinically significant distress or impairment in their social functioning. Sensory Processing Disorder (SPD) is described as a diagnostic entity and is suggested when the child exhibits a pattern of behavior associated with changes in the regulation of sensory inputs, impairing their functioning in various daily activities.

This work intends, through the illustration of four clinical cases, to present a summary of recent bibliographic data on these two nosological entities and their possible interconnection.

To this end, the clinical observations and consultation of clinical records of the four patients with these diagnostic hypotheses were carried out, and a literature review based on these topics was performed in the Pubmed, Medline and Cochrane databases.

Hypersensitivity symptoms are related to obsessive-compulsive symptoms, and in some cases of OCD primary sensory symptoms, in the absence of intrusive thoughts, are described as possible causes of compulsive rituals. A positive relationship between the higher frequency of sensory symptoms and the early onset of obsessive-compulsive symptoms is described and there seems to be a greater impact in patients with OCD who also have a history of tics or Tourette's Syndrome.

Despite the scarce literature data, evidence supports the possible existence of a specific subtype of OCD, identifying the subgroup of patients who manifest sensory phenomena. The recognition of these phenomena and the behaviors driven by them should be explored during a complete and detailed clinical history, in order to allow the identification and intervention in this subgroup with distinct phenotypic characteristics at an early stage of life.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Sensory Processing Disorder, Case Series, Sensorial Phenomena.

### **INTRODUÇÃO:**

A Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC) é uma perturbação psiquiátrica que afeta com frequência crianças e adolescentes, numa prevalência estimada de 1-3%. É caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões que ocupam grande parte do quotidiano destes jovens e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social. (Uhre et. al., 2020)

As compulsões são mais facilmente diagnosticadas em crianças do que as obsessões, tendo em conta que as primeiras são observáveis. No entanto, a maioria das crianças tem obsessões e compulsões, assim como acontece na população adulta. O padrão de sintomas é mais variável em crianças e adolescentes, apresentando algumas diferenças no conteúdo das obsessões e compulsões, consoante os estadios do desenvolvimento. (5th Edition, American Psychiatric Association, 2013)

Durante as compulsões, é comum o relato de um sentimento de «incompletude», sentimento de que de as ações não estão certas ou completas que provoca a necessidade de realizar determinado comportamento até ao regresso a um estado de satisfação. Esta sensação pode manifestar-se em fenómenos sensoriais subjetivos mais breves e específicos: as experiências «*Not Just Right*» (NJR). (Ferrão, 2017)

Nas crianças em particular, é comum a ocorrência do fenómeno atípico de marcada intolerância a estímulos sensoriais comuns, que podem condicionar uma alteração no seu funcionamento habitual, podendo ser esta a causa de comportamentos compulsivos compensatórios. Estes sintomas sensoriais podem até ser a única sintomatologia presente, podendo não ser reconhecidos como tal, conduzindo a uma falha diagnóstica. (Hazen et al., 2008)

As Perturbações da Regulação do Processamento Sensorial estão descritas como entidade diagnóstica e são sugeridas quando a criança exibe um padrão de comportamento associado a alterações na regulação dos *inputs* sensoriais, prejudicando o seu funcionamento nas várias atividades diárias. Estas podem surgir de forma isolada ou acompanhadas por outras condições psicopatológicas ou do neurodesenvolvimento. Podem ser caracterizadas por hiperreatividade, hiporreatividade ou resposta atípica a estímulos. As alterações devem ocorrer em mais do que um contexto vivencial e envolver mais do que um domínio sensorial, com duração de pelo menos 3 meses. Para ser possível o diagnóstico desta perturbação, a criança deve ter pelo menos 6 meses de idade. (ZERO TO THREE, 2016)

Com este trabalho pretende-se, através da ilustração de quatro casos clínicos de diferentes faixas etárias, apresentar uma síntese dos dados bibliográficos recentes sobre estas duas entidades nosológicas e a sua possível interligação, questionando a PRPS como condição predisponente da POC (evolução do diagnóstico, indicador/equivalente precoce de diagnóstico) ou presença em comorbilidade. Para a descrição clínica dos casos foram seguidas as diretrizes CARE. (Riley et al., 2017)

## **RESULTADOS:**

### **Caso clínico 1:**

Jovem de 14 anos do sexo feminino acompanhada em consulta por sintomatologia obsessivo-compulsiva.

Na primeira observação, relata que desde os 6/7 anos que realiza rituais e verificações [“tenho de tocar várias vezes nos objetos se embirrar com eles e fazer as coisas sempre em número par (...) também tenho de repetir oralmente algumas coisas, incluindo frases de pessoas que conheço” (sic jovem)]. Refere que tanto em casa como nos supermercados sente necessidade de arrumar os objetos. Diz também ter “repetições verbais de confirmação”, tendo de confirmar repetidamente que os outros perceberam o que disse e de que percebeu o que lhe foi transmitido. Confirma várias vezes se alguém a chamou e tem de ser a última pessoa a despedir-se, repetindo várias vezes “tchau”. Refere pensamentos obsessivos, sobretudo quando em situações que lhe causam maior ansiedade, como vivências familiares negativas, contactos sociais e avaliações escolares. Coleciona vários objetos como moedas de um cêntimo, cromos de futebol e legos.

Da avaliação psicológica realizada, destaca-se uma deficiência intelectual ligeira, assim como traços obsessivos de personalidade, com sintomatologia compatível com POC. No plano psico-afetivo, apresenta uma depressividade de fundo marcada pela presença de sentimentos de auto-desvalorização e de insegurança.

Terá sempre apresentado dificuldade em se autonomizar nas diferentes etapas de desenvolvimento e pouca flexibilidade a alterações da rotina. Apresenta várias restrições a nível alimentar e a nível do vestuário. Foi realizada avaliação da motricidade global e perfil sensorial por Terapia Ocupacional, tendo apresentado critérios para alterações do processamento sensorial oral e tátil. No questionário do perfil sensorial de Dunn, apresenta alterações a nível de registo pobre e evitamento de sensações. Foi descartada história pessoal de Perturbação do Espetro do Autismo (PEA) com base nos antecedentes do desenvolvimento.

### **Caso clínico 2:**

Criança de 6 anos encaminhada para consulta de pedopsiquiatria por fobias específicas, com maior impacto em contexto escolar. Desde os 3 anos, descrita angústia marcada com fatores externos como trovoadas e foguetes, bem como grande inquietação em contextos festivos, com grandes aglomerados de pessoas.

Apresenta, desde a primeira infância, dificuldades na regulação do processamento sensorial, com hipersensibilidade tátil (não deixava que lhe colocassem creme no corpo, não tocava em plasticina, não explorava com as mãos), visual e auditiva. Segundo a mãe, apenas tolera sons altos em contexto familiar. Relatadas dificuldades na diversificação alimentar com seletividade marcada e intolerância a várias texturas. Apenas comia sopa e mantém até hoje dificuldade em misturar os alimentos no prato. Intolerância à frustração e dificuldades na adaptação à mudança. No entanto, tranquiliza-se se lhe forem explicadas previamente as alterações de rotina. Dificuldades no sono – sono agitado, não sendo capaz de dormir sozinho. Menino descrito como inibido e reservado fora do ambiente familiar, mas bem-adaptado na pré-escola, com bom rendimento e boa relação com professores e pares.

À observação, menino inibido, resistente ao contacto, tornando-se mais colaborante ao longo da entrevista. Muito sensível e com boa elaboração mental, investe no desenho, elaborando com prazer e apresentando um desenho muito simbólico, sendo este o seu principal meio de comunicação. Parece apresentar algumas particularidades sensoriais e organização obsessiva. Nos vários desenhos que faz, vai sistematicamente acrescentando múltiplos elementos, perseverando em questões de ordem e simetria e na necessidade de terminar os desenhos antes do término das consultas (“eu fico muito nervoso e furioso quando não acabo e não me deixam terminar” *sic* criança). Adia a tarefa devido a excessiva preocupação com o tempo para a sua realização, com as diferenças de tamanho e forma e com a realização de rituais de contagem e verificação. Mantém lápis alinhados. Chega a gritar, referindo insistentemente que os desenhos não estão bem executados, que deveria ter desenhado os elementos numa ordem diferente. Na escola, estará muito absorvido nas atividades, não respondendo ou participando na conversação.

Diz gostar das coisas “mesmo perfeitinhas, a mãe desarruma tudo, a cama não está direitinha, e tenho de ser eu a arrumar” (*sic* criança). Algumas cismas com portas e janelas/estores, que devem estar sempre abertas até determinado ponto. Pai diz apresentar sintomatologia semelhante ao filho, referindo “também tenho alguns tiques, gosto de arrumações e não tolero se um objeto está no canto da mesa” (*sic* pai).

Foi descartada a hipótese diagnóstica de PEA tendo em conta o contacto com a criança durante o exame do estado mental e a sua história pessoal do desenvolvimento.

### **Caso clínico 3:**

Criança de 5 anos e 4 meses encaminhada para consulta por dificuldades na interação com pares, jogos e interesses repetitivos e algumas dificuldades sensoriais.

A mãe refere como principais preocupações a dificuldade na interação com os pares e o seu perfil rígido de comportamento, apresentando comportamentos compensatórios de organização. Relata que fica bastante zangado (grita, cerra os punhos, chora, morde-se e tenta agredir os pais) se os brinquedos estiverem desalinhados ou fora do local habitual, apresenta rituais como seguir sempre o mesmo trajeto e limpar os pés em todos os tapetes, não consegue deixar tarefas a meio, tendo de terminar sempre os jogos e proceder à sua arrumação. Desde sempre, muito trapalhão, tropeçando nele próprio e indo contra objetos. Gosta de estimulação vestibular.

Desde os 2 anos e meio que apresenta seletividade alimentar, pelas texturas e sabores de determinados alimentos. Os vários alimentos não podem estar misturados no prato. Dorme em posição específica, “no sofá da sala gosta de dormir no burquinho entre as almofadas e no quarto entre a folga no espaço do colchão e a cama” (sic mãe). Apresenta dificuldades na defecação no wc por receio de se sujar. Marcada hipersensibilidade auditiva, com episódios de arremesso de objetos para exploração de ruídos e estereotípias em momentos de maior estimulação.

À observação, apesar de inicialmente cauteloso, com o decorrer da entrevista interage reciprocamente e estabelece contacto ocular. Marcada hipersensibilidade auditiva, reagindo com aversão e comportamento negativo ao ruído. Tendência ao alinhamento dos brinquedos do gabinete, reagindo de forma negativa, com birra, se modificação da posição dos mesmos. Esboça jogo simbólico e rodopia sobre si próprio.

Nas sessões de Terapia Ocupacional, com intervenção com base no modelo de integração sensorial de Ayres, a criança mostra uma rigidez na execução das tarefas, que compromete o tempo de execução das mesmas, devido à necessidade de executar os vários passos por determinada ordem. Mostra alterações ao nível da consciência corporal repercutindo-se nas competências de planeamento motor e coordenação motora. Apresenta seletividade alimentar e aparente hipersensibilidade tátil, embora identificando-se uma componente comportamental importante. Esporadicamente, evidencia alterações na capacidade de modular estímulos auditivos e visuais.

Segundo informação escolar, destacam-se as dificuldades na autonomização, sobretudo na alimentação e execução de tarefas, assim como a dificuldade no relacionamento com os pares. Demonstra também baixa tolerância à frustração.

Apresentava jogo simbólico rico desde a primeira infância e não demonstrava alterações ao nível da linguagem e comunicação, o que tornava pouco provável o diagnóstico de PEA. Este diagnóstico foi excluído formalmente através da realização da prova diagnóstica ADOS (Escala de Observação para o Diagnóstico de Autismo).

#### **Caso clínico 4:**

Criança de 4 anos e 8 meses, encaminhada para consulta por rotinas e rituais frequentes, associados a birras exageradas se não realizados, e suspeita de perturbação regulatória do processamento sensorial.

A mãe não identifica outro fator desencadeante para as birras para além das mudanças de rotinas ou impossibilidade de realização de rituais. Diz que o filho é bastante rígido e identifica-o ao pai, que teria comportamentos de verificação e simetria. Mostra preocupação com a não-aceitação e desorganização que apresenta ao toque e carícias.

Parece apresentar alterações do perfil sensorial, nomeadamente a nível tátil, vestibular e auditivo. Mãe preocupada com o planeamento motor da criança. Apresenta, por vezes, marcha em pontas. O restante desenvolvimento psicomotor ocorreu dentro da normalidade. Terá sido sempre uma criança irrequieta e desorganizada. Não gostava de sujidade, não tocava na comida e não gosta do contacto com a terra. Apresenta hipersensibilidade aos ruídos, colocando as mãos nos ouvidos aquando sons mais elevados.

Segundo informação escolar, gradualmente mais sociável, mantendo uma boa relação com os adultos e os pares. Episódios de intolerância à frustração, com episódios de choro, bater com os pés no chão e arremesso de objetos, quando contrariado. É descrito como sendo muito organizado,

ajudando muitas vezes na arrumação dos brinquedos, e muito curioso, questionando o adulto sobre tudo o que o rodeia.

À observação, questiona 2 vezes a mãe e a técnica se pode brincar com os brinquedos presentes em gabinete. Pega várias vezes no gel desinfetante para limpar as mãos, as superfícies e os brinquedos. Apresenta bom contacto, aceita bem o “não” e demonstra boa interação com os técnicos. Não gosta que as gavetas e os armários estejam fechados e demonstra procura sensorial auditiva e vestibular. Rituais de organização do meio externo, enquadráveis dentro das dificuldades relacionais e regulatórias.

Segundo avaliação por Terapia Ocupacional com avaliação do perfil sensorial, apresenta dificuldades no cumprimento de regras e uma fraca tolerância à frustração. Mostra imaturidade a nível do planeamento motor, controlo postural e da motricidade fina. De acordo com os resultados obtidos no questionário do perfil sensorial, verificam-se alterações definitivas a nível da procura sensorial e reação emocional, do processamento visual, da modulação relacionada com o movimento e a posição do corpo, das respostas emocionais/sociais e dos comportamentos resultantes do processamento sensorial.

## **DISCUSSÃO:**

Nos vários casos clínicos apresentados, estão presentes ou foi feita referência no passado recente a dificuldades na integração sensorial. Em cada caso, aparecem descritos sintomas sensoriais que terão sido experienciados na ausência de pensamentos, imagens ou ideias intrusivas (obsessões típicas). Estes parecem desempenhar um papel predominante em cada um dos casos clínicos. Estas crianças praticam compulsões de forma a aliviar as sensações e não como resposta a pensamentos obsessivos. Desta forma, nestes casos clínicos, a apresentação primária e a que causa maior disfuncionalidade parece ser de origem sensorial.

A Teoria da Integração Sensorial, sugerida primariamente por Jane Ayres e sendo um tema de importância considerável na área da Terapia Ocupacional, tem como principal premissa a integração sensorial e os sentidos como a base do sistema nervoso central, a partir do qual surgem os processos mais complexos. Uma base destruída, ao nível da integração sensorial, pode levar a consequências a nível desenvolvimental, podendo constituir no futuro alterações comportamentais ou emocionais. (Dar et al., 2012) As perturbações do processamento sensorial não estão descritas na DSM-5 ou na CID-10. No entanto, observações clínicas e vários estudos sugerem que possa condicionar bastante o funcionamento destes doentes e possa estar associado a sintomas obsessivo-compulsivos. (Taylor et al., 2014) Relativamente à população infantil, sugere-se maior evidência nas crianças, quando comparado com os adolescentes. (Ben-Sasson & Podoly, 2017) Entre as várias alterações sensoriais presentes na POC descritas na literatura, a hipersensibilidade sensorial é a observada com mais frequência. Para além disso, independentemente da presença de POC, a hipersensibilidade sensorial tem sido descrita como a perturbação da regulação do processamento sensorial com maior grau de disfuncionalidade causada. (Podoly & Ben-Sasson, 2020)

Ainda que os estudos que investigam estas experiências subjetivas têm sido limitados pelo facto de não existir ainda consenso na literatura sobre como melhor defini-los, vários autores têm vindo a enfatizar a necessidade da criação de uma definição universal para estas experiências subjetivas, o que levou ao surgimento do termo «*sensory phenomena*». (Prado et al., 2008)

A descrição de «*sensory phenomena*» nestes doentes inclui sensações corporais, impulsos e uma sensação de tensão interna que ocorre imediatamente antes de um tique ou de uma compulsão, um sentimento de libertação de energia ou alívio após a sua execução e uma sensação de «*just right*» que leva a comportamentos de repetição. (Hazen et al., 2008) De facto, estas sensações podem ser relatadas tanto em doentes diagnosticados com POC como nos casos de hipersensibilidade sensorial e não é incomum que não exista uma obsessão a atribuir a determinada compulsão. Uma forma de explicar esta interação é através da perspetiva da «incompletude» que é uma dimensão cognitiva central da POC. No que diz respeito à POC, estas sensações estão, na maior parte das vezes, relacionadas com estímulos sensoriais visuais, tácteis e auditivos. Uma elevada incidência destas queixas sensoriais (50-80%) é reportada em indivíduos com POC e entre 30 a 70% dos doentes com POC reportam estes fenómenos sensoriais como causadores dos rituais compulsivos.

O «*sensory phenomena*» tem vindo a ser associado, para além dos sintomas do espectro obsessivo-compulsivo (procura constante de simetria e ordem, pensamentos ruminativos sobre limpeza e contaminação), a outras patologias como o Síndrome de *Tourette*. Parecem estar associados a comportamentos repetitivos fenómenos sensoriais, tanto em casos de POC, como em crianças e adolescentes diagnosticados com Síndrome de *Tourette*. Parece ainda que a relação é mais forte se este segundo diagnóstico estiver presente. Ambos os pacientes com POC e Síndrome de *Tourette* reportam que os fenómenos sensoriais podem causar maior angústia do que as compulsões ou os próprios tiques. (Ben-Sasson & Podoly, 2017; Podoly & Ben-Sasson, 2020; Prado et al., 2008; Van Hulle et al., 2019)

As experiências subjetivas, em particular o «*sensory phenomena*», são importantes variáveis fenotípicas na caracterização do subtipo de POC relacionado com a perturbação de tiques. Parecem também ser mais frequentes no subtipo de POC de início precoce. A presença destas experiências pode, por isso, ser útil para identificar pacientes com POC de início precoce ou associada a tiques, não tendo de estar necessariamente presente esta segunda condição. O facto destes fenómenos sensoriais serem mais frequentes em indivíduos com POC de início precoce reforça o aparecimento de sintomatologia obsessivo-compulsiva associada a alterações do processamento sensorial em crianças e adolescentes. As experiências sensoriais atípicas precoces podem apresentar-se como fator de risco para o eventual desenvolvimento de POC e podem servir como marco desenvolvimental para este subtipo particular de POC. (Hazen et al., 2008; Prado et al., 2008) Entre os adultos, os fenómenos sensoriais parecem estar ainda associados a uma resposta inadequada ao tratamento da POC, POC familiar e maior proporção de casos do sexo masculino. (Ben-Sasson & Podoly, 2017; Van Hulle et al., 2019)

Foram mais os estudos que investigaram a relação entre o «*sensory phenomena*» e a POC, enquanto são poucos os estudos sobre a relação entre a hipersensibilidade sensorial e a POC. A evidência que existe de população infantil e adulta não-clínica tem vindo a mostrar que a hipersensibilidade sensorial se relaciona com os rituais de infância em crianças com desenvolvimento normal e parece que a hipersensibilidade sensorial se correlaciona significativamente com determinadas características diagnósticas de POC em comparação com a avaliação de outras perturbações psiquiátricas. (Ben-Sasson & Podoly, 2017) Estes rituais podem, de facto, constituir uma tentativa de retomar uma sensação de controlo, que pode estar afetada quando estamos perante uma alteração da integração sensorial. A excessiva necessidade de controlo é uma das características

principais da POC e estes rituais, quando excessivos, podem desenvolver no futuro sintomas obsessivo-compulsivos. (Dar et al., 2012)

As hipóteses atuais em relação à fisiopatologia dos fenómenos sensoriais provêm principalmente de estudos realizados com pacientes diagnosticados com Síndrome de *Tourette*. A teoria principal envolve um mecanismo de *gating* hipersensível nos gânglios basais que conduz a um *overflow* de sinais aferentes para o córtex motor primário e suplementar. Acredita-se que a hipersensibilidade dos gânglios basais surge da alta afinidade para os recetores de dopamina nas células neuronais pré-sinápticas e pós-sinápticas, especialmente as que se localizam no núcleo caudado. (Prado et al., 2008)

Estudos de neuroimagem sugerem uma disfunção no circuito cortico-estriado-tálamo-cortical em doentes diagnosticados com perturbação obsessivo-compulsiva. Estando estes circuitos envolvidos no processamento e integração da informação sensorial e motora, é possível que existam alterações no desenvolvimento destas funções neurobiológicas nos doentes com POC. De facto, em dois estudos realizados com o objetivo de avaliar a existência de alterações de hipersensibilidade em doentes com POC, concluiu-se que esta população apresenta estas alterações e parece existir um maior impacto em doentes com POC que apresentam também história de tiques. (Ahmari et al., 2012; Russo et al., 2014)

A partir de uma perspetiva de modulação sensorial, a sensibilização e a habituação são dimensões em *continuum* de um limiar neurológico. Alguns estudos procuraram perceber se os indivíduos com POC apresentavam limiares neurológicos mais baixos e, portanto, seriam mais sensíveis a estímulos, e não encontraram diferenças. Os investigadores creem ser possível que um dos mecanismos subjacentes à hipersensibilidade sensorial tenha a ver com o mecanismo de habituação e não com uma diferença na perceção sensorial. Concluiu-se que, apesar de poder ser reportada hipersensibilidade, não implica que exista necessariamente uma sensibilidade fisiológica real/detetável. No entanto, a habituação é uma dimensão da hipersensibilidade que ainda não é totalmente compreendida ou considerada na investigação e intervenção. Estudos futuros usando uma abordagem multimodal (com recurso a questionários de auto-preenchimento, medidas fisiológicas e comportamentais) ajudarão a quantificar a hipersensibilidade e a esclarecer os mecanismos neurológicos subjacentes aos comportamentos observáveis. (Podoly & Ben-Sasson, 2020)

Vários modelos teóricos pretendem também explicar o fenótipo clínico de indivíduos com POC e alterações do perfil sensorial. Uma das hipóteses é que a hipersensibilidade sensorial é um fator de risco específico para o desenvolvimento de sintomas obsessivo-compulsivos e que a elevada sensibilidade pode afetar as experiências sensoriais precoces que podem influenciar a forma como uma criança percebe e reage ao ambiente. Nesta hipótese, a hipersensibilidade serve como mediador, o que explica a ansiedade elevada nestes casos. Outra hipótese é que os sintomas obsessivo-compulsivos podem influenciar os níveis de atenção e levar a uma maior consciência do ambiente, que é experimentado como hipersensibilidade sensorial. (Ben-Sasson & Podoly, 2017)

Têm vindo a ser desenvolvidos alguns estudos sobre a relação entre estas duas entidades. Foram avaliados uma série de casos clínicos que se focaram na relação direta entre a perturbação obsessivo-compulsiva na infância e a sensibilidade sensorial. Estes sugeriam a presença de uma intolerância a estímulos simples do dia-a-dia, o que levava a uma notória disfuncionalidade no funcionamento diário e a rituais compensatórios, sendo estes sintomas sensoriais os sintomas primários das crianças. Estes sintomas eram a forma de apresentação clínica primária, ao contrário

dos pensamentos intrusivos, imagens ou ideias, que estão habitualmente associados à perturbação obsessivo-compulsiva. Este estudo tinha como objetivo identificar estes sintomas sensoriais como característica diagnóstica do espectro obsessivo-compulsivo, no sentido de se perceber se se trata de um fenótipo específico da POC. (Hazen et al., 2008)

Também em um estudo desenvolvido por Hulle, C.A.V. et al., em que foi avaliada a ocorrência de hipersensibilidade sensorial (nomeadamente tátil e auditiva) e sintomas obsessivo-compulsivos em irmãos gémeos aos 8 e 13 anos, se verificou uma relação significativa entre os sintomas sensoriais e obsessivo-compulsivos. No entanto, os sintomas sensoriais não pareceram preceder os sintomas obsessivo-compulsivos, parecendo tratar-se de um fenótipo particular de POC e não uma condição comórbida. A associação longitudinal não foi suportada, suportando a hipótese de que os sintomas de hipersensibilidade mais provavelmente ditarão uma extensão do «*sensory phenomena*» já descritos nos doentes diagnosticados com POC. (Van Hulle et al., 2019)

Em outro estudo, foi pesquisada a relação entre a resposta excessiva a estímulos inócuos do dia-a-dia, a partir do uso de uma escala de medição da hipersensibilidade tátil e oral, e a presença de rituais nas crianças e sintomas obsessivo-compulsivos em adultos. Tanto nas crianças como nos adultos estas variáveis mostraram-se correlacionadas, mesmo após ter sido controlada a variável correspondente à sintomatologia ansiosa, o que traduz que esta correlação não pode ser explicada apenas como uma tentativa de reduzir a ansiedade, mas deve ser vista como uma interação mais complexa entre a hipersensibilidade sensorial e a POC. Este estudo fornece, portanto, suporte preliminar para a proposição de que a hipersensibilidade (nomeadamente olfatória, gustativa e tátil) pode constituir uma diátese para os sintomas obsessivo-compulsivos presentes no adulto. (Dar et al., 2012)

A hipersensibilidade sensorial é ainda descrita como uma provável característica trans-diagnóstica, que pode estar presente em outras patologias, nomeadamente PHDA e perturbação de ansiedade. Também se tem vindo a demonstrar que as crianças com hipersensibilidade e outras patologias psiquiátricas concomitantes tendem a apresentar maior gravidade sintomatológica em ambas as doenças e maior impacto no seu funcionamento. Parece que as crianças que apresentam simultaneamente POC e hipersensibilidade apresentam maior frequência de sintomas de ambas as patologias, sugerindo que o peso adicional causado pela disfunção sensorial exacerba condições comórbidas. (Van Hulle et al., 2019) De forma semelhante, estudos desenvolvidos em adultos (população não-clínica) sugeriram a mesma relação entre os doentes que apresentavam critérios de diagnóstico para ambas as condições comparativamente com os doentes que apresentavam apenas critérios para uma delas. (Taylor et al., 2014; Ben-Sasson & Podoly, 2017)

Como referido, a hipersensibilidade sensorial também parece estar mais presente entre os jovens diagnosticados com POC que têm outras condições comórbidas. Dentro dessas condições temos o caso das perturbações depressivas, perturbações comportamentais disruptivas ou a PHDA. Dados pediátricos mostram também a relação entre a hipersensibilidade sensorial e os níveis de ansiedade elevados. Estudos de amostras pediátricas com perturbações do desenvolvimento encontraram interações entre a hipersensibilidade sensorial e níveis de ansiedade elevados, independentemente da gravidade do diagnóstico. A hipersensibilidade sensorial pode, por si só, desencadear ansiedade, uma vez que os estímulos do dia-a-dia se tornam fatores *stressores*, o que pode resultar em fobias específicas, comportamentos de evitamento e perturbação de ansiedade generalizada. (Ben-Sasson & Podoly, 2017) Para além da patologia ansiosa, crianças com alterações do comportamento,



sobretudo associadas a perturbações do espectro do autismo e PHDA, frequentemente apresentam hipersensibilidade sensorial. Parece, de facto, que a hipersensibilidade é uma característica associada não só à POC, mas também a outras condições clínicas. Pode mesmo tratar-se de um fator de risco não específico ao desenvolvimento de variadas patologias neuropsiquiátricas. (Van Hulle et al., 2019)

Importa ainda destacar a tarefa, muitas vezes desafiante, de destringir a componente sensorial da componente comportamental. Para tal, é fundamental a elaboração de uma história clínica detalhada e a realização de exames complementares de diagnóstico, quando indicado, nomeadamente a avaliação da motricidade global e do perfil sensorial pela Terapia Ocupacional. Como ilustrado nos casos clínicos, pode haver uma componente relacional importante e é necessário compreender bem em que contextos ocorrem as alterações de comportamento.

Independentemente da determinação de uma justificação consensual sobre a relação entre estas duas entidades, a hipersensibilidade deve ser sempre avaliada na POC como parte do processo diagnóstico, tendo em conta o seu grande impacto na gravidade da psicopatologia e na qualidade de vida. Interessa por isso, e de forma a tornar possível a comparação direta entre estudos, uniformizar os métodos da avaliação sensorial nos futuros estudos e na prática clínica. Apesar de não parecer existir uma alteração específica de uma das modalidades sensoriais, indicando que a hipersensibilidade sensorial é uma característica dimensional, nos vários estudos analisados foram estudadas diferentes modalidades sensoriais, tornando difícil essa comparação.

Tendo em conta a pouca evidência disponível nesta área não é ainda possível determinar uma definição clara destas experiências subjetivas e do que é um sintoma sensorial na POC. Uma grande limitação para uma melhor compreensão destes fenómenos sensoriais é a falta de entrevistas estruturadas para avaliar a sua presença e gravidade. Por este mesmo motivo, recorre-se por vezes a escalas subjetivas ainda não totalmente validadas e a informação dos cuidadores principais, no caso da população pediátrica, para validar estes fenómenos, o que pode criar um viés importante.

Pelo descrito, são ainda escassos os dados da literatura subordinados a este tema e a pequena amostra existente diz respeito, sobretudo, à população adulta não clínica, tratando-se na sua maioria de estudos retrospectivos. No entanto, apesar de se terem realizados vários estudos sobretudo em população não clínica, pôde extrapolar-se tendo em conta a presença de traços de personalidade na população em geral, nomeadamente de carácter obsessivo, mesmo não existindo critérios patológicos, que incutem comportamentos semelhantes aos presentes na população clínica. A presença de sintomatologia obsessiva-compulsiva é comum na população geral, diferindo da população clínica relativamente à sua severidade e não na forma e conteúdo da sintomatologia apurável.

Em suma, podemos concluir que as correlações entre a POC e a hipersensibilidade sensorial têm sugerido várias explicações: a hipersensibilidade como traço indicador de um subtipo específico de POC, hipersensibilidade como fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia em geral ou hipersensibilidade como base sensorial para determinar esquemas cognitivos patológicos. A evidência analisada suporta, sobretudo, a existência de um perfil sensorial específico na POC, e pode fortalecer a hipótese de que algumas compulsões presentes no espectro obsessivo-compulsivo se podem desenvolver de forma a tranquilizar a ansiedade evocada pela hipersensibilidade sensorial.

Este trabalho apela ao reconhecimento da hipersensibilidade sensorial e à importância de validar clinicamente a dimensão sensorial da POC, através de dados clínicos e experimentais, de forma a

chamar a atenção para os fenómenos sensoriais, muitas vezes negligenciados durante a avaliação e planeamento de intervenção destes indivíduos. Os fenómenos sensoriais devem, por isso, ser incluídos como uma importante variável fenotípica em futuros estudos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Uhre, C. F., Uhre, V. F., Lønfeldt, N. N., Pretzmann, L., Vangkilde, S., Plessen, K. J., Gluud, C., Jakobsen, J. C., & Pagsberg, A. K. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1), 64–77. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.08.480>
- American Psychiatric Association. (2013). Chapter 6. Obsessive-Compulsive and Related Disorders. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- (3) Ferrão, P. A. F. D. N. (2017). Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências Not Just Right. (Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve
- (4) Hazen, E. P., Reichert, E. L., Piacentini, J. C., Miguel, E. C., do Rosario, M. C., Pauls, D., & Geller, D. A. (2008). Case series: Sensory intolerance as a primary symptom of pediatric OCD. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 20(4), 199–203. <https://doi.org/10.1080/10401230802437365>
- (5) ZERO TO THREE. (2016). Sensory Processing Disorder. In *DC:0–5™ Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Washington, DC: Author.
- (6) Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J. E., ... Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- (7) Dar, R., Kahn, D. T., & Carmeli, R. (2012). The relationship between sensory processing, childhood rituals and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(1), 679–684. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.008>
- (8) Taylor, S., Conelea, C. A., McKay, D., Crowe, K. B., & Abramowitz, J. S. (2014). Sensory intolerance: latent structure and psychopathologic correlates. *Comprehensive psychiatry*, 55(5), 1279–1284. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.007>
- (9) Ben-Sasson, A., & Podoly, T. Y. (2017). Sensory over responsivity and obsessive compulsive symptoms: A cluster analysis. *Comprehensive psychiatry*, 73, 151–159. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.10.013>
- (10) Podoly, T. Y., & Ben-Sasson, A. (2020). Sensory Habituation as a Shared Mechanism for Sensory Over-Responsivity and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Frontiers in integrative neuroscience*, 14, 17. <https://doi.org/10.3389/fnint.2020.00017>
- (11) Prado, H. S., Rosário, M. C., Lee, J., Hounie, A. G., Shavitt, R. G., & Miguel, E. C. (2008). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders: a review of the literature. *CNS spectrums*, 13(5), 425–432. <https://doi.org/10.1017/s1092852900016606>

(12) Van Hulle, C. A., Esbensen, K., & Goldsmith, H. H. (2019). Co-occurrence of Sensory Overresponsivity with Obsessive-Compulsive Symptoms in Childhood and Early Adolescence. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* : JDBP, 40(5), 377–382. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000671>

(13) Ahmari, S. E., Risbrough, V. B., Geyer, M. A., & Simpson, H. B. (2012). Impaired sensorimotor gating in unmedicated adults with obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 37(5), 1216–1223. <https://doi.org/10.1038/npp.2011.308>

(14) Russo, M., Naro, A., Mastroeni, C., Morgante, F., Terranova, C., Muscatello, M. R., Zoccali, R., Calabrò, R. S., & Quartarone, A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: a "sensory-motor" problem?. *International journal of psychophysiology* : official journal of the International Organization of Psychophysiology, 92(2), 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2014.02.007>

## **ICCA2022-43997 - Processos atípicos de comunicação: cocriação de um modelo conceitual e de um programa de intervenção**

João Canossa Dias<sup>1</sup>, Ana Mineiro<sup>2</sup>, Saskia Damen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã; Universidade de Aveiro; Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (PORTUGAL)*

<sup>2</sup>*Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (PORTUGAL)*

<sup>3</sup>*Universidade de Groningen (PAÍSES BAIXOS)*

### **Abstract**

Nos estudos sobre comunicação humana, investigadores e profissionais recorrem a diferentes abordagens teóricas ou modelos representativos do processo. Dependendo da definição de comunicação e da adoção por um modelo de comunicação linear, interacional ou transacional, mudará a inclinação filosófica, bem como as questões, hipóteses e explicações formuladas pelos profissionais. As diferentes orientações conceituais terão, naturalmente, influência na forma como o profissional aborda a temática da comunicação e respetivas perturbações ou dificuldades.

A interação comunicativa pode ocorrer em diversos contextos; o presente projeto de investigação foca processos de comunicação em contextos interpessoais, passíveis de se tornarem atípicos quando uma das partes na troca comunica, principalmente, através de comportamentos pré-verbais, não convencionais e, por vezes, idiossincráticos. Os processos de comunicação atípicos são comuns quando alguém na díade apresenta uma deficiência ou condição com impacto significativo ao nível do neurodesenvolvimento.

Na presente pesquisa, o Complexo da Comunicação Contínua (CCC) é formulado e apresentado enquanto modelo teórico para analisar e potenciar a qualidade de processos de comunicação interpessoal atípica, assumindo a troca comunicativa como fenómeno dialógico e cocriativo e enfatizando a forma como a relação comunicativa pode evoluir dentro das díades. O modelo é baseado numa extensa revisão narrativa de literatura, com a finalidade de determinar as componentes do modelo, esclarecer as relações entre aquelas e explicar como a dinâmica comunicativa pode crescer em termos de diversidade e complexidade. Subjacente ao modelo proposto está a influência consciente da teoria transacional de comunicação e da perspetiva dialógica do processo.

Na fase atual da investigação, o modelo teórico CCC e um programa de intervenção terapêutica fundamentado pelo mesmo encontram-se em fase de validação por um painel de peritos internacional, reconhecendo-se a necessidade de posterior experimentação clínica.

Palavras-chave: Comunicação interpessoal, Modelos de Comunicação, Comunicação atípica.

### **INTRODUÇÃO**

Inúmeras têm sido as tentativas de definir de forma clara e completa o conceito de comunicação, embora alcançar uma definição perfeita pareça ser impossível e, provavelmente, um esforço interminável (Littlejohn, Foss & Oetzel, 2017). Não obstante a existência de várias concetualizações deva ser reconhecida como natural e inevitável, tal não deve ser considerado inconsequente. Pode não haver uma perspectiva certa ou errada, porém o ponto de vista adotado guiará teóricos e investigadores em diferentes direções e para questões divergentes, enfatizando determinados aspetos da comunicação em detrimento de outros (Andersen, 1991). Para efeito do presente estudo, optou-se por definir comunicação de acordo com a perspectiva de Pearson, Nelson, Titsworth e Hosek (2017, p.8-9)

*"Define-se comunicação como o processo de utilização de mensagens para gerar significado. A comunicação é considerada um processo porque é uma atividade, uma troca ou um conjunto de comportamentos - não um produto imutável. A comunicação não é um objeto que se possa 'segurar entre as mãos'; é uma atividade em que se participa. (...) Ao afirmar que a comunicação é um processo, pretende-se afirmar que não se pode analisar qualquer comportamento de comunicação em particular como um ato isolado e compreender plenamente o que está a acontecer".*

Investigadores e clínicos deverão adotar a definição e o modelo concetual que melhor se adequa ao seu propósito, reforçando a tendência para colocar questões e formular hipóteses que orientem o seu trabalho na direção dos resultados pretendidos.

Quais serão, todavia, as diferentes formas de concetualizar o processo comunicativo? Qual(ais) a(s) mais adequada(a) quando o que se pretende é intervir para melhorar processos de comunicação entre duas ou mais pessoas?

Ao explorar literatura sobre o tema, é compreensível que existem três "categorias teóricas" através das quais se pode analisar o processo de comunicação humana:

- comunicação como um processo unidirecional de emissor para recetor;
- comunicação como um processo bidirecional de construção de significado entre agentes;
- comunicação como um processo omnidirecional e diacrónico de negociação de significado entre comunicadores (Ruler, 2018).

Para o fim a que se destina presente investigação, a terceira perspectiva, a da comunicação como um processo omnidirecional diacrónico de negociação de significado, será a mais indicada. De acordo com a mesma, a interação entre comunicadores desempenha um papel fundamental e o processo é visto como uma cocriação de significado que se desenvolve de forma multidirecional ao longo do tempo (Ruler, 2018). No Modelo Transacional de Comunicação, a palavra comunicador é utilizada em vez de emissor ou recetor, o que significa que os participantes enviam, processam e recebem mensagens em simultâneo e não numa modalidade unidirecional (Adler & Proctor II, 2011). Dizer que a comunicação é transacional significa que o processo é cooperativo e que todos os participantes são mutuamente responsáveis pelos efeitos e pela eficácia da troca. No modelo em análise os comunicadores ocupam diferentes campos de experiência que se vão sobrepondo gradualmente, na medida que aqueles que se encontram em comunicação convergem num esforço ativo de compreensão mútua e de coconstrução de significados partilhados (West & Turner, 2010). Uma última característica do modelo transacional deve ser realçada: a comunicação é considerada diacrónica. Em vez de se concentrar na transmissão de mensagens/feedbacks, de forma estática, o

paradigma transacional destaca a crescente interação entre comunicadores, desenvolvendo-se ao longo do tempo e resultando numa cada vez maior partilha e complexidade (Ruler, 2018).

Constata-se que existem, pelo menos, sete situações ou contextos em que a comunicação ocorre:

- (i) intrapessoal, a comunicação com o próprio;
- (ii) interpessoal, comunicação cara-a-cara entre duas pessoas;
- (iii) pequeno grupo, comunicação entre um grupo de pessoas;
- (iv) organizacional, comunicação dentro e entre ambientes grandes e alargados;
- (v) pública ou retórica, comunicação dirigida a uma grande audiência;
- (vi) para massas/meios de comunicação, comunicação dirigida a uma audiência vasta através de meios de comunicação social; e
- (vii) cultural, comunicação entre e entre membros de diferentes culturas (West & Turner, 2010).

A presente investigação diz respeito à comunicação interpessoal, definida por Pearson e colaboradores (2017) como o processo de utilização de mensagens para gerar significado entre pelo menos duas pessoas, numa situação que permite oportunidades para uma participação equilibrada por todas as partes.

Definido o conceito de comunicação e explorados diferentes modelos teóricos e contextos em que ocorre, importa clarificar a noção de atípico, quando se trata de trocas comunicativas interpessoais. Perante dificuldades na comunicação interpessoal devido a uma deficiência, perturbação do neurodesenvolvimento ou condição de saúde, determinadas pessoas poderão manifestar Necessidades Complexas de Comunicação (NCC), precisando, por isso, de "apoio significativo por parte dos parceiros de comunicação para que as suas mensagens sejam compreendidas" e verificando-se que as suas "mensagens podem nem sempre ser intencionais" (Goldbart & Caton, 2010, p. 4). Outros autores, como Forster (2008), argumentam que este grupo revela formas diversas, únicas e, por vezes, peculiares de interagir e comunicar, nem sempre legíveis ou inteligíveis para os parceiros de comunicação. Nind e Hewett (2001) afirmam que muitos termos e expressões têm sido utilizados ao longo do tempo para se referir à população heterogénea para quem comunicação interpessoal parece ser um desafio significativo: pessoas pré-verbais, pré-linguísticas, "difíceis de alcançar", com deficiência intelectual profunda, com multideficiência, entre outros. Concluem que este grupo de pessoas tende a apresentar em comum competências comunicativas e sociais pouco desenvolvidas, frequentemente acompanhadas por dificuldades sensoriais, intelectuais e comportamentais.

Embora ainda não haja um corpo significativo de investigação sobre este assunto, a literatura indica que este grupo de pessoas comunica sobre os mesmos tópicos que todos os outros (por exemplo, sentimentos, necessidades, gostos e desejos), embora possam exigir, do parceiro de comunicação, flexibilidade no que concerne às modalidades de comunicação a utilizar (Goldbart & Caton, 2010). Infelizmente, a investigação sugere que algumas destas pessoas beneficiarão de apenas alguns minutos de trocas comunicativas interpessoais diárias, correndo um elevado risco de isolamento social devido ao seu perfil de comunicação atípico. De facto, estas pessoas podem perder oportunidades de comunicação interpessoal porque:

- 1) nem sempre conseguem iniciar e/ou manter as trocas comunicativas;
- 2) têm dificuldades em dar sentido ao ambiente envolvente; e/ou
- 3) demonstram estilos de interação muito singulares (Forster, 2008).

Presumir competência por parte do parceiro de comunicação é crucial para o sucesso de qualquer troca comunicativa. Representa, também, um compromisso no sentido da inclusão e de esperar que cada indivíduo tenha uma agência ativa nas trocas comunicativas, participando plenamente nos seus contextos de vida, mesmo que uma deficiência e consequências relevantes possam estar presentes (Biklen & Burke, 2006). É, por isso, necessária uma compreensão abrangente do perfil de comunicação de qualquer parceiro, incluindo aqueles que demonstram perfis atípicos e com quem “os processos de comunicação são, frequentemente, menos convencionais, imprevisíveis e/ou incompreensíveis” (Dias, 2015, pp.12-13).

No seu estudo científico envolvendo cuidadores de comunicadores atípicos, Dias (2015) identificou nove categorias fundamentais para o estabelecimento e desenvolvimento crescente de trocas comunicativas nas díades cuidador – pessoa cuidada. Estes nove elementos são:

- 1) Sensações – informação sensorial que permite aos parceiros estar interessados um no outro;
  - 2) Emoções – expressas pelos parceiros, num processo de correção que fortalece a relação;
  - 3) Atenção – a consciência do outro que conduz a uma atenção partilhada, o que significa que cada indivíduo está atento ao outro e ciente do estado de partilha da atenção;
  - 4) Participação Ativa – participação em diferentes tipos de atividades, ao mesmo tempo em que se partilha e interage com os parceiros de comunicação;
  - 5) Espontaneidade – a capacidade de ambos os parceiros utilizarem comportamentos como iniciativas comunicativas e respostas ao outro;
  - 6) Equilíbrio – a ocupação, por ambas as partes, de posições de expressão e receção, com uma dinâmica equilibrada de alternância de turnos;
  - 7) Coerência – utilização consistente de comportamentos comunicativos para expressar as próprias intenções comunicativas e reconhecer as intenções do parceiro;
  - 8) Proximidade – alcançada quando o parceiro de comunicação mais desenvolvido é capaz de ajustar as ações e reações para atender ao parceiro menos desenvolvido em termos de desempenho comunicativo e linguístico;
  - 9) Narrativas – com as demais oito categorias “no lugar”, os parceiros podem envolver-se em processos de negociação de significado, usando símbolos e representações de contextos partilhados em diferentes momentos do tempo e espaço, contribuindo para a cocriação de um código linguístico.
- De acordo com o autor desta grounded theory (Dias, 2015), as nove categorias apresentadas organizam-se em quatro componentes mais abrangentes, tal como explícito na tabela 1.

**Tabela 1. Elementos da grounded theory sobre processos complexos de comunicação**

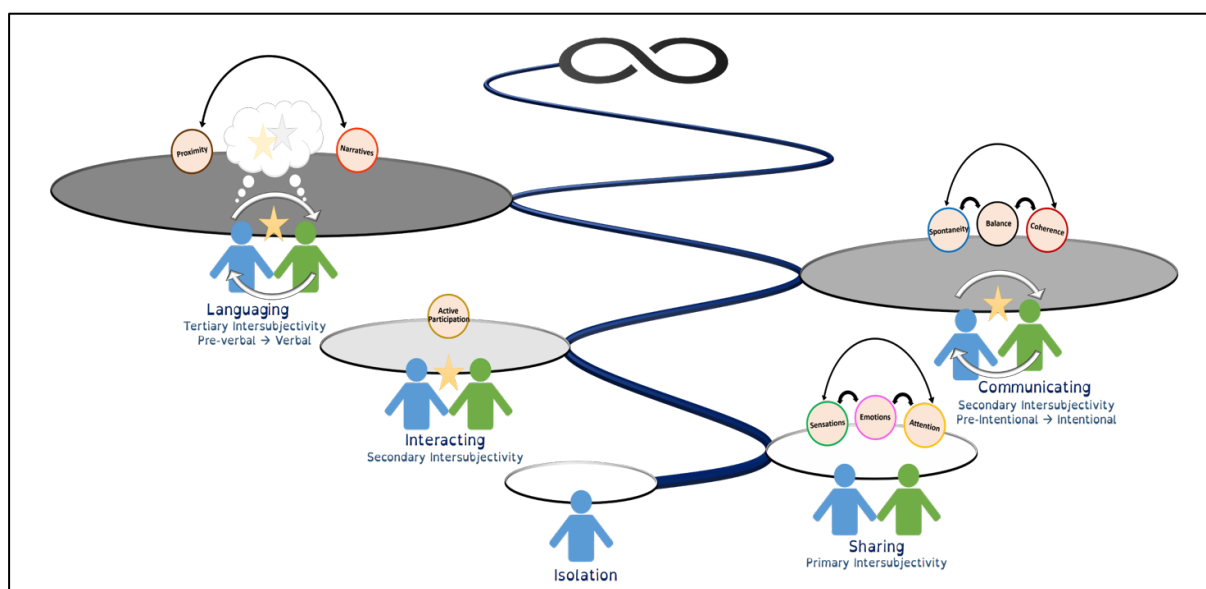
<b>Componentes</b>	<b>Categorias</b>
<b>Partilha</b> ↓	Sensações → Emoções → Atenção
<b>Interação</b> ↓	Participação Ativa
<b>Comunicação</b> ↓	Espontaneidade → Equilíbrio → Coerência
<b>“Linguagem em Ação”</b>	Proximidade → Narrativas

Fonte: Dias, 2015

No seguimento da tese supramencionada, Dias, Mineiro e Damen (2020) propuseram um modelo – o Complexo da Comunicação Contínua (CCC) – que incorpora as mesmas nove categorias e quatro

componentes, numa dinâmica de complexidade crescente a partir de um estado básico de partilha de sensações, emoções e atenção, até à negociação simbólica de significados e cocriação de narrativas e “conversas”. Na expectativa de ajudar a compreender a complexidade dos processos de comunicação atípicos, o modelo proposto resgata a noção de omnidirecionalidade do Modelo Transacional de Comunicação (Adler & Proctor II, 2011; West & Turner, 2010), argumentando que a relação entre as nove variáveis se caracteriza por influências mútuas entre as categorias dentro de cada componente. Entre componentes – Partilha, Interação, Comunicação e “Linguagem em Ação” – o modelo retrata uma dinâmica de desenvolvimento ao longo de quatro níveis de complexidade crescente, incorporando o conceito diacrónico da teoria transacional (Ruler, 2018); significando, com isto, que a comunicação é irrepetível e evoluirá continuamente com a experiência adicional dos comunicadores no tempo. Para ilustrar esta ideia, uma forma helicoidal – ilustrada na imagem 1 – foi usada para estabelecer a relação entre os níveis de comunicação, honrando a contribuição de Frank Dance (1967) com o seu reconhecido modelo teórico sobre o fenómeno comunicativo.

**Imagem 1. Complexo Contínuo da Comunicação**



Fonte: Dias, Mineiro & Damen, 2020

Estabelecido um novo modelo concetual para interpretar e enriquecer processos atípicos de comunicação interpessoal, a equipa de investigação definiu como os objetivos da presente pesquisa:

- Validar o CCC, enquanto modelo teórico para analisar e intervir sobre processos atípicos de comunicação;
- Cocriar, com um painel de peritos internacional, um programa de intervenção com cuidadores, baseado no modelo CCC e no trabalho colaborativo com cuidadores.

Com este trabalho, pretende-se colmatar a lacuna existente, a nível nacional e internacional, no que diz respeito a programas de intervenção na área da comunicação e das NCC que incorporem a perspetiva transacional e princípios da teoria dialógica. O processo de cocriação de uma proposta de intervenção com estas características, dirigido a cuidadores de indivíduos com perfis atípicos de comunicação, é apresentado na continuidade da presente publicação.

## **METODOLOGIA**

A criação de um programa de intervenção para corresponder às necessidades de comunicadores com perfil atípico iniciou-se com uma extensa revisão narrativa sobre o tema, por forma a compreender o que mais valorizado seria pelos profissionais, mas também pelos cuidadores destes indivíduos.

Num estudo desenvolvido por Bortoli, Arthur-Kelly, Mathisen e Balandin (2014), envolvendo terapeutas da fala, os participantes identificaram um vasto leque de variáveis, relacionadas com o profissional, com o indivíduo, com os cuidadores e com as circunstâncias contextuais e institucionais, passíveis de interferir no sucesso das intervenções para melhorar a comunicação com alunos com deficiências mais graves e/ou combinadas. As conclusões desta investigação apontam para a necessidade de intervenções sistémicas e a vários níveis, a fim de aumentar a probabilidade da sua eficácia. Os autores sugerem, também, que, sendo a comunicação um processo dinâmico complexo, adotar uma perspetiva de complexidade será o caminho mais indicado (Bortoli et al., 2014). Por acolher a complexidade do processo comunicativo, considerou-se que o CCC (Dias, Mineiro & Damen, 2020) se constituiria como modelo teórico adequado para fundamentar um programa de intervenção no âmbito das dificuldades na comunicação.

A literatura refere que o envolvimento de cuidadores no acompanhamento dos seus familiares com deficiência ou alterações significativas do neurodesenvolvimento é fundamental. Tal como advogado por Oulton, Sell e Gibson (2020), a componente central da nova proposta de intervenção é o desenvolvimento de uma parceria genuína com cuidadores, envolvendo estes importantes agentes através da comunicação efetiva e da partilha oportuna de informação, fazendo-os sentir-se informados, envolvidos, tranquilizados e valorizados.

No sentido de trabalhar a área da comunicação com familiares de crianças com multideficiência, Flink, Johnels, Broberg e Thunberg (2020) criaram um programa formativo composto por oito sessões, incorporando de forma equilibrada componente teórica e prática para explorar temas como a comunicação, desenvolvimento comunicativo, características de um bom parceiro de comunicação, introdução à comunicação aumentativa, entre outros. A intervenção, testada com várias famílias, foi avaliada positivamente, não só pelas aprendizagens alcançadas, mas também pelo apoio entre pares dentro do grupo. Seguindo boas práticas no âmbito explorado, considerou-se que o programa a desenvolver deveria incorporar uma componente formativa, envolvendo os participantes em dinâmicas práticas e promotoras do apoio interpares.

Do ponto de vista técnico, o programa de intervenção criado almejaria trabalhar competências comunicativas basilares, recorrendo à abordagem Intensive Interaction (Nind & Hewett, 2011; Hewett, 2011) como modelo orientador. De acordo com esta metodologia, o trabalho dos Princípios Fundamentais da Comunicação é prioritário e o treino de parceiros, para saber quando e como iniciar e responder na interação, uma componente nuclear. Uma outra metodologia que serviu de inspiração foi o HOP - Hanging Out Program (Forster, 2008), na sua versão portuguesa ToP - Programa Tempo Partilhado (Dias, Monteiro, Soares & Mineiro, 2021), que preconiza que os principais cuidadores disponibilizem pelo menos dez minutos do seu dia, regularmente, para dedicar plenamente o seu tempo e atenção à troca comunicativa com o parceiro com deficiência e NCC. Dada a sua simplicidade, natureza responsiva e envolvimento de cuidadores, este programa foi uma orientação para a proposta a desenvolver. Um outro método de intervenção serviu de influência no processo



criativo: o Video Interaction Guidance (Kennedy, Landor & Todd, 2011). De acordo com este último, o recurso à análise de vídeos representativos de momentos de sucesso na interação comunicativa pode ter efeitos positivos na relação entre os elementos da díade, favorecendo a comunicação e reforçando, de formas variadas e importantes, o papel do cuidador.

Finalizada a revisão de literatura, a equipa de investigação reuniu ideias para concetualizar a nova proposta de intervenção, intitulada de Programa 3C. Com a finalidade de melhorar a qualidade das trocas de comunicação, aumentando a diversidade e a complexidade dos processos de comunicação entre indivíduos com um perfil atípico de comunicação e respetivos cuidadores, o programa é baseado no modelo teórico CCC. O objetivo geral é ajudar profissionais a proporcionar apoio a cuidadores, cocriando novas formas de interação e comunicação, ao mesmo tempo que se entra num diálogo acessível com os parceiros de comunicação. Dada a sua natureza, o programa deve ser implementado por um profissional de Saúde ou Educação, com formação especializada em análise de vídeo e intervenção na área da comunicação e linguagem.

No que concerne à estrutura, o Programa 3C consiste numa intervenção que se prolonga ao longo de 11 sessões, com regularidade semanal, entre cuidadores e o profissional que orienta o processo. A primeira sessão é dedicada à apresentação do programa e introdução da sua fundamentação teórica, assim como de uma componente primordial do programa: as interações 3C. As nove sessões seguintes constituem o núcleo do programa e, em cada uma delas, uma das nove categorias específicas e um nível de envolvimento (i.e. componente) do modelo CCC é explorado no âmbito de um diálogo com os cuidadores e tendo a análise de vídeo de trocas comunicativas de elevada qualidade como "paisagem" para a conversa. A sessão final é dedicada à revisão do programa e finalização da intervenção, com a decisão partilhada de terminar a intervenção, continuar com a mesma ou passar a abordagens alternativas ou suplementares. Dependendo das necessidades específicas, há a possibilidade de prolongar o número de sessões para se abordar mais profundamente os níveis de envolvimento ou componentes do modelo CCC e/ou para envolver outros especialistas para abordar tópicos específicos (e.g., envolver um especialista em Integração Sensorial).

Finalizada a proposta do Programa 3C, os investigadores avançaram para a validação do mesmo através da metodologia do Painel de Peritos (PP), de acordo com o Método de Delphi (MD). Este é um desenho de investigação que tem vindo a ganhar popularidade e aceitação dentro da comunidade científica, como metodologia para alcançar consenso na decisão de linhas de atuação mais apropriadas, particularmente em áreas como a investigação educacional e da saúde (Avella, 2016).

Os contornos específicos da abordagem de PP foram definidos de acordo com o manual da RAND (Fitch et al., 2001), guia original da metodologia que especifica todos os passos do processo; desde o recrutamento e seleção de peritos, até à realização da análise e avaliação de resultados, passando por todos os requisitos documentais e procedimentos de comunicação com os elementos do painel. De acordo com o manual RAND (Fitch et al., 2001) a análise dos peritos deve ser feita através da resposta a um questionário que permita a emissão de um juízo de valor sobre a adequação das várias componentes do Programa 3C. Para esse efeito, a recomendação é o recurso a uma escala de Likert com nove pontos, sendo zero (Completamente Inadequado) a nível mínimo de adequação e nove (Completamente Adequado) o máximo. Um valor mediano de sete é indicador de que o item avaliado é adequado, de acordo com o parecer de peritos (Fitch et al., 2001).

Existindo, por parte dos autores, a intenção de abranger peritos internacionais na análise, colocou-se a hipótese de realizar uma versão modificada e online do MD. O trabalho de Khodyakov e colaboradores (2020) valida esta opção, reiterando que uma versão online do MD poderá ser utilizada para envolver as partes interessadas relevantes não apenas durante o processo de análise, mas também em fases ulteriores de desenvolvimento do Programa 3C, permitindo uma maior escalabilidade, reduzindo custos e enaltecendo a participação de todos os participantes. Os autores recomendam a realização de um teste-piloto, prévio à análise dos peritos, e estratégias específicas para recrutar e assegurar o compromisso dos participantes, facilitar a comunicação, manter o empenho dos especialistas ao longo do processo e disseminar resultados da investigação (Khodyakov et al., 2020).

No processo de realização do PP inerente ao projeto de investigação apresentado, seguiu-se a abordagem online e modificada do MD, procedendo-se às seguintes atividades:

- 1) Definição de critérios de inclusão para os peritos internacionais, considerando dois grupos - peritos provenientes do meio académico e peritos provenientes do meio profissional;
- 2) Disseminação de uma Call for Experts, especificando os critérios de seleção de peritos, através das redes sociais e de uma mailing list integrando organizações e referências individuais na área da Comunicação e NCC;
- 3) Receção de candidaturas espontâneas de peritos e estabelecimento de contacto prévio para fornecimento de informação adicional sobre o processo de investigação;
- 4) Seleção final dos peritos e categorização dos mesmos de acordo com os dois grupos propostos;
- 5) Recolha de informação sociodemográfica para caracterização do conjunto de participantes no PP;
- 6) Cumprimento de procedimentos de assinatura de Consentimento Informado, Termo de Anuência e Non-Disclosure Agreement pelos participantes;
- 7) Envio do material para análise, incluindo a apresentação detalhada do Programa 3C, toda a documentação de suporte à implementação do mesmo e um artigo científico de Dias, Mineiro e Damen (2020), com a fundamentação teórica da intervenção;
- 8) Envio de um questionário para preenchimento pelos peritos, com um total de 25 perguntas, estipulando um prazo de 4 semanas para a tarefa;
- 9) Envio de um e-mail de follow-up, sete dias após o envio do material para análise;
- 10) Receção de respostas e análise quantitativa e qualitativa dos dados recolhidos.

Importa referir que previamente a qualquer iniciativa dos pesquisadores, o projeto de investigação foi submetido ao escrutínio e validação por parte da Comissão de Ética em Saúde (CES) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, deferida após análise e prestação de esclarecimentos pelo autor principal.

Após a aprovação por parte da CES, e antes da análise formal dos peritos, todo o material para análise, assim como o questionário utilizado, foram revistos por pares no processo de investigação e sujeito a um teste-piloto com quatro representantes dos respondentes no PP, tal como recomendado pela literatura (Fitch et al., 2001; Khodyakov et al., 2020). Decorrente do teste-piloto foram feitas melhorias no sentido de facilitar a análise dos peritos, clarificar a escala de resposta no questionário, incluir de questões complementares e tornar o processo mais dinâmico e envolvente, nomeadamente através da introdução de breves vídeos do autor principal a explicar as diferentes fases do programa aos peritos.

De referir que toda a documentação utilizada e material para análise foram revistos do ponto de vista linguístico, por uma profissional especializada na língua de trabalho (inglês) e por uma falante nativa da mesma língua, a fim de evitar que qualquer imprecisão linguística interferisse com a análise pretendida.

## RESULTADOS

O processo de aceitação do projeto de investigação na comunidade de académicos e profissionais foi deveras positivo, recebendo-se as primeiras candidaturas poucos dias após a disseminação do Call for Experts. Também do ponto de vista institucional houve receptividade à iniciativa da equipa de investigação, com organizações de referência a nível nacional (e.g., Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala e Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala) e internacional (e.g., Communication Matters, International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities, ELKLAN Training Ltd e International Society for Augmentative and Alternative Communication) a valorizar e contribuir para a divulgação do projeto e, por essa via, recrutamento de peritos.

Após análise das candidaturas recebidas, constituíram-se os dois grupos de peritos para a análise, incluindo os candidatos que preenchiam os critérios de inclusão, nomeadamente o domínio da língua de trabalho do painel (inglês) e a experiência profissional ou académica na área da comunicação e NCC. Os peritos incluídos corresponderam também ao critério de preenchimento da documentação inerente à participação – Termo de Consentimento Informado, Termo de Anuência e Questionário Demográfico.

Terminado o processo seletivo, o grupo dos peritos provenientes da academia ficou com nove elementos e o grupo de peritos do ambiente profissional com dez. Por incompatibilidade profissional ou indisponibilidade pessoal, um perito de cada grupo não pôde prosseguir com a participação, encerrando-se o processo com um total de 17 elementos (oito do ambiente académico e nove do profissional), número significativamente superior ao mínimo de nove, recomendado pela literatura (Fitch et al., 2001).

O grupo de peritos foi composto maioritariamente profissionais do sexo feminino (N=15), incluindo apenas dois elementos do sexo masculino, no grupo profissional. Os peritos selecionados eram provenientes de diversas regiões do mundo, incluindo a Austrália, Bélgica, Brasil, Chile, Estados Unidos da América, Israel, Noruega, Países Baixos, Portugal e Reino Unido. De acordo com o sistema de graduação académica em Portugal, quatro elementos eram detentores de grau académico de mestrado, oito de grau académico de doutoramento e dois de grau académico de licenciatura. Um elemento referiu a detenção de título de especialista (do sistema académico português) e outros dois de níveis de formação equivalentes ao de licenciatura, embora enquadrados em sistemas de classificação diferentes do nacional. No que concerne à experiência na área da comunicação e NCC, o elemento menos experiente contabilizava 9 anos de experiência (sendo um perito da área académica) e os dois mais experientes perfaziam 40 anos. O nível médio de experiência entre todos os peritos foi de 26 anos e é importante referir que diversos peritos perfaziam os critérios para incluir qualquer um dos grupos – o de académicos ou o de profissionais – reforçando o seu mérito académico e valor profissional.

Após envio do material para análise e do questionário associado, foi fundamental o contacto contínuo que se estabeleceu entre peritos e o investigador principal, de forma a assegurar o cumprimento de

prazos e esclarecer questões que foram surgindo ao longo do tempo; uma parte das questões estava relacionada com o acesso e uso dos materiais facultados e outra era relativa à necessidade de clarificar questões e conteúdos do material para análise. Muito embora se tenha prolongado o prazo de resposta além do previsto em cronograma, o resultado positivo foi a resposta da totalidade dos envolvidos.

As 25 questões do questionário para os peritos encontravam-se organizadas em seis secções mais abrangentes, nomeadamente: Fundamentação teórica (quatro questões); Introdução do Programa 3C (quatro questões); Exploração do Programa 3C (três questões); Implementação do Programa 3C (sete questões); Término do Programa 3C (duas questões); e Questões gerais (cinco questões). Em função das respostas quantitativas e dos comentários dos peritos, os itens foram categorizados nos seguintes temas:

- i) Conceitos: quando a análise se referia a um conceito relevante do programa 3C;
- ii) Explicações: quando a análise se referia a explicações de conceitos dirigidas a cuidadores;
- iii) Processo: quando a análise se referia a um processo inerente à implementação do programa 3C;
- iv) Modelo: quando a análise se referia a documentação de suporte utilizada no programa 3C;
- v) Instruções: quando a análise se referia a instruções para o profissional ou cuidadores;
- vi) Perfil: quando a análise se referia ao perfil do profissional responsável pelo programa 3C;
- vii) Procedimento: quando a análise se referia a aspetos operacionais do programa 3C;

A tabela 2, na próxima página, expõe os resultados para cada um dos itens do questionário, já categorizados de acordo com a taxonomia acima apresentada.

Conforme se poderá constatar, 22 dos itens foram avaliados com o valor mediano de oito, superior ao mínimo a alcançar para dar um procedimento como adequado e recomendado. Apenas três itens tiveram como avaliação uma mediana de sete, podendo, da mesma forma, ser considerados adequados, de acordo com a norma orientadora adotada (Fitch et al., 2001).

Os itens com avaliação mais baixa dizem respeito (1º) à explicação do modelo teórico que fundamenta a intervenção, (2º) ao template proposto para reflexão individual sobre as Interações 3C e (3º) à duração global do Programa 3C. Em relação ao primeiro, houve análises no sentido de que o modelo poderá ser demasiado complexo e/ou abstrato e, por isso, difícil de apreender por todos os cuidadores. Sobre o segundo, foram propostas melhorias no sentido de criar um documento mais orientador da reflexão pelos cuidadores (e.g. questionar o que não correu tão bem naquele momento de interação e por que motivo). No que diz respeito ao último, as respostas foram díspares indicando que a intervenção poderá ser demasiado longa, para manter a participação de participantes, ou demasiado breve, para se alcançar as mudanças desejadas no que diz respeito à evolução dos processos de interação entre comunicadores atípicos e seus cuidadores.

## **Tabela 2. Resultados quantitativos da análise dos peritos**

Painel de Peritos do Programa 3 <sup>C</sup>		Resultados		
Secções	Itens	Média	Desvio Padrão	Mediana
A Fundamentação Teórica	1.1. <b>Conceito:</b> Complexo da Comunicação Contínua	8,12	1,11	8
	1.2. <b>Explicação:</b> Modelo Complexo da Comunicação Contínua	7,18	1,42	7
	2.1. <b>Conceito:</b> Perfil de Comunicação Atípico	7,71	1,05	8
	2.2. <b>Explicação:</b> Perfil de Comunicação Atípico	7,41	1,23	8
B Introdução do Programa 3 <sup>C</sup>	3. <b>Processo:</b> Contacto Inicial	7,59	1,33	8
	4. <b>Modelo:</b> Entrevista de Contacto Inicial	7,88	1,27	8
	5. <b>Processo:</b> Introdução às Interações 3 <sup>C</sup>	7,47	1,37	8
	6. <b>Modelo:</b> Notas das Interações 3 <sup>C</sup>	7,76	1,15	8
C Exploração do Programa 3 <sup>C</sup>	7. <b>Modelo:</b> Reflexão Individual sobre as Interações 3 <sup>C</sup>	7,41	1,18	7
	8. <b>Conceito:</b> 2 Cenários Possíveis nas Interações 3 <sup>C</sup>	7,94	1,09	8
	9. <b>Conceito:</b> Ideias sobre como Responder e como Iniciar as Interações 3 <sup>C</sup>	8,06	0,90	8
D Implementação do Programa 3 <sup>C</sup>	10. <b>Processo:</b> Reflexão Guiada sobre Interações 3 <sup>C</sup>	7,82	1,13	8
	11. <b>Modelo:</b> 3C Mapa para Reflexão Guiada sobre as Interações 3 <sup>C</sup>	8,06	0,97	8
	12. <b>Instruções:</b> Preparação do Vídeos por Cuidadores	7,76	1,30	8
	13. <b>Instruções:</b> Edição de Vídeos pelo Profissional	8,00	1,17	8
	14. <b>Processo:</b> Análise de Vídeo 3 <sup>C</sup>	8,00	1,06	8
	15. <b>Modelo:</b> Microanálise de Vídeo de Interações 3 <sup>C</sup>	7,82	1,19	8
	16. <b>Modelo:</b> Definição de Objetivos para Interações 3 <sup>C</sup>	7,76	1,03	8
E Término do Programa 3 <sup>C</sup>	17. <b>Processo:</b> Contacto final	7,94	1,09	8
	18. <b>Modelo:</b> Reflexão Final	7,76	1,03	8
F Questões gerais	19. <b>Perfil:</b> Profissional	7,47	1,46	8
	20. <b>Procedimento:</b> Duração das Sessões individuais	7,47	1,01	8
	21. <b>Procedimento:</b> Duração do Programa 3 <sup>C</sup>	6,94	1,64	7
	22. <b>Procedimento:</b> Sequência de Temas ao longo do Programa 3 <sup>C</sup>	7,82	0,95	8
	23. <b>Procedimento:</b> Frequência das sessões	7,41	1,28	8

Apesar da média e do desvio padrão não serem as medidas estatísticas mais valorizadas neste tipo de análise de PP, é interessante destacar que os resultados médios são elevados e para todos os itens – exceto o referente à Duração do Programa 3C – superiores a sete. Os valores de desvio padrão, por outro lado, não são elevados, indiciando reduzida dispersão e, por isso, relativa concordância nas respostas dos analistas.

## CONCLUSÕES

Investigar sobre o tema da comunicação interpessoal atípica é um processo complexo; dir-se-ia tão complexo como o processo comunicativo propriamente dito. É, também, um assunto relevante e em que urge pesquisar, criar conhecimento e dialogar com as várias partes interessadas.

A qualidade e eficácia dos processos de comunicação dependem tanto da capacidade da pessoa com NCC como da outra parte (McNaughton et al., 2019), sendo frustrante para todos os envolvidos, quando um parceiro de comunicação de alguém com NCC não sabe ou não é capaz de providenciar o apoio adequado (The State of Queensland, 2018). Urge pesquisar, pois é imperativo criar conhecimento nesta área, a fim de minimizar o potencial isolamento vivenciado por pessoas com deficiências ou alterações causadoras de NCC (Forster, 2008).

A confiança na relevância do projeto apresentado foi reforçada pela reação do seu público-alvo, nomeadamente peritos internacionais e organizações de referência na área. Comentários de encorajamento dos peritos consultados, como os dois exemplos abaixo apresentados, foram numerosos e considerados como um reforço do carácter inovador do trabalho desenvolvido:

*“Considero que se trata de um programa muito pensado e que engloba elementos fundamentais para a promoção de qualidade de vida das pessoas com NCC e dos seus cuidadores. A bibliografia consultada é de extrema relevância nesta área e a forma como foi enquadrada e selecionada transmite um elevado conhecimento teórico e prático por parte do investigador. Foi para mim uma viagem muito aliciante e um momento de reflexão muito rico, a oportunidade de participar neste painel.”* Testemunho de perito nacional

*“The focus on empowering the role of parents/caretakers as communication partners is really needed and highly appropriate! So, it is important they have options in time to be really engaged... and understand the model... In my experience understanding the conceptual structure in an intervention model can really help them interact/communicate with their child.”* Testemunho de perito internacional:

O presente trabalho procurou incorporar as melhores práticas descritas em múltiplos artigos que explicam a utilização da técnica Delphi. Apesar dos resultados positivos alcançados, acredita-se ser relevante seguir a recomendação de Trevelyan e Robinson (2015) e prosseguir com novas rondas de análise do programa pelos peritos consultados. Seguindo a proposta do manual RAND (Fitch et al., 2001), a próxima ronda decorrerá face-a-face, ainda que na modalidade *online*, através de um grupo focal para o qual serão convidados todos os peritos.

Tal como qualquer investigação, o projeto apresentou limitações, identificando-se aspetos a melhorar na dinâmica comunicacional com os peritos, para facilitar a análise e manter a motivação na trabalhosa tarefa (e.g., realizando uma reunião prévia, ao invés do contacto quando surgiram dúvidas). A necessidade de prosseguir com a investigação e aplicar, na prática, o Programa 3<sup>C</sup> é uma etapa reconhecida como decisiva no processo de validação de uma nova proposta de intervenção, junto das suas principais partes interessadas: os cuidadores e parceiros de comunicação.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Adler, R., & Proctor II, R. (2011). Looking out looking in. (13th ed.). Boston, MA: Wadsworth.
- Andersen, P. (1991). When one cannot not communicate: A challenge to motley's traditional communication postulates. *Communication Studies*, 42(4), 309-325. doi:10.1080/10510979109368346
- Avella, J. (2016). Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges. *International Journal of Doctoral Studies*, 11, 305-321. Retrieved from <http://www.informingscience.org/Publications/3561>
- Biklen, D., & Burke, J. (2006). Presuming competence. *Equity and Excellence in Education*. 39, 166-175. doi:10.1080/10665680500540376
- Bortoli, T, Arthur-Kelly, M., Mathisen, B., & Balandin, S. (2014). Speech-language pathologists' perceptions of implementing communication intervention with students with multiple and severe disabilities. *Augmentative and Alternative Communication*. 30(1), 55–70. doi:10.3109/07434618.2014.881916
- Dance, F. (1967). *Human communication theory. Original essays.* New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Dias, J. (2015). *Compromising with communication - the map of a journey. The journey of parents and professionals on the way of improving communication with children with complex communication profiles.* (unpublished master's thesis, University of Groningen, 2015).

- Dias, J., Mineiro, A., & Damen, S. (2020). Atypical interpersonal communication: looking for and through a different lens. *Philosophy Study*, 10(12), 770-794. doi:10.17265/2159-5313/2020.12.003
- Dias, J., Monteiro, I., Soares, S., & Mineiro, A. (2021). ToP: Programa tempo partilhado. *Interação social para pessoas em risco de isolamento*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fitch, K., Bernstein, S., Aguilar, M., Burnand, B., LaCalle, J., Lázaro, P., Loo, M., McDonnell, J., Vader, J., & Kahan, J. (2001). *The rand/ucla appropriateness method user's manual*. Arlington, VA: RAND.
- Flink, A., Johnels, J., Broberg, M., & Thunberg, G. (2020). Examining perceptions of a communication course for parents of children with profound intellectual and multiple disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 68(2), 156-167. doi:10.1080/20473869.2020.1721160
- Forster, S. (2008). *Hanging out program: Interaction for people at risk of isolation*. Victoria: Self Published.
- Goldbart, J., & Caton, S. (2010). *Communication and people with the most complex needs: what works and why this is essential*. Manchester: MENCAP.
- Hewett, D. (2011). *Interação intensiva. Interagir*. Lousã: ARCIL.
- Kennedy, H., Landor, M., & Todd, L. (2011). *Video interaction guidance: a relationship-based intervention to promote attunement, empathy and well-being*. London: Jessica Kingsley Publication.
- Khodyakov, D., Grant, S., Denger, B., Kinnet, K., Martin, M., Peay, H., & Coulter, I. (2020). Practical considerations in using online modified-delphi approaches to engage patients and other stakeholders in clinical practice guideline development. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 13, 11–21. doi:10.1007/s40271-019-00389-4
- Littlejohn, S., Foss, K. & Oetzel, J. (2017). *Theories of human communication*. (11th ed.). Long Grove, IL: Waveland Press, Inc.
- McNaughton, D., Light, J., Beukelman, D., Klein, C., Nieder, D., & Nazareth, G. (2019). Building capacity in aac: A person-centred approach to supporting participation by people with complex communication needs. *Augmentative and Alternative Communication*, 35(1), 56-68. doi:10.1080/07434618.2018.1556731
- Nind, M., & Hewett, D. (2001). *A practical guide to intensive interaction*. Worcestershire: BILD.
- Oulton, K., Sell, D., & Gibson, F. (2020). Hospitalized children with intellectual disability: parents as partners in their care. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33, 917–926. doi:10.1111/jar.12713
- Pearson, J., Nelson, P., Titsworth, S. & Hosek, A. (2017). *Human communication*. (6th Ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Trevelyan, E., & Robinson, N. (2015). Delphi methodology in health research: how to do it?. *European Journal of Integrative Medicine*, 7, 423–428. doi: 10.1016/j.eujim.2015.07.002
- Ruler, B. (2018). Communication theory: An underrated pillar on which strategic communication rests. *International Journal of Strategic Communication*, 12(4), 367-381. doi:10.1002/9781119010722.iesc0087
- The State of Queensland (2018). *Complex communication needs*. (3rd Ed.). Brisbane: The State of Queensland.
- West, R. & Turner, L. (2010). *Introducing communication theory. Analysis and application*. (4th Ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

# ICCA2022-44404 - Os formadores de uma escola de artes e a educação inclusiva: representações e práticas

Olívia de Carvalho<sup>1</sup>, Carolina Pinto<sup>2</sup>, Sónia Galinha<sup>3</sup>

*Instituto Jurídico Portucalense (IJP), Centro de Estudos População, Economia e Sociedade (CEPESE) e CIDI-IESF (Portugal) [olivia@upt.pt](mailto:olivia@upt.pt) Academia Contemporânea do Espetáculo (Portugal)  
CIE UMa e ESE (Portugal)*

## Resumo

O presente trabalho teve como propósito analisar as perceções dos formadores do curso de Interpretação de uma escola de Artes, quanto à educação inclusiva preconizada no Decreto Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, e à sua implementação na prática letiva. Assim, como objetivos procurou-se: por um lado, caracterizar, de um ponto de vista teórico, a concretização, ou não, da prática inclusiva no ensino artístico; por outro lado, aferir acerca das conceções sobre a abordagem multinível por parte dos formadores da parte técnica do referido curso artístico; e ainda, conhecer as opiniões dos diferentes formadores sobre a política de educação inclusiva praticada na sua escola. Para responder aos objetivos propostos, realizou-se um estudo qualitativo exploratório centrado num estabelecimento escolar do concelho de Famalicão, a Academia Contemporânea do Espetáculo. Os resultados dos dados recolhidos por entrevista destacam as condições bastante satisfatórias que um curso de Interpretação proporciona para a prática inclusiva, mas demonstram que a formação de todos os envolvidos nem sempre é a mais adequada, o que resulta em práticas educativas muito baseadas na experiência e pouco suportadas pela literatura relativa à inclusão.

Palavras-chave: Educação Especial, educação inclusiva, artes.

## Abstract

The present study has the purpose of analysing the perceptions of an Arts School's teachers concerning inclusive education preconized by the Decree Law No. 54/2018, of 6 July, as well as regarding the implementation of these changes in the context of their practical education at the school where they work.

Therefore, the aims of this study are: on the one hand, to depict, from a theoretical point of view, the execution, or not, of an inclusive practice in artistic education; on the other hand, to assess the conceptions about inclusive education by the teachers; and also, to know the opinions of the different teachers about the policy of inclusive practical education in their school.

To answer the proposed objectives, an exploratory qualitative study was carried out in a school establishment, located in Famalicão, named Academia Contemporânea do Espetáculo. Data were, therefore, collected by interview, via email, and its content analysed.

The results of this study highlight the very satisfactory conditions that an Interpretation course offers for an inclusive practice, but it also shows that the training of the involved professionals in this process is not always the most suitable. This results in educational practices that are more based on experience than supported by literature about inclusion.

*Keywords:* Special Education, inclusive education, arts.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Carlos Drummond de Andrade escreveu que «No meio do caminho tinha uma pedra / tinha uma pedra no meio do caminho». Estes versos metaforizam o que, muitas vezes, os profissionais da área da educação sentem e encontram, durante o seu percurso profissional: a pedra como símbolo das dificuldades e dos imprevistos que obstaculizam a prática profissional. A diferença entre aqueles profissionais reside no modo como reagem perante esse obstáculo: há os que fingem que a pedra não está lá e há os que pegam nela e constroem o ensino. Estes últimos incluem a dificuldade no processo educacional de que fazem parte e «com a teimosia do inseto/ que busca um caminho no terremoto» (Carlos Drummond de Andrade), não desistem e vão afastando todas as pedras que surjam no seu e no caminho daquele que é o elemento primordial deste processo: o aluno. Neste



sentido, insistem, porque a verdadeira prática inclusiva reside na resiliência. A verdadeira prática inclusiva requer espírito de aventura, mas, como diz Morin (2014, p.14) se viver é uma aventura, saber viver com as diferenças dos outros nem sempre é fácil, pois isto implica «savoir se distancer à l'égard de soi-même» (Morin, 2014, p.33). Ora, este distanciamento só é possível, como prossegue Morin, através da compreensão humana, aquela que «reconnaît autrui à la fois comme semblable à soi et différent de soi» (2014, p. 61). Porém, ainda são raros estes aventureiros, logo os métodos e estratégias inerentes à prática inclusiva nem sempre são postos em prática o que, inevitavelmente, resulta em aprendizagens desiguais e pouco eficazes, dado que não são tidas em consideração as capacidades e/ou incapacidades individuais de cada aluno. Desde logo, verifica-se que este tipo de prática é discriminatório e não cumpre o que a própria lei preconiza: segundo a Constituição Portuguesa, no Artigo 13.o (Princípio da igualdade), «todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.» Além disso, «ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.» Atente-se ao reforço da ideia de igualdade de todos perante a lei e a sua estreita aplicação na área da educação, quando o artigo 43.o (Liberdade de aprender e ensinar) diz que «o Estado não pode programar a educação e a cultura segundo quaisquer diretrizes filosóficas, estéticas, políticas, ideológicas ou religiosas.» Na verdade, estes «preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem.» (Artigo 16.o - Âmbito e sentido dos direitos fundamentais). Ou seja, o princípio da igualdade é universal e não apenas nacional.

Na realidade, aquilo que se tem vindo a assistir em algumas escolas vai ao encontro do que Pierre Bordieu (citado em Armstrong & Rodrigues, 2014, p.80) afirmava: «Para que os mais favorecidos sejam favorecidos e os mais desfavorecidos sejam desfavorecidos, basta que a escola não faça nada.», na medida em que as práticas educativas, não sendo equitativas, promovem as desigualdades, pois não proporcionam a todos os alunos as mesmas oportunidades de aprendizagem. Há que, portanto, rever currículos, estratégias e métodos que permitam uma aprendizagem equitativa, há que pensar sobre o modo como se podem ultrapassar as desigualdades e lacunas do nosso atual sistema educativo e, deste modo, construir uma verdadeira escola inclusiva: passar da teoria à prática, ajustando-se às problemáticas e às necessidades individuais de cada aluno. Para o sucesso da escola inclusiva intervêm, entre outros agentes educativos, os professores/formadores.

Neste sentido, pensou-se neste estudo, procurar dar resposta a algumas questões que os formadores das artes do espetáculo, em concreto da área da Interpretação, levantam: quem é um aluno com necessidade de medidas? Como é trabalhar com um aluno com necessidade de medidas? Que estratégias se devem seguir para que se proporcione as mesmas oportunidades para todos os alunos? Podem mudar-se currículos e estratégias/ métodos inicialmente pensados? Na verdade, o que aprende, mas principalmente como aprende, um aluno com necessidade de medidas?

Aliado a estas dúvidas, acresce o facto de os profissionais em questão não terem formação na área da pedagogia, pois a instituição escolar, cujos formadores (encenadores, atores, cantores, entre outros) e alunos constituem a amostra deste estudo, é uma escola de ensino artístico, na área da Interpretação. A escolha do tema deste estudo prendeu-se, portanto, com o facto de aqueles

formadores experienciarem, nestes últimos anos, determinadas angústias durante a sua prática educativa, nomeadamente quando esta envolvia alunos que necessitavam da adoção de medidas individuais. As referidas angústias resultavam, essencialmente, do facto de não se saber como trabalhar com este tipo de alunos. Consequentemente, esta fragilidade revelava que os formadores sentiam não estar preparados para exercerem o papel de agentes educativos promotores de uma educação inclusiva, em concreto nesta sua área de trabalho.

Esta fragilidade pode levar, talvez de forma inconsciente, a práticas educativas que não são equitativas, mas, como já foi referido, em parte devido ao facto de os próprios formadores não se sentirem preparados para exercerem o papel de agentes educativos promotores de uma educação inclusiva. E há que reverter esta situação de impotência, dado que a atitude do docente «é fundamental para o sucesso de qualquer mudança educacional, particularmente na construção de uma escola inclusiva» (Silva & Carvalho, 2013, p.55). Esta falta de preparação constata-se, particularmente, em formadores na área da Interpretação do ensino das artes cuja formação nem sempre apresenta numa vertente pedagógica.

Por isso, num primeiro momento, é importante analisar as artes do espetáculo em contexto de educação inclusiva. Neste sentido, há que perceber, primeiramente, o que se entende por inclusão educativa. Segundo o DL no54/2018, a educação inclusiva é aquela que responde às «potencialidades, expectativas e necessidades dos alunos no âmbito de um projeto educativo comum e plural que proporcione a todos a participação e o sentido de pertença em efetivas condições de equidade.» Quando são aqui referidas as necessidades dos alunos, encaremo-las como aquelas que, segundo Correia (2017, p.24), «podem necessitar de apoio de serviços de educação especial durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e socio- emocional.» Atente-se que a resposta às necessidades dos alunos pode não ser necessária durante todo o seu percurso escolar, podendo ser apenas necessárias respostas em determinada fase deste percurso. Neste sentido, o Artigo 3.o do DL no54/2018, refere como princípios orientadores da educação inclusiva a personalização, a flexibilidade e a autodeterminação. Aliado a estes princípios orientadores na resposta «à diversidade das necessidades e potencialidades de todos e de cada um dos alunos» (DL no54/2018, Artigo 1.o), surge o conceito de trabalho colaborativo entre todos, no qual a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva assume um papel fulcral, dado que, como é apontado no Manual de Apoio à Prática (2018, p.44), é esta equipa que operacionaliza a educação inclusiva, desenvolvendo um conjunto de atribuições e competências de apoio fundamentais para a equidade das aprendizagens de todos e de cada aluno. A EMAEI constitui, portanto, um importante recurso organizacional específico de apoio à aprendizagem, na medida em que faz uma leitura alargada, integrada e participada de todos os intervenientes (alunos, docentes, encarregados de educação) no processo educativo (Manual de Apoio à Prática, p. 44). Neste sentido, a EMAEI pode ajudar os diferentes agentes educativos, entre eles os formadores a refletir sobre o conceito de inclusão e sobre as estratégias que utilizam para levar a bom porto a educação inclusiva. Interprete-se, agora, a educação inclusiva à luz das artes do espetáculo, em concreto, da Interpretação. No mundo, «A ciência desenha a onda; a poesia enche-a de água» (Pascoaes, cit. in Carvalho & Peixoto, 2000, p.16). Isto é, cada um de nós é poesia que enche a vida com as diferentes formas em que esta pode ser vivida. E é na escola que exploramos este desenho, sendo essa a beleza das escolas e das pessoas «no seu crescer e desabrochar, no abrir-se e revelar-se aos outros, no encontro de cada um com as suas possibilidades e limitações» (Azevedo, cit. in Carvalho &

Peixoto, 2000, p.28). E as artes apresentam uma importante visão holística do processo educativo, visão esta que favorece a exploração de possibilidades e reconhece a mais-valia da diversidade dos alunos (DL no54/2018). Quando refletimos sobre o que está na origem de qualquer ato criativo, pensamos, indubitavelmente, na poesia, seja qual for a aceção em que a concebemos: a poesia de uma canção, a poesia de uma coreografia, a poesia de uma personagem e, até, a poesia de um enigma matemático ou de uma teoria científica. A poesia, sem que nos dêmos conta, está em toda a forma de conhecimento. Ela é apenas «um trilho diferente para o magma obscuro da realidade. Aumenta a capacidade de expressão da linguagem. Além de utilitária, acha novas vias para exprimir o mundo, para perscrutar as suas riquezas inexploradas» (Pascoaes, cit. in Carvalho & Peixoto, 2000, p.16). Considerando o exposto, reconhece-se que a arte da Interpretação é, toda ela, poesia: engloba texto, movimento e voz. E se a arte da Interpretação está iminentemente ligada ao conceito de Teatro, este, por sua vez, está intimamente ligado ao da imaginação e, segundo Carvalho e Peixoto (2000, p. 25) uma das funções do processo educativo é pôr o aluno no caminho da imaginação. Portanto, o caminho trilhado pela arte da Interpretação é, à partida, aquele que conduz ao sucesso educativo.

Retomando o conceito de arte da Interpretação, e definido de forma muito simples, ele prende-se com a arte de criar personagens, o que implica trabalhar com diversidade criativa. O formador terá, portanto, de saber gerir essa diversidade. No caso dos alunos com necessidade de medidas, coloca-se ao formador a questão da diversidade, mas uma diversidade mais «observável», mas com a qual nem sempre sabe trabalhar. Isto é, a arte da Interpretação possibilita uma panóplia de aquisições de competências aos alunos com necessidade de medidas que, noutras áreas ou em disciplinas mais teóricas, não são tão fáceis de adquirir por não permitirem uma abordagem tão humana como aquela área permite.

No entanto, pode, e deve, aproveitar o facto da Interpretação permitir esse jogo do «faz de conta» e aproveitar as capacidades e habilidades próprias de cada aluno, trazendo-as para a sua encenação, para a personagem que vai construir. É neste processo de transferência que deve considerar a inclusão e saber seleccionar as melhores estratégias e métodos que permitam a equidade de aprendizagens dos alunos que tem à sua frente e que apresentam uma diversidade ainda mais diferenciada daquela com que o formador é confrontado, todos os anos, na sua prática educativa. Durante esta construção/transferência deverá aproveitar-se do facto de a Interpretação permitir pôr em prática, se bem que de forma inconsciente, dois tipos de expressão: por um lado, a expressão dramática (educa na vida) que persegue o desenvolvimento integral da pessoa, desenvolvendo o seu potencial expressivo, comunicativo e criativo e, por outro lado, a expressão teatral (educa na arte) que, perseguindo os mesmos objetivos, integra os processos de trabalho no contexto da comunicação cénica, com a qual emergem os papéis de ator/atriz (Oliveira, Pereira & Lopes, 2019, p. 101). Ou seja, e procurando relacionar os conceitos inclusão e Interpretação, constata-se que esta última apresenta uma importante componente terapêutica e de inclusão, dado que requer do aluno a necessidade de jogar, de comunicar, de expressar-se, de se superar e vencer medos, receios e inibições (Oliveira, Pereira & Lopes, 2019, p. 114). Dito de outra forma, a escola que não procure apenas os resultados académicos e o desenvolvimento cognitivo dos seus alunos, encontrará nas artes do espetáculo, nomeadamente na Interpretação, uma forma de aqueles atingirem o seu desenvolvimento global, dado que esta área tem também em consideração, na sua prática educativa, os domínios afetivos, emocionais e sociais dos alunos.

Após a teoria exposta nos parágrafos anteriores, apresenta-se, em seguida, um pequeno estudo que procura dar resposta a algumas dúvidas sobre a otimização da prática inclusiva numa escola de Artes, em particular, num curso de Interpretação, através da opinião dos formadores da parte técnica dessa escola. Procura-se, também, conhecer as representações que esses formadores têm da educação inclusiva e de que forma estas condicionam não só as suas expectativas em relação ao sucesso dos alunos que ingressam neste curso, como também as suas decisões, durante a sua prática letiva, aquando da resposta às necessidades de todos e de cada aluno.

Neste sentido, e perante a escassez de literatura que existe relativamente ao tema deste estudo, desenvolveu-se o tema aqui exposto, procurando dar resposta às questões/dúvidas que foram surgindo aos formadores da área da Interpretação, aquando da sua prática educativa com alunos com necessidade de medidas. A título de exemplo temos as seguintes questões: Como otimizar as aprendizagens do aluno com necessidade de medidas e potenciar a sua inclusão? Como promover a sua autoestima? Como desenvolver o seu autoconceito como indivíduo pleno, tomando consciência dos seus diversos potenciais? Como podem as artes do espetáculo, em concreto a área da Interpretação, promover nos pares destes indivíduos a tolerância pela diferença, favorecendo assim enquadramentos de inclusão? (Guimarães, 2012)

Para além das questões expostas, que se consideraram pertinentes para o trabalho em causa e, por isso, se recolheram do artigo cuja autora surge devidamente indicada, houve ainda, o interesse e curiosidade, intimamente ligados à necessidade de compreender, em conhecer quais as crenças e angústias dos formadores, aquando do seu contacto com alunos com necessidades de medidas. No fundo, a problemática deste estudo prende-se com a vontade/necessidade de perceber de que forma é que essas crenças, talvez até falsas expectativas, condicionam as suas atitudes, que fragilidades sentem e a que métodos e estratégias recorrem para contornar esses problemas.

Assim, procurou-se também comparar o que a literatura consultada refere sobre as artes do espetáculo, por exemplo quando realça a vertente de desenvolvimento global e promotora de socialização do Teatro, com o que acontece nas escolas especializadas nesta área e noutras em que esta surge como oferta educativa.

## **MÉTODO**

Neste estudo, adotou-se uma metodologia qualitativa, cujos resultados advieram da análise de conteúdo das respostas dadas às questões colocadas aos participantes.

### **Participantes**

A amostra do estudo é constituída por cinco formadores da parte técnica do curso de Interpretação de uma escola de Artes, do concelho de Famalicão. Quanto ao tempo de experiência profissional, os participantes têm desde menos de 10 anos até mais de 30 anos de carreira. No que respeita à formação académica, todos os participantes possuem licenciatura nas diferentes áreas em que lecionam: teatro, interpretação e dança/artes performativas. A formadora de Voz é licenciada em Línguas e Literaturas Modernas, tendo, posteriormente, obtido a carteira profissional de atriz. Assim, participaram neste estudo os seguintes formadores da escola: uma formadora de Voz, dois formadores de Interpretação e dois formadores de Movimento.

### **Instrumento e procedimentos**

Neste estudo foram utilizados questionários adaptados do Manual de Apoio à Prática, *DGE*. (2018). (2018) e uma entrevista cujas questões foram baseadas em Correia (2017) e Guimarães (2012). O instrumento foi construído com o intuito de conhecer as percepções dos formadores do ensino profissional, no que diz respeito à educação inclusiva, numa escola de Artes, em concreto, num curso de Interpretação. O questionário apresenta, numa primeira fase, itens que se debruçam sobre a formação académica e profissional dos participantes, a educação inclusiva em geral, considerando a abordagem multinível nela inerente, numa segunda fase, procuram aferir sobre a prática inclusiva da própria escola onde os profissionais inquiridos exercem funções. Tendo em conta que estes formadores trabalham em Formação de Contexto de Trabalho (FCT) e/ou Unidades de Formação Curta Duração (UFCD), que resultam numa apresentação final do projeto, aberta ou não ao público, procurou-se aferir sobre as suas representações da prática inclusiva na escola antes, durante e depois do projeto, no sentido de averiguar se aquelas seriam as mesmas antes e depois da experiência com alunos com necessidades de medidas.

Todos os formadores foram contactados, via e-mail, pela pesquisadora de forma a requerer que respondessem aos questionários e à entrevista cujas respostas lhe foram, posteriormente, enviadas pela mesma via.

## RESULTADOS

A seguir apresentamos uma análise qualitativa dos dados, dividida por quatro grupos. Num primeiro grupo, além da formação académica dos inquiridos, afere-se, também, sobre o seu conhecimento sobre o Decreto-Lei 54/2018 e sobre a sua formação na área da educação inclusiva. Num segundo grupo, refletem sobre as condições de base à abordagem multinível que consideram que a sua escola proporciona. Quanto aos grupos três e quatro de questões, estas consideram os projetos inerentes à formação, as FCT ou UFCD, procurando-se, através dos diferentes momentos do projeto, equacionar as respostas de todos os formadores relativamente à política de educação inclusiva praticada na escola onde exercem funções, em particular, no curso de Interpretação.

### Análise qualitativa de dados

**Tabela 1: Dados académico-profissionais e conhecimentos sobre o DL54/2018**

<b>Habilitações literárias</b>	<b>Alterações introduzidas pelo DL54/2018</b>	<b>Formação na área da educação inclusiva</b>
Todos têm licenciatura.	A maioria não conhece.	Não têm.

Partindo dos dados do quadro anterior, constata-se que todos os inquiridos têm formação académica superior, nomeadamente, a nível da licenciatura, nas diferentes áreas em que exercem a sua formação. Além de darem formação na escola, são atores, encenadores e bailarinos profissionais no ativo, participando regularmente em projetos de diferentes casas de espetáculo da região do grande Porto. A professora de Voz, além de pertencer a uma companhia de teatro, faz parte da equipa fixa de atores do Teatro Nacional São João.

No que diz respeito às alterações introduzidas pelo Novo Regime Jurídico da Educação Inclusiva (Decreto Lei n.º 54/2018, de 6 de julho), apenas um dos participantes revela conhecer, em parte, este decreto-lei. Relativamente à formação na área da educação inclusiva, nenhum dos inquiridos tem formação, apenas contactando com esta realidade através da experiência profissional.

Ou seja, apesar deste decreto-lei estar já em vigor desde 2018, estes formadores não tiveram ainda formação sobre as alterações que este trouxe ao ensino o que, de certa forma, poderá condicionar as suas representações sobre a educação inclusiva.

**Tabela 2. Condições de base à abordagem multinível, segundo as perspetivas do docente**

Condições de base à abordagem multinível					
Participação e integração dos professores	Oportunidades de reunir/refletir	Papel proativo das lideranças	Identificação de alunos com necessidades de medidas e intervenção	Monitorização e avaliação das medidas	Formação / desenvolvimento profissional
Nem sempre.	Sempre.	Nem sempre.	Sempre.	Nem sempre.	Nem sempre.

(Adaptado de o Manual de Apoio à Prática, pp. 86-89)

Considerando o quadro acima, verifica-se que nem sempre os elementos inquiridos demonstram satisfação perante as condições proporcionadas para a abordagem multinível inerente à educação inclusiva, no que respeita a participação e integração dos professores, o que pode dificultar a concretização do processo. Não obstante todos concordam que há oportunidades para a concretização do trabalho colaborativo, apesar da dificuldade em gerir disponibilidades e horários. Estas oportunidades consubstanciam-se, portanto, em reuniões intercalares e em Conselhos de Turma de final de período, durante os quais se reflete acerca da prática letiva de cada docente e os resultados que daí advieram. No que concerne as lideranças, os participantes concordam que estas estão orientadas para o sucesso dos alunos e da escola e que estão abertas à inovação e à melhoria, particularmente por parte da Diretora Pedagógica do polo de Famalicão. Nesta linha de leitura, consideram que nem sempre todas as lideranças apoiam e participam nos projetos e atividades e, conseqüentemente, pouco estimulam o trabalho colaborativo e o desenvolvimento profissional dos docentes.

No que diz respeito às condições de base à abordagem multinível relativamente aos alunos com necessidade de aplicação de medidas/em situação de risco, os intervenientes consideram que existem mecanismos de identificação de alunos em situação de risco, assim como modalidades de apoio diferenciadas para a aprendizagem e para o comportamento. Não obstante, reconhecem que as medidas de intervenção nem sempre são atempadas, ou seja, que a formalização dessas medidas nem sempre acontece no tempo adequado. Quanto à avaliação e monitorização, por um lado, alguns manifestam desconhecer que tipo de avaliação e monitorização são feitas. No entanto, reconhecem que, muitas vezes, a análise dos resultados e das práticas, em momentos de reflexão e partilha mais regulares, poderia conduzir a implicações futuras efetivas de melhoria de resultados, fruto do melhoramento de objetivos e práticas. Por outro lado, e, como referem, no caso das suas práticas individuais, tentam considerar diferentes domínios e indicadores para monitorizar e avaliar os processos e produtos de aprendizagem. Relativamente às oportunidades de desenvolvimento profissional e de formação, a resposta dos participantes oscila entre o haver a possibilidade de desenvolvimento profissional através da troca de experiências entre colegas e o não haver oportunidade de formação na área da educação inclusiva, nomeadamente, da abordagem multinível. Em síntese, poder-se-á aferir que, na escola onde exercem funções, os formadores sentem que existem condições satisfatórias à abordagem multinível, havendo, no entanto, lacunas ao nível da formação e do papel proativo de algumas lideranças que lhes poderão causar dúvidas ao nível da execução do processo educativo, nomeadamente, ao nível da avaliação e monitorização das medidas

e da própria integração dos professores que, apesar de reunirem por iniciativa própria e partilharem experiências, se sentem um pouco perdidos entre conceitos que apenas a experiência prática, sem o apoio teórico, não consegue elucidar.

**Tabela 3. Grelha de observação**

<b>Proposta de grelha de observação/orientação a utilizar durante a FCT / UFCD</b>	
<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>
<b>Competências trabalhadas no projeto</b>	Todos concordam.
<b>Dificuldades dos alunos com necessidade de medidas, durante o processo</b>	Divergem ligeiramente.
<b>Resposta aos objetivos delineados inicialmente</b>	Divergem.
<b>Constrangimentos do formador: o que que está a causar angústia no processo, com os alunos com necessidades de medidas</b>	Divergem.
<b>Estratégias para o êxito destes alunos, para não desistir</b>	Todos concordam.

(Adaptado de Correia, 2017, p.14 e p. 62; Guimarães, 2012, pp.16-24)

Partindo para uma análise mais pormenorizada da grelha anterior, conclui-se que, durante os diferentes projetos levados a cabo pelos formadores, todos consideram que são trabalhadas as competências sensoriomotoras cognitivas, dado que os alunos são capazes de memorizar, têm noção do tempo, conseguem concentrar-se e estabelecem comunicação. Consideram, também, que são exploradas, por um lado, as competências relacionais-intra, uma vez que os alunos revelam autonomia pessoal, autoestima, socialização, autoconfiança; e, por outro lado, as relacionais inter, pois eles aprendem a relacionar-se com os outros, percebendo que para que tudo funcione, o grupo deve estar unido.

No entanto, quando questionados sobre as dificuldades dos alunos com necessidade de medidas, durante o processo, as opiniões divergem. Alguns consideram que estes revelam dificuldades apenas de foro psicológico, dado que, algumas vezes, não gostam de se expor perante os outros e nem sempre estão motivados. Outros consideram que as dificuldades são mais de foro cognitivo, uma vez que não conseguem memorizar, não entendem ideias ou sugestões. Por fim, alguns participantes consideram que estes alunos demonstram dificuldades tanto de foro psicológico como cognitivo.

Perante estas dificuldades, impor-se-ia perceber se estes alunos respondiam aos objetivos delineados inicialmente. Também aqui as respostas divergem, dado que alguns consideram que os alunos respondem, mas outros reforçam a dificuldade com que alguns conseguem dar resposta a esses objetivos. Consequentemente, esta situação poderá causar constrangimentos no formador. Por isso, seria pertinente saber o que lhe está a causar angústia no processo, com os alunos com necessidades de medidas. Neste caso, alguns dos inquiridos apontam as limitações cognitivas do aluno, outros o facto de não saberem como se adaptar ao ritmo e às capacidades destes alunos. Assim, não só para tentar ultrapassar estes constrangimentos, mas também para não desistir destes alunos e, consequentemente, contribuir para o seu êxito, aferiu-se acerca das estratégias a que poderiam recorrer para esse efeito. Neste item, todos concordam que é importante diversificar



técnicas de motivação e, sempre que possível, recorrer à expressão corporal como alternativa ao decorar texto, em concreto nos módulos de Voz e Interpretação.

Em síntese, apesar de todos os inquiridos concordarem que o curso de Interpretação apresenta uma visão holística da prática educativa que permite o desenvolvimento integral de competências, no caso de alunos com necessidades de medidas, alguns manifestam dificuldades em saber trabalhar estas diferentes competências. Esta dificuldade resulta em constrangimentos e angústias que, no entanto, procuram ultrapassar, no sentido de não desistir do aluno, através da diversificação de técnicas, por exemplo, de motivação.

**Tabela 4. Política de educação inclusiva praticada na escola (curso de Interpretação)**

Antes da FCT/UFCD		Durante da FCT/UFCD		Depois da FCT/UFCD	
Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta
<b>Expectativas</b>	Divergem.	<b>Estratégias e técnicas adotadas</b>	Divergem.	<b>Tipo de experiência para o aluno</b>	Todos concordam que é muito positiva.
<b>Promoção de autoestima e autoconceito</b>	Todos concordam.	<b>Alterações à planificação inicial</b>	Divergem.	<b>Atitudes a mudar</b>	Divergem.
<b>Áreas e competências transmitidas</b>	Todos apontam o desenvolvimento integral do aluno.	<b>Reconhecimento dos pares</b>	Todos concordam.	<b>Mudanças na sala de aula/de ensaios</b>	Divergem.
<b>Formação para os docentes</b>	Divergem.	-----	-----	<b>Formação para os docentes</b>	Divergem.
<b>Envolvimento da família</b>	Concordam apenas em alguns aspetos.	-----	-----	<b>Envolvimento da família</b>	Divergem.
<b>Recursos humanos e materiais a considerar</b>	Divergem.	-----	-----	<b>Recursos humanos e materiais a considerar</b>	Divergem.
<b>Inclusão</b>	A maioria concorda.				

(Adaptado de Correia, 2017, p.14 e p. 62; Guimarães, 2012, pp.16-24)

Analisando mais pormenorizadamente as respostas dadas no primeiro grupo de questões, verificamos que, no início do processo, quando questionados sobre as suas expectativas em relação a um aluno com necessidades de medidas, a maioria vê este aluno como outro qualquer, se bem que um dos elementos inquiridos admita ter expectativas muito baixas, devido ao facto de serem alunos, como ele próprio nomeia, «NEE». Ou seja, a terminologia aqui utilizada pelo formador revela algum desconhecimento relativamente ao novo paradigma preconizado no DL54/2018 em que a nova forma de ver a escola põe de parte a categorização dos alunos. Os restantes sublinham a importância de levar estes alunos a fazer parte de um grupo, retirando de cada um deles o máximo de todas e quaisquer capacidades que apresentem. A expectativa mais importante é a que possam concretizar os objetivos propostos, tal qual o restante coletivo e que não sejam prejudicados. Em geral, acreditam que todos têm capacidades de apresentar um bom projeto em cujo «produto final» cada um se possa rever. Quando questionados acerca da formação para os docentes, nesta fase inicial do processo, alguns dizem não estar informados sobre este assunto, outros realçam a necessidade de terem acompanhamento e apoio contínuos de profissionais com formação especializada, capazes de lidar com diferentes capacidades e, sobretudo, que conheçam as especificidades de cada uma delas. Outros apontam a importância de estar informados não só sobre a abordagem multinível, mas sobre



a própria política inclusiva que lhe serve de base. Num terceiro item, os participantes são inquiridos acerca das áreas e competências que um curso de Interpretação pode transmitir ao aluno com necessidade de aplicação de medidas. Todos concordam que este curso promove o desenvolvimento integral de todas as dimensões do indivíduo, realçando a socio afetiva, porque são usados “jogos dramáticos” onde a liberdade dada à imaginação é fundamental, por um lado, e porque se está no âmbito da personagem, do “faz-de-conta”, por outro. Porém, e retomando a ideia inicial, referem que a área percetiva/verbal/cognitiva é passível de ser exponenciada por todo o contacto que se tem com textos, dramaturgia, palavra e com tão diversos formadores. Quanto à área motora, esta poderá ser desenvolvida, naturalmente, por ser um curso com uma fortíssima componente prática. No que concerne a quarta questão, esta procura perceber em que sentido este curso pode promover a autoestima e um autoconceito positivo e de que forma o faz. Todos os participantes concordam que este curso, cuja pedagogia é humana e simples, promove a autoestima e um autoconceito nos alunos com necessidade de medidas que o frequentam. Salientam o facto de ser um curso que não formata os alunos para um determinado tipo de ator, pois aproveita e valoriza todas as melhores capacidades do aluno e o que de diferente cada um tem. O aluno tem de entender que o trabalho parte de si, do seu corpo, do seu conhecimento e referências e, por isso, a autoestima deve ser valorizada, pois só com ela notada e referenciada o trabalho pode acontecer. O quinto item analisa os recursos e materiais que devem ser considerados na prática inclusiva (e se estão já a ser considerados na escola). As respostas coincidem num ponto: a existência de uma equipa que integre, entre outros, como por exemplo técnico de serviços sociais, um docente de Educação Especial e um psicólogo. O sexto item envolve a família. Aqui, todos os intervenientes são unânimes: o envolvimento da família é fundamental. Aliás, a pequena dimensão da escola permite o reforço dos laços entre escola e família, nomeadamente através das aulas abertas, em que os familiares são convidados a assistir ao desempenho dos alunos e ao resultado do seu trabalho na escola. No entanto, divergem quanto ao tipo de envolvimento que a família deve ter. Alguns defendem que esta deve envolver-se ao nível do apoio psicológico e da monitorização do empenho do aluno. Outros, consideram que a família não se deve envolver muito, pois é importante que os alunos se sintam independentes.

O segundo grupo de questões, considera as respostas dos inquiridos durante a FCT/UFCD e prende-se, particularmente, com as estratégias e métodos utilizados no desenvolvimento do processo. As repostas divergem quanto ao modo como orientaram o processo, dado que alguns, quando os problemas surgem e percebem que eles não vão conseguir ultrapassá-los, orientam as suas capacidades para outras zonas, no sentido de não se sentirem frustrados nem excluídos, mas sim parte do resultado de um coletivo. Por um lado, uns partilham que foram seguindo linhas de orientação que consideraram o diálogo, a criação e desenvolvimento de “monólogo(s) interior(es)”, assentes no imaginário, nas vivências, recordações, referências, memórias afetivas ou visuais/sensoriais de cada indivíduo, como forma de preenchimento emocional e dramático na construção do mundo interior das suas personagens. Por outro lado, dizem que a responsabilidade da criação foi partilhada por todos. Ou seja, todos os alunos foram encarregues de trazerem propostas, de escolherem o seu caminho, de fazerem compromisso de construir um *espetáculo*. Deste modo, cada um teve o seu tempo para pensar e propor o que queria fazer. Esta estratégia permitiu que as técnicas de trabalho fossem adaptadas a todos e que se tivesse em conta as dificuldades de elocução, a dislexia, a dificuldade da leitura à primeira vista, por exemplo. Os formadores reconhecem que, por vezes, sentiram necessidade de fazer adaptações pontuais e, em alguns casos,

essas alterações tiveram a ver com o nível geral da turma e não com alunos em concreto. Quanto ao coletivo, todos concordam que a turma reconheceu o trabalho dos seus pares, reconhecimento este que fazem questão de apontar nos seus relatórios finais de auto e heteroavaliação. Este reconhecimento é, aliás, instantâneo e natural no processo. Num caso concreto, os alunos manifestaram admiração, alegria e orgulho, pela forma como lutou incansavelmente dia após dia para conseguir atingir o seu máximo, o que conseguiu com brilhantismo.

O grupo seguinte de perguntas recai sobre a fase final do processo, debruçando-se sobre aquilo que, em sua opinião, foi a experiência do aluno, refletindo sobre atitudes ou outros aspetos que pensam devem ser alterados. Com o processo terminado, pediu-se que voltassem a dar a sua opinião sobre a formação dos docentes, a família e sobre os recursos humanos materiais e humanos a considerar em projetos futuros. Relativamente à experiência por que passaram os alunos, apontam a importância da mudança interior por que quase todos passam, que os torna pessoas melhores, mais responsáveis e mais sociáveis. Noutros casos, a aprendizagem foi feita a longo prazo, porque o que não entenderam na altura como forma de aprendizagem (porque partia de si e da sua responsabilidade ativa no processo), aperceberam-se posteriormente – com o devido “afastamento” do processo e objeto artístico. Isto é, consideram que a experiência foi muito positiva, dado que lhes permitiu um melhor conhecimento de si mesmo a nível pessoal, social e criativo. No final do processo, os formadores consideram que os alunos não se devem iludir, pois nem todos vão ser atores. Mas o importante é um ensino que estimule o lado mais criativo e livre das suas personalidades, o lado mais humano, mais ousado, mais sonhador. E, ligado a isso, uma prática de valorização do trabalho, da cultura e do conhecimento, mais-valias com as quais vão sair da escola e que os vai ajudar em qualquer profissão no futuro. Ou seja, os alunos devem ser menos «auto-complacentes» e ter mais mundo, acreditarem neles próprios. Nesta fase final do projeto, os formadores consideram que, realmente, é importante uma formação teórica e pedagógica sempre intrinsecamente ligada a uma prática profissional diária, no ativo – onde se testa e põe à prova novas e variadas formas de abordagem, de caminhos possíveis nas artes do espetáculo. Quanto ao envolvimento da família, se alguns dizem não ter sentido qualquer envolvimento externo, o que poderá ser explicado pela excelente comunicação entre a direção de turma e a os encarregados de educação, outros consideram que os encarregados de educação estiveram presentes, mesmo mantendo a distância, estando a acompanhar o processo de cada um dos seus educandos. Quanto aos recursos humanos e materiais, a ideia inicial mantém-se: é importante a colaboração de um docente de Educação Especial e de um psicólogo que acompanhem o processo.

Num último item, aborda-se a questão da inclusão sobre a qual refletiram antes, durante e no final do processo. Neste ponto, a maioria concorda que este tipo de projeto, integrado no curso de Interpretação, independentemente da fase em que se encontra o aluno, permite praticar uma educação inclusiva. Neste sentido, reforçam a possibilidade que este tipo de projeto oferece ao incentivar a valorização individual, mesmo que o aluno não consiga adquirir todo o leque de competências técnicas. Para tal, realçam o ambiente aberto e ousado, tolerante e livre de preconceitos, a descoberta e abertura da mente para diferentes modos de vida em diferentes locais do mundo e a importância dada à ideia de inclusão num grupo. Aliás, é referido o caso de, por vezes, se aceitarem candidaturas de alunos que deveriam ser “recusados” pelos parâmetros ditos normais, mas cuja progressão pode acontecer e, por vezes, efetivamente, acontece. No entanto, há quem refira que esta inclusão depende dos alunos, dado que este tipo de curso requer capacidades

mínimas para responder ao grau de exigência que se pretende no mesmo, entendendo, portanto, que uma escola profissional deverá formar profissionais e não exercer qualquer tipo de terapêutica para quem pretende fazer uso do teatro, como forma de curar e/ou tratar ou debelar qualquer problema psicológico, ou outro. Ou seja, a inclusão só poderá ocorrer até determinado ponto, pois, como responde, apesar de existirem alunos que necessitam da adaptação de algumas medidas de apoio extraordinário e que apresentam várias dificuldades, estes conseguem ter e desenvolver capacidade de responder, corresponder e, por vezes a superar-se a si próprio, bem como, aos outros colegas. Porém, prossegue, existem alunos cujas limitações extremas os impedem de atingir os objetivos mínimos. Esta experiência da sua incapacidade e a exposição perante o restante grupo poderá, inclusivamente, gerar um sentimento de frustração acrescida, que poderá desenvolver medos, constrangimentos, vários comportamentos anómalos, resultando negativamente num crescente fechamento em si e a uma possível queda num estado depressivo agudo e traumático.

Em síntese, conclui-se que apesar dos participantes não terem dúvidas em relação às condições favoráveis que o curso de Interpretação oferece para a prática educativa, já no que diz respeito às condições que possibilitam a sua concretização, aqueles divergem nas suas opiniões, ou por desconhecerem, ou não perceberem, a visão do novo paradigma preconizado pelo DL54/2018.

## **DISCUSSÃO**

Atendendo à revisão sistemática de literatura realizada e aos resultados obtidos através da recolha de dados, constatamos que, por um lado, o curso de Interpretação segue o preconizado na Constituição Portuguesa, no Artigo 13o, pois é sublinhada pelos inquiridos a importância de não prejudicar qualquer aluno, o que é conseguido através da valorização individual de cada um. Por outro lado, e seguindo a linha de leitura do Artigo 43o, há a preocupação de programar a prática educativa de forma flexível, procedendo, se necessário, a alterações pontuais, livre de preconceitos ou ideais político- culturais ou religiosos que possam interferir de forma negativa no processo educativo. Neste sentido, os formadores, aqui como representantes da escola, contrariam a citação de Pierre Bordieu (citado em Armstrong & Rodrigues, 2014, p.80), dado que procuram práticas educativas equitativas, que promovam a igualdade e proporcionem a todos as mesmas oportunidades. Veja-se o caso do formador que orientou os alunos para um compromisso com o espetáculo, levando-os a sentirem o seu importante papel no processo criativo, o que lhe permitiu, assim, adaptar técnicas, consoante as necessidades e potencialidades de cada um. Esta estratégia vai também ao encontro do defendido por Azevedo (cit. in Carvalho & Peixoto, 2000, p.28), quando salienta a importância de a escola explorar o abrir-se e o revelar-se aos outros de cada aluno, apercebendo-se este, assim, das suas possibilidades e limitações. O próprio reconhecimento por parte destes formadores na necessidade de procederem a alterações pontuais, perante as respostas que teriam de dar a determinadas necessidades, vem confirmar este papel do docente como agente da mudança educacional e, particularmente, como promotor da escola inclusiva, como é assinalado por Silva & Carvalho (2013, p.55). Aliás, aquelas alterações pontuais a que aludem vão ao encontro de Correia (2017, p.24), quando diz que as necessidades de apoio podem se fazer sentir apenas em parte do percurso escolar do aluno. No que respeita, então, à inclusão, perante as respostas obtidas, verificamos que, em relação ao curso de Interpretação, a opinião é unânime de que o processo de aprendizagem inerente a este curso possibilita, por um lado, o desenvolvimento integral do aluno, dada a visão holística que o caracteriza, visão esta a que Correia alude quando enfatiza a

necessidade de adoção de medidas para facilitar o desenvolvimento não só académico, mas também pessoal e socio emocional do aluno (2017, p. 24). Por outro lado, possibilita a concretização de metas da inclusão, na medida em que a diversidade resultante das características individuais de cada aluno não é vista como um obstáculo, mas sim como uma mais-valia no processo criativo de cada unidade de formação curricular que integra o currículo do curso e, conseqüentemente, um caminho para o sucesso escolar, e posteriormente profissional, de todos e de cada um. Na verdade, o DL no54/2018, Capítulo I, no Artigo 5o, apresenta, por um lado, uma das linhas de atuação para a inclusão que incide, exatamente, sobre esta valorização da diversidade e promoção da equidade «e a não discriminação no acesso ao currículo e na progressão ao longo da escolaridade obrigatória.» Por outro lado, alude ao facto de ser necessário a escola se adequar às necessidades do aluno e não o contrário (Capítulo II, Artigo 6o), ideia esta que vai ao encontro do referido anteriormente, quando os inquiridos referem a consideração pela diversidade dos alunos, vista como uma mais-valia promotora do sucesso educativo de cada um. Já a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) preconiza esta ideia, quando fala de uma pedagogia «centrada na criança capaz de satisfazer tais necessidades» tão próprias de cada um, construindo, assim, «um mundo onde caibam muitos mundos», isto é, um mundo de sociedades inclusivas.

Curiosamente, a prática inclusiva, cujas condições bastante satisfatórias este curso proporciona, parece não ser tão fácil, ou exequível, ao nível dos formadores e outros agentes educativos, como outros docentes ou as próprias lideranças. Denota-se uma certa falta de informação relativamente ao trabalho colaborativo e às equipas multidisciplinares (EMAEI) que o DL54/2018 descreve no Artigo 1o e cujos objetivos o Manual de Apoio à Prática (2018, p.44) retoma apontando o papel daquelas na leitura alargada, integrada e participada de todos os docentes. Ou seja, esta última análise, leva-nos a concluir que os elementos inquiridos não estão familiarizados com algumas das alterações introduzidas pelo Novo Regime Jurídico da Educação Inclusiva (Decreto Lei n.o 54/2018, de 6 de julho), pois, além de desconhecerem as referidas equipas, alguns ainda relacionam esta prática educativa à categorização preconizada pelo decreto-lei anterior ao DL54/2018.

Em síntese, para uma implementação ainda mais eficaz de uma política de educação inclusiva na escola onde exercem funções, seria importante, segundo os resultados do estudo realizado, que fossem criadas condições para o bom funcionamento do trabalho colaborativo, nomeadamente no que diz respeito à integração dos professores nesse modelo, com algumas lideranças um pouco mais presentes, e também elas mais colaborativas. Outro aspeto a considerar para a promoção de uma educação equitativa inerente à inclusão, e para a concretização do processo educativo em si, prende-se com a formação contínua e o desenvolvimento dos profissionais, no sentido de estes estarem familiarizados com a realidade educativa, que está ligada a uma política educativa inclusiva, através de momentos regulares de partilha e reflexão. Alude-se a uma realidade educativa, pois o DL no54/2018 é recente, assim como também o é a prática educativa que considera a diversidade de todos e de cada um. Aliás, como se pode ler em Bairrão (1998, pp15-16), «uma nova abordagem do conceito e prática da educação especial, caracterizada predominantemente pela preocupação com a integração» de todos, independentemente das suas características, surge apenas nos anos 70. E, desde então, várias reformas foram levadas a cabo. Para que esta resulte, é fundamental que todos conheçam o que ela preconiza e reflitam. Para tal, além da referida necessidade de formação, seria também importante que estes formadores percebessem que não se pode apenas ser prático, há que ter apoio teórico, pois não estamos perante um modelo educativo que categoriza os alunos, vendo-os

como alunos com uma deficiência. Estamos, agora, perante um tipo de educação em que temos olhares e abordagens diferentes perante o mesmo «objeto», ou seja, é um modelo educativo que afasta «a conceção de que é necessário categorizar para intervir», como é referido no DL54/2018, através da adoção de percursos diferenciados com vista ao sucesso educativo de todos. Pois, como referia um dos participantes no estudo, cada indivíduo é único e aquele que necessitar da aplicação de medidas, ainda mais único é. E um curso de Interpretação pode mudar a vida desses alunos para sempre. Pode fazê-los sonhar e acreditar nas suas capacidades. É só preciso ser um pouco mais sonhadores que eles.

## REFERÊNCIAS

Armstrong, F. & Rodrigues, D.; pref. Mónica Vieira (2014). *A Inclusão nas Escolas*. Ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Bairrão, J., Felgueiras, I., Fontes, P., Pereira, F., & Vilhena, C. (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais*. Lisboa: Ministério da Educação.

Carvalho, O. (2020). *Crescer juntos na Parentalidade Positiva: Competências Profissionais para a Educação Parental* (pp. 122-136). In S. Monteiro (Orgs.) *Educação de jovens e adultos: ações de consolidação da agenda*. Paraná:Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.81720140713>

Carvalho, O., Oliveira, B., Vázquez-Justo, E., & González Lozano, M. P. (2019, January). *Formação de profissionais para a Parentalidade Positiva*. Poster presented at the 3rd International Conference on Childhood and Adolescence and 6th Annual Meeting of the Social Paediatric Subcommittee (SPP) of the Portuguese Society of Paediatrics, Fundação Dr. António Cupertino de Miranda, Porto, Portugal, 23rd-25th January 2019.

Carvalho, O., Costa-Lobo, C., Menezes, J., & Oliveira, B. (2019). *O valor das práticas de Educação Parental: Visão dos profissionais*. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 27(104), 654-684. doi: 10.1590/s0104-40362019002701653.

Carvalho, O. C., Galinha, S. A., Pereira, B. R., Coelho, G., & Machado, C. (2022). *Contextos e perspetivas de criação de culturas, políticas e práticas inclusivas*. *Quaderns d'Animació i Educació Social*, (35, Enero 2022), 1-23.

16

Carvalho, O. (2011). *De pequenino se torce o destino: O valor da Intervenção Precoce*. Porto: Legis Editora.

Carvalho, O.A. & Peixoto, L.M (2000). *A Escola Inclusiva, Da Utopia à Realidade*. Braga, Edições APPACDM Distrital de Braga, 2000. Isbn: 972-8424-72-8 Biblioteca Geral da Universidade Portucalense (BGUPT) [376 C 327 e] (1).

Correia, M. L. (2017). *Fundamentos da Educação Especial – Um guia para Educadores e Professores*. Braga: Flora Editora. DGE. (2018). *Para uma Educação Inclusiva - Manual de Apoio à Prática*.

Guimarães, S. - *European Review of Artistic Studies*, 2012, vol.3, n.2: ISSN 1647-3558 - *À Descoberta dos Palcos da Inclusão: o Teatro como Estratégia Inclusiva e Otimizadora das Aprendizagens - The discovery of the stages of inclusion theatre as a strategy and inclusive learning optimizer* (pp. 12-64)

[http://www.eras.utad.pt/docs/9%20TEA TRO.pdf](http://www.eras.utad.pt/docs/9%20TEA%20TRO.pdf)

Morin, E. (2014). *Enseigner à vivre – manifeste pour changer l'éducation*. Babel essai

Oliveira, G. M. P., Pereira, J. D. L. & Lopes, M. S. (2019). As Artes na Educação Especial – Teorias, Metodologias e Práticas Sociais, Culturais e Educativas para a Inclusão. INTERVENÇÃO – Associação para a promoção e divulgação cultural / Chaves

Silva, M., Ribeiro, O., & Carvalho, A. (2013). Atitudes e práticas dos professores face à inclusão de alunos com Necessidades Educativas Especiais. Revista Portuguesa de Pedagogia (V), 53- 73.

UNESCO. (1994a). Declaração de Salamanca e enquadramento da ação: necessidades educativas especiais. Adaptação da Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade. Salamanca: UNESCO.

### **Legislação consultada:**

Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional - 2005

Decreto-Lei n.o 54/2018, Diário da República, 1.a série — N.o 129 — 6 de julho de 2018.

## **ICCA2022-45087 - Desafios na construção de uma Escola Inclusiva em Moçambique: um estudo de caso**

Cristiana de Sousa Pizarro Bravo Madureira

*Escola Superior de Educação e Ciências Sociais – Instituto Politécnico de Leiria*

*cristiana.madureira@ipleiria.pt*

### **Resumo**

Este artigo procura refletir sobre os “Desafios na construção de uma Escola Inclusiva em Moçambique: um estudo de caso”. Pretende essencialmente dar um contributo para a reflexão no contexto Moçambicano no sentido de ir construindo caminhos para uma escola inclusiva, numa sociedade centrada na pessoa, na dignidade humana e no diálogo intercultural, promovendo o seu bem-estar.

Em termos metodológicos, recorreu-se a uma metodologia qualitativa com o recurso ao estudo de caso no Centro de Recursos de Educação Inclusiva Josina Machel de Anchilo, em Nampula (CREI-Anchilo). A técnica de investigação desenvolvida foi a entrevista semidirética, à diretora pedagógica, ao psicopedagogo e a professores do CREI-Anchilo. Como principais resultados constatou-se a necessidade de ações de capacitação para toda a comunidade educativa, de modo a sensibilizá-los para a importância do seu envolvimento com a escola para a promoção do sucesso e da realização de todos e cada um dos alunos.

Palavras-chave: educação inclusiva, centro de recursos, desafios.

### **Abstract**

This article seeks to reflect on the “Challenges in the construction of an Inclusive School in Mozambique: a case study”. It essentially aims to contribute to reflection in the Mozambican context in order to build paths for an inclusive school, in a society centered on the person, human dignity and intercultural dialogue, promoting their well-being.

In methodological terms, a qualitative methodology was used, using the case study at the Josina Machel de Anchilo Inclusive Education Resource Center, in Nampula (CREI-Anchilo). The investigation technique developed was the semi-directive interview, with the pedagogical director, the psychopedagogue and the teachers of CREI-Anchilo. As main results, there was a need for training actions for the entire educational community, in order to make them aware of the importance of their involvement with the school to promote the success and achievement of each and every one of the students.

## **INTRODUÇÃO**

O presente artigo pretende refletir sobre a escola em Moçambique, no sentido de se repensar a escola, de modo a torná-la mais inclusiva e a dar respostas mais ajustadas à especificidade de todos e de cada um dos alunos que a frequenta.

Nos contextos Europeu e Português, as políticas educativas estão cada vez mais centradas num modelo de educação inclusiva focado numa visão humanista, valorizando o potencial de todos e de cada um dos seus alunos.

O contexto Moçambicano, ainda se encontra aquém desta visão, pois as condições existentes continuam a ser um desafio para responder integralmente às exigências educativas e aos desafios que a educação inclusiva impõe. Neste sentido, este artigo encontra-se organizado em duas partes, sendo que numa primeira abordagem iremos refletir sobre a escola em Moçambique de modo a perspetivarmos uma mudança paradigmática na educação, de modo a torná-la mais inclusiva. Posteriormente refletir-se-á sobre os princípios da educação inclusiva, serão ainda abordados, tendo como referência a legislação Portuguesa definida em 2018, através do Decreto-lei nº 54/2018. Na segunda parte apresentar-se-á um estudo de caso no Centro de Recursos de Educação Inclusiva Josina Machel de Anchilo em Nampula onde se procurou analisar a perceção dos agentes educativos sobre a educação inclusiva, as atividades realizadas bem como os desafios no CREI-Anchilo no âmbito da educação inclusiva. O estudo de caso desenvolveu-se neste Centro de Recursos, pelo facto de ser uma instituição que coloca em prática a educação inclusiva e intercultural, fazendo parte da iniciativa do Governo de Moçambique em melhorar e expandir a educação inclusiva e intercultural em todas as regiões do país, sendo este centro, o que representa a zona norte, estando à disposição para receber crianças das províncias de Nampula, Niassa e Cabo Delgado.

Por fim, referimos a importância de todos os agentes educativos se corresponsabilizarem pela promoção de uma educação inclusiva e intercultural, pois só desenvolvendo um trabalho colaborativo e cooperativo se poderá construir pontes e travessias em prol da inclusão.

## **1. OLHARES LEGISLATIVOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA EDUCAÇÃO INCLUSIVA EM MOÇAMBIQUE**

O termo educação inclusiva surge pela primeira através da Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), onde se defende o conceito de “escola para todos” como um princípio que visa orientar que as escolas:

“Deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Aquelas deveriam incluir crianças deficientes e superdotadas, crianças de rua e que trabalham, crianças de origem remota ou de população nómada, crianças pertencentes às minorias linguísticas, étnicas ou culturais, e crianças de outros grupos desvantajosos ou marginalizados” (p.3).

Por seu turno, Ramos (2006), afirma que a educação inclusiva em termos gerais, constitui uma ação ampla que propõe uma educação com qualidade social para todos.

Reforçando estes conceitos, Mantoan (2011), aponta que a educação inclusiva “implica uma mudança de paradigma educacional, que gera uma reorganização das práticas escolares: planeamentos, formação de turmas, currículo, avaliação, gestão do processo educativo” (p.37).

Com base destes conceitos, pode-se entender a educação inclusiva como um processo ou ato educacional que visa transformar as escolas regulares em inclusivas, valorizadoras da interculturalidade, não somente ao nível da sua estrutura, mas também ao nível de todos os

mecanismos de funcionamento, até às competências dos diferentes agentes da comunidade educativa, de modo a dar respostas cada vez mais inclusivas e promotoras do diálogo intercultural, a todos e cada um dos alunos.

Em Moçambique a educação inclusiva foi formalmente introduzida pelo Ministério da Educação (MINED), em 1998, em resposta à Declaração de Jomtien, de 1990, e à Declaração de Salamanca de 1994, como parte integrante do Plano Estratégico da Educação 1999-2003, tendo iniciado um projeto designado Escolas Inclusivas, cujos objetivos centrais eram:

- a mobilização dos representantes do Governo em relação à educação de crianças e jovens com necessidades educativas especiais
- elaboração de um projeto-piloto a partir do qual seriam estabelecidas as bases para o plano de ação para a implementação das escolas inclusivas (MINED, 2000).

Um ano depois, em 1999, foi aprovada a Política para a Pessoa com Deficiência através da Resolução nº 20/99, de 23 de Junho, alicerçada no “Princípio Constitucional de não Discriminação” que preconiza o acesso e integração nos estabelecimentos de ensino, com condições humanas, materiais e pedagógicas apropriadas. Com a aprovação da Constituição da República de Moçambique de 2004, reafirmou-se nos artigos 35.º, 37.º, 88.º e 125.º, o princípio da inclusão social e igualdade de oportunidades das pessoas com deficiência, também realçando a necessidade de criação de condições para que todos os cidadãos tenham acesso à educação. Nesta sequência, à luz do Diploma Ministerial n.º 191/2011, de 25 de Julho, em 2011, foram criados 3 (três) Centros de Recursos de Educação Inclusiva (CREI), de nível regional, com vista a potenciar a inclusão da pessoa com NEE no sistema educativo.

Com isso, em 2018, com a aprovação da lei nº 18/2018 do Sistema Nacional de Educação em alteração da lei nº 6/92 do Sistema Nacional de Educação, foi reafirmado com o artigo 18 no 2 que é objetivo da educação especial proporcionar à criança, jovem e adulto uma formação em todos os subsistemas de educação e a capacitação vocacional que permita a sua integração na sociedade, na vida laboral e na continuação de estudos. Ainda neste artigo, o nº 3 afirma que o ensino da criança, do jovem e do adulto com necessidades educativas especiais realiza-se em escolas regulares e em escolas de educação especial. Afirma ainda que a criança com necessidades educativas especiais múltiplas ou atraso mental profundo deve receber educação adaptada às suas capacidades em escolas apropriadas.

Assim, diante destes marcos históricos, é possível notar a preocupação do Governo em Moçambique com a consolidação de uma escola mais inclusiva, cuja implementação permitiu concretizar os princípios da Declaração de Jomtien, de 1990, e da Declaração de Salamanca, de 1994.

## **2. PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA – UM OLHAR REFLEXIVO SOBRE O CONTEXTO PORTUGUÊS**

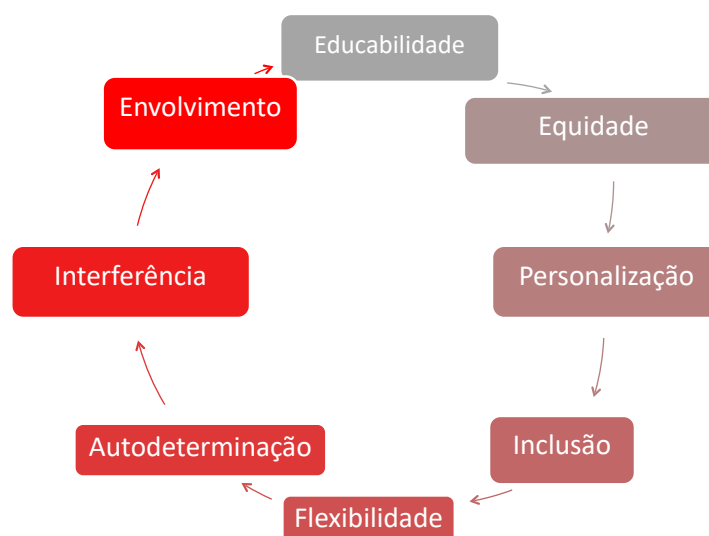
Para a consolidação de uma escola inclusiva e intercultural, é importante repensarmos que visão queremos para a escola em Moçambique, bem como que perfil desejamos para os alunos Moçambicanos. Neste sentido consideramos pertinente refletir sobre o Decreto-lei nº 54/2018, publicado em 2018 em Portugal, que refere no artigo 3.º, os princípios orientadores da educação inclusiva, nomeadamente:

- “a) Educabilidade universal, a assunção de que todas as crianças e alunos têm capacidade de aprendizagem e de desenvolvimento educativo;



- b) Equidade, a garantia de que todas as crianças e alunos têm acesso aos apoios necessários de modo a concretizar o seu potencial de aprendizagem e desenvolvimento;
- c) Inclusão, o direito de todas as crianças e alunos ao acesso e participação, de modo pleno e efetivo, aos mesmos contextos educativos;
- d) Personalização, o planeamento educativo centrado no aluno, de modo que as medidas sejam decididas casuisticamente de acordo com as suas necessidades, potencialidades, interesses e preferências, através de uma abordagem multinível;
- e) Flexibilidade, a gestão flexível do currículo, dos espaços e dos tempos escolares, de modo que a ação educativa nos seus métodos, tempos, instrumentos e atividades possa responder às singularidades de cada um;
- f) Autodeterminação, o respeito pela autonomia pessoal, tomando em consideração não apenas as necessidades do aluno mas também os seus interesses e preferências, a expressão da sua identidade cultural e linguística, criando oportunidades para o exercício do direito de participação na tomada de decisões;
- g) Envolvimento parental, o direito dos pais ou encarregados de educação à participação e à informação relativamente a todos os aspetos do processo educativo do seu educando;
- h) Interferência mínima, a intervenção técnica e educativa deve ser desenvolvida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação se revele necessária à efetiva promoção do desenvolvimento pessoal e educativo das crianças ou alunos e no respeito pela sua vida privada e familiar” (artº 3º do Decreto-Lei nº 54/2018).

### Esquema nº 1 – Princípios da educação inclusiva



(Fonte: Adaptado do Decreto-lei nº 54/2018)

O Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória surge no contexto português como um documento de referência para a organização do sistema educativo, contribuindo para a convergência e a articulação das decisões no quadro de uma escola inclusiva e intercultural.

Consideramos pertinente fazer referência aos princípios elencados nesse documento, e que poderão ser repensados para o contexto Moçambicano.

Um dos princípios referido nesse Perfil centra-se numa base humanista em que “a escola habilita os jovens com saberes e valores para a construção de uma sociedade mais justa, centrada na pessoa, na dignidade humana e na ação sobre o mundo enquanto bem comum a preservar” (Martins, 2017, p.13).

Outro dos princípios prende-se com o saber que “está no centro do processo educativo. É responsabilidade da escola desenvolver nos alunos a cultura científica que permite compreender, tomar decisões e intervir sobre as realidades naturais e sociais no mundo. Toda a ação deve ser sustentada por um conhecimento sólido e robusto” (Martins, 2017, p.13).

O princípio da aprendizagem é outro dos princípios definidos no perfil dos alunos uma vez que as aprendizagens são essenciais no processo educativo. Neste sentido, “a ação educativa promove intencionalmente o desenvolvimento da capacidade de aprender, base da educação e formação ao longo da vida”.

Uma vez que a escolaridade obrigatória é de todos e para todos, o princípio da Inclusão centra-se numa “escola contemporânea que agrega uma diversidade de alunos tanto do ponto de vista socio-económico e cultural como do ponto de vista cognitivo e motivacional. Todos os alunos têm direito ao acesso e à participação de modo pleno e efetivo em todos os contextos educativos” (Martins, 2017, p.13).

Os princípios da coerência e flexibilidade pretendem “garantir o acesso à aprendizagem e à participação dos alunos no seu processo de formação requer uma ação educativa coerente e flexível. É através da gestão flexível do currículo e do trabalho conjunto dos professores e educadores sobre o currículo que é possível explorar temas diferenciados, trazendo a realidade para o centro das aprendizagens visadas” (Martins, 2017, p.13).

Os princípios da adaptabilidade e ousadia centram-se na importância dos alunos se adaptarem “a novos contextos e novas estruturas, mobilizando as competências, mas também estando preparado para atualizar conhecimento e desempenhar novas funções” (Martins, 2017, p.13).

A preocupação com a sustentabilidade surge com o intuito da escola “contribuir para formar nos alunos a consciência de sustentabilidade, um dos maiores desafios existenciais do mundo contemporâneo, que consiste no estabelecimento, através da inovação política, ética e científica, de relações de sinergia e simbiose duradouras e seguras entre os sistemas social, económico e tecnológico e o Sistema Terra, de cujo frágil e complexo equilíbrio depende a continuidade histórica da civilização humana” (Martins, 2017, p.14).

Educar para um perfil de competências alargado requer tempo e persistência, pelo que o princípio da estabilidade deverá também ser valorizado.

## **2.1. O Centro de Recursos de Educação Inclusiva Josina Machel de Anchilo em Nampula**

O Centro de Recursos de Educação Inclusiva Josina Machel de Anchilo em Nampula, sob tutela do Ministério da Educação, é uma instituição multifuncional de ensino primário e secundário, criada ao abrigo do Diploma Ministerial n.º 191/2011, de 25 de Julho, em 2011, onde segundo o artigo 2º deste Diploma, que tem como missão:

(..) criar condições para a promoção de aprendizagem nas crianças e jovens educáveis com ou sem NEE, mediante os Serviços de Diagnóstico e Orientação – SDO e, produção de material didático específico, centro de pesquisa, de formação de professores em exercício para o atendimento às outras demandas de inclusão.

Este centro faz parte do grupo de 3 (três) centros regionais do país, sendo este localizado na região norte (província de Nampula), e os outros na região centro (província de Tete), e sul (província de Gaza). Quanto à localização, o centro em estudo situa-se no Posto Administrativo de Anchilo que dista há 21 km da cidade de Nampula, da qual ele faz parte.

O CREI-Anchilo iniciou a sua atividade em 2011, com a missão de providenciar o ensino de todas a cada uma das crianças, desde a educação pré-escolar até à 10ª classe.

No presente ano, o CREI-Anchilo, integra 56 funcionários, sendo dos quais, 1 (um) Diretor, 1 (uma) Diretora adjunta pedagógica, 1 (um) Chefe da secretaria, 1 (um) psicopedagogo, 28 professores e 24 funcionários auxiliares. Quanto aos alunos, o centro tem para o presente ano letivo, 325 alunos, sendo dos quais 133 internos e 192 semiexternos.

Deste conjunto de alunos, 126 são portadores de NEE, com as seguintes tipologias: 62 com NEE auditiva, 19 com NEE visual, 11 com NEE intelectual, 26 com NEE físico-motora, 3 com NEE de fala, 3 com NEE Hipo acusia, e 2 com síndrome de Down. Segundo a política de funcionamento deste centro, cada professor trabalha com crianças de uma específica necessidade, de modo a promover o desenvolvimento integral de cada um.

## **2.2. Apresentação dos resultados**

De modo a facilitar uma melhor compreensão, os resultados deste estudo foram analisados em 3 categorias, sendo: (i) Perceção dos funcionários do CREI-Anchilo sobre a educação inclusiva; (ii) Atividades realizadas no CREI-Anchilo no âmbito da educação inclusiva; (iii) Dificuldades vivenciadas no CREI-Anchilo no âmbito da educação inclusiva.

Estes resultados foram obtidos através do recurso à entrevista que foi desenvolvida na base de 2 (dois) guiões, sendo um dirigido à direção do CREI-Anchilo e o outro dirigido ao psicopedagogo e aos professores do CREI-Anchilo.

### *2.2.1. Perceção dos funcionários do CREI-Anchilo sobre a educação inclusiva*

O presente item pretendia saber a perceção dos funcionários do CREI-Anchilo sobre a educação inclusiva, tendo-se para tal formulado a seguinte questão: O que entende por educação inclusiva? As respostas obtidas em torno desta questão foram:

“A educação inclusiva é uma educação humana [...]” (A1)

“[...] educação inclusiva é levar alunos com deficiência e dar-lhes acesso à escola [...]” (A2)

“Educação inclusiva é aquela que não discrimina nenhum aluno [...]” (A3)

Na base destas respostas, é notório que a perceção dos funcionários do centro em estudo se alinha no mesmo sentido, indicando que a educação inclusiva num contexto intercultural é aquela que ultrapassa as barreiras que limitam todos e cada um dos alunos com o objetivo de os incluir

efetivamente na escola garantindo, dentro de todos os constrangimentos existentes, as melhores condições para a participação nas aprendizagens.

### *2.2.2. Atividades realizadas no CREI-Anchilo no âmbito da educação inclusiva*

Outra das intenções deste estudo prende-se com a identificação das atividades que o CREI-Anchilo tem realizado no âmbito da educação inclusiva. As respostas obtidas destas questões foram:

“No geral, a nossa atividade é o processo de ensino-aprendizagem (...)” (B1)

“Na sala de aulas damos as aulas, acompanhadas de canções que motivam os alunos a estarem nesta escola” (B2)

“Ensinamos aos meninos como devem se comportar em casa, (...), e na escola (...)” (B3)

“[...] brincadeiras, dinâmicas, construção de objetos na base de papel (...)” (B4)

Com estas respostas, foi possível verificar que o CREI-Anchilo tem realizado várias atividades para garantir a inclusão dos alunos, sendo a principal a preocupação com o desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem mais inclusivos, desde a educação pré-escolar até à 10ª classe que é complementado por outras atividades recreativas, como jogos nas salas de aulas, pintura de diversos objetos, construção de brinquedos como barcos, carros, casas feitas em papel, canções e danças. Estas questões vão ao encontro das competências do Perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória definido no contexto português em 2017.

### *2.2.3. Desafios vivenciados no CREI-Anchilo no âmbito da educação inclusiva*

Outra das questões que norteou o presente estudo diz respeito aos desafios vivenciados no âmbito da educação inclusiva pelo CREI-Anchilo. As respostas obtidas destas questões foram:

“Falta de financiamento que supra as nossas necessidades” (C1)

“Os recursos que dispomos para realizar as nossas atividades são escassos” (C2)

“[...] registamos fraco envolvimento dos pais nas atividades da escola” (C3)

Assim, foi possível constatar que o CREI-Anchilo tem vivenciado vários desafios começando pela insuficiência do financiamento que se recebe do Governo que não chega a cobrir a metade das atividades planificadas para o funcionamento deste centro. Alinhado à este desafio, o centro tem também registado a insuficiência de recursos para dar assistência aos alunos durante as aulas, desde os produtos alimentares para o centro internato, o material escolar para oferecer aos alunos carenciados de modo a realizarem as atividades nas salas de aulas, como lápis de cor, canetas, livros, papéis, até mesmo materiais para ajudar todos e cada um dos alunos, como máquinas de escrever para os invisuais, muletas ou carrinhas para os alunos com dificuldades físico-motoras, fones de ouvidos para deficientes auditivos, entre outros.

Uma outra dificuldade que o centro tem enfrentado é a falta de ações de capacitação para os pais/ encarregados de educação e o conseqüente fraco envolvimento deles na aprendizagem dos seus educandos, o que faz com que durante a permanência destes alunos nas suas casas, não tenham o acompanhamento que precisam para poder consolidar as aprendizagens.

## **CONCLUSÕES**

Para que uma escola seja verdadeiramente inclusiva num contexto intercultural, deve garantir a participação de todos e cada um dos alunos e fomentar práticas promotoras do diálogo intercultural. É urgente que em Moçambique se comecem a desenvolver práticas mais inclusivas nas escolas regulares, pois ainda se verifica que a educação inclusiva não é um direito para todos.

Embora tenha sido notável o esforço do Governo Moçambicano através do Ministério de Educação e Desenvolvimento Humano de criar escolas inclusivas, com mais destaque para a criação de 3 (três) Centros de Recursos de Educação Inclusiva localizados nas 3 (três) regiões do país. Das entrevistas realizadas constatou-se que continua a ser insuficiente o número de escolas em Moçambique, pois ainda existe um grande número de crianças e jovens sem acesso à escola. Está a falar-se de sucesso e inclusão, quando ainda não está garantido o direito à educação, conforme o artigo 26º da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Outros dos desafios que os professores referiram prende-se com os poucos recursos materiais e ambientais e a necessidade de se reinventarem todos os dias, de modo a encontrarem estratégias pedagógico-didáticas no seio da própria Natureza, para dar resposta aos crescentes desafios de promover em Moçambique uma escola mais inclusiva e acolhedora. Para essa construção é central um trabalho colaborativo entre toda a comunidade educativa (professores, não docentes, pais/ encarregados de educação, alunos). Deste modo, desenhou-se um plano de ações de capacitação para a instituição em apreço, de modo a capacitar toda a comunidade educativa, dando um contributo além fronteiras, para a coconstrução de uma escola mais inclusiva em Moçambique.

Em jeito de conclusão, partilha-se um desenho e um poema elaborados por professores e alunos moçambicanos para este estudo e que permite ir ao encontro dos princípios da educação inclusiva num contexto intercultural, onde a “sala de aula debaixo da árvore” do presente possa ser “a sala inclusiva intercultural do futuro”, desde que criem condições para a efetiva participação de todos e cada um dos alunos, valorizando os princípios da educação inclusiva e da valorização da diversidade permitindo assim o desenvolvimento de processos de educação e (trans)formação dos diferentes agentes educativos implicados.



A sala de aula intercultural  
Por baixo de uma árvore,

Onde o ar é tão puro  
Mais que o próprio mármore.  
Muita luz e nada de escuro.  
O vento sopra toda hora,  
Sem portas e nem janelas,  
Atentos à professora  
Que explica bem a matéria.  
Caem as folhas da árvore,  
Caem os seus frutos,  
Caem sem parar,  
Mas continuam os estudos.  
É a sala inclusiva e intercultural do nosso futuro  
Onde aprendemos a ciência.  
Por ela temos orgulho,  
Pois é a mãe da nossa consciência.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de Julho. Presidência de Conselho de Ministros. Lisboa: DG.
- MINED (2000). Projecto escolas inclusivas: relatório preliminar da fase piloto. Maputo: DNEB.
- Martins, G. O. (Coord.) (2017). Perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória. Lisboa: Ministério da Educação.
- Ramos, R. (2006). Passos para a inclusão. São Paulo: Cortez.
- República de Moçambique (1999). Resolução n.º 20/99, de 29 de Junho de 1999. Política da Pessoa com Deficiência. Boletim da República nº 52, Série I. Maputo: Imprensa Nacional.
- República de Moçambique (2004). Constituição da República de Moçambique. Maputo: Imprensa Nacional.
- República de Moçambique (2011). Diploma Ministerial n.º 191/2011, de 25 de Julho, em 2011. Criação de Centros de Recursos de Educação Inclusiva. Maputo: MINED.
- República de Moçambique (2018). Lei no 18/2018 do Sistema Nacional de Educação de 28 de Dezembro. Boletim da República I Série, número 254, Maputo: Imprensa Nacional.
- UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e linha de ação sobre as necessidades educativas especiais. Brasília: CORDE.

# ICCA2022-50611 - Self-compassion and social anxiety: Differential associations between normative and socially anxious adolescents

Diana Vieira Figueiredo<sup>1\*</sup>, Rita Ramos Miguel<sup>1</sup>, Maria do Céu Salvador<sup>1</sup>, Luiza Nobre-Lima<sup>1</sup>, Daniel Rijo<sup>1</sup>, Paula Vagos 12

*1 University of Coimbra, Center for Research in Neuropsychology and Cognitive and Behavioral Intervention (CINEICC) Faculty of Psychology and Educational Sciences*

*2 Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Instituto de Desenvolvimento Humano Portucalense*

*\*corresponding author: Diana Vieira Figueiredo*

*Address: University of Coimbra, Polo 1, CINEICC/FPCEUC, Edif 1, Rua do Colégio Novo, 3000-115 Coimbra, Portugal; Tel: +351 968441870; diana.v.figueiredo@fpce.uc.pt*

Funding: This work was supported by the FEDER – European Social Fund - through the COMPETE 2020—Operational Program for Competitiveness and Internationalization (POCI), and by Portuguese funds through the Portuguese Foundation for Science and Technology (FCT) under Grant [POCI-01-0145-FEDER-029445]. Data for this work is part of a controlled trial at ClinicalTrials.gov (ID: NCT04979676).

## Abstract

Social anxiety is a common experience particularly during adolescence, that may, nonetheless, exacerbate to psychopathological levels. Social Anxiety Disorder (SAD) is characterized by a marked and persistent fear of social or performance situations in which one may be exposed to the scrutiny of others. It has been associated with self-compassion, but mostly in non-clinical samples of adults/adolescents. Self-compassion has been defined as the ability to be touched by one's own suffering, with a desire to alleviate it and involving a nonjudgmental attitude towards one's painful experience that is seen as part of a shared human experience. Little is known about how social anxiety and self-compassion are associated in clinical samples of adolescents with SAD. Moreover, specific associations between social anxiety and the components of Self-compassion (i.e., self-kindness versus self-judgment, common humanity versus isolation, and mindfulness versus over-identification) in clinical samples are yet to be examined. The present study investigated the moderating role of sample (i.e., clinical versus non-clinical) in the pathways linking the components of self-compassion to social anxiety. The sample consisted of 32 adolescents (Mage = 15.88, SD = .83) of which 23 were girls. They were assessed through a clinical structured interview that led to 17 composing the clinical group (i.e., 53.1% presenting with a primary diagnosis of SAD) and 15 constituting the non-clinical group (i.e., 46.9% presenting with no clinical diagnosis). Self-report measures were used to assess social anxiety and the six components of self-compassion. Six separate moderation models were tested, each with one of the self-compassion components as the independent variable and social anxiety as the dependent variable. The models concerning Self-Kindness, Self-Judgment, Isolation and Over-Identification were statistically significant and explained between 73.7% (i.e., Self-Kindness) and 81% (i.e., Over-identification) of the variance of social anxiety. The moderating effect of group was only significant when linking self-judgment and over-identification to social anxiety: self-judgment and over-identification were positively associated with social anxiety for the SAD group, but not for the non-clinical group. In line with previous findings, higher levels of self-compassion were found to be associated with experiencing lower levels of social anxiety overall. However, self-judgment and over-identification seem to have a specific role concerning clinical levels of social anxiety. These components of self-compassion may reflect pathological processes that have been proposed to be distinctive of SAD, namely negative expectations and evaluations about ones' social performance and a ruminative thinking style both before and after the feared social events. As such, addressing self-judgment and over-identification may be particularly relevant when designing compassion-focused approaches to adolescents' SAD, as they seem to sustain social anxiety in its clinical presentation. Keywords: Social Anxiety Disorder, Self-Compassion, Adolescents, Clinical and Non-Clinical.

## INTRODUCTION

Social Anxiety Disorder (SAD) is characterized by a marked and persistent fear of social or performance situations in which one may be exposed to the scrutiny of others (APA, 2013). SAD has its usual onset and is highly prevalent in adolescence with estimated lifetime prevalence rates ranging from 2% (Mohammadi et al., 2020) to 8.6% (Burstein et al., 2011). If left untreated, SAD often presents a chronic and unremitting course (Bruce et al., 2005; Stein & Kean, 2000). Adolescents with SAD experience significant negative impairments in multiple areas of life (Rao et al., 2007), namely in romantic relationships (Hebert et al., 2012), friendships (Erath et al., 2007), and academic performance (Soohinda & Sampath, 2016). Moreover, SAD is associated with an increased vulnerability to other mental health difficulties and risk behaviors (Jystad et al., 2021; Mohammadi et al., 2020; Burstein et al., 2011). Social interactions have a key role in adolescents' developmental experience (Orben et al., 2020), and so, facing experiencing SAD and dealing with its associated consequences could hamper the acquisition of competences that are crucial not only for developing through adolescence, but also to an adjusted adult life (Masten & Cicchetti, 2010). Hence, it is paramount to understand the psychological processes that might explain the experience of SAD within this developmental phase.

One of these processes may be self-compassion. Self-compassion can be defined as the ability to be touched by one's own suffering, with a deep desire to alleviate it and a nonjudgmental attitude towards pain, inadequacies, and failures, so that one's experience is seen as part of the overall and shared human condition (Neff, 2003a). According to Neff's (2003a) conceptualization, self-compassion involves three main components, each with a positive and negative pole: Self-Kindness versus Self-judgment; Common Humanity versus Isolation; Mindfulness versus Over-identification. From this perspective (Germer & Neff, 2013; Neff, 2003a), self-compassion components can be defined as following: Self-Kindness entails a kind and understanding attitude towards oneself when confronted with pain, inadequacies, and failure rather than a harsh self-critical and judgmental attitude (i.e., Self-Judgment); Common Humanity involves recognizing that one's experience is part of a larger and shared human experience and that the human condition is imperfect instead of seeing that personal experience as separating an isolating (i.e., Isolation); Mindfulness relates to turning ourselves towards painful thoughts and emotions and holding them in balanced awareness, rather than excessively engage and identify with them (i.e., Over-identification).

There is large evidence sustaining the negative relationship between self-compassion and mental health problems such as depression, anxiety, and stress in adults; this suggests that self-compassion may be a promising construct for understanding vulnerability and resilience in mental health (e.g., MacBeth, & Gumley, 2012). Particularly, research has shown that self-compassion is associated with decreased social anxiety in non-clinical samples (e.g., Makadi & Koszycki, 2020). Blackie and Kocovski (2018) also showed that lower levels of self-compassion were correlated with more fear of social interactions in both clinical and non-clinical samples of adults. Moreover, adults with SAD have been found to report significantly less self-compassion than healthy controls, presenting higher levels of self-judgment, isolation, and over-identification and lower levels of self-kindness, common humanity, and mindfulness (Werner et al., 2012). A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and mental health problems indicated that the negative indicators of self-compassion (i.e., Self-judgment, Isolation and Over-identification) were more strongly linked to mental health problems than the positive indicators (i.e., Self-Kindness, Mindfulness and Common Humanity; Muris & Petrocchi, 2016). Accordingly, research suggests that interventions



that focus on the cultivation of a compassionate attitude towards oneself are efficacious for adults with SAD, contributing to a decrease in social anxiety symptoms and to an increase in self-compassion levels and quality of life (Gharraee et al., 2018).

Though research suggests that self-compassion may play an important role in social anxiety, little is known about how social anxiety and self-compassion are associated in clinical and non-clinical samples of adolescents with SAD. Previous findings focused on community samples of adolescents, overlooked the dimensions of self-compassion, and/or used a correlational design. For example, Gill and collaborators (2018) found that self-compassion is negatively associated with social anxiety within a community sample of adolescents. Specifically, social anxiety was found to be negatively associated with Self-Kindness and Mindfulness; social anxiety was also found to be positively associated with Self-Judgment, Isolation and Over-Identification. Moreover, adolescents with lower levels of social anxiety presented higher levels of self-compassion, in comparison to adolescents with higher levels of social anxiety (Gill et al., 2018). Results from a longitudinal study with first-year college students (Stefan et al., 2019;  $M_{age}=18.76$ ,  $SD = 0.43$ ) suggested that lower levels of self-compassion predicted higher levels of social anxiety over time, and, in turn, higher levels of self-compassion predicted lower levels of social anxiety over time. To our knowledge, investigation into the same predictive role of the components of Self-compassion in clinical samples of adolescents with SAD has not been conducted, nor have these pathways been compared between adolescents with SAD and normative adolescents. The current study aimed to bridge this gap by investigating differences in adolescents with SAD and without psychopathology in the paths linking self-compassion components (i.e., Self-kindness, Self-judgment, Mindfulness, Isolation, Common Humanity and Over-identification) and social anxiety. Firstly, we expected adolescents with SAD to score higher in the negative indicators of self-compassion (i.e., Self-judgment, Isolation, Over-identification), compared with healthy adolescents. Adolescents with SAD were also expected to score lower in the positive indicators of self-compassion (i.e., Self-kindness, Mindfulness, Common Humanity), in comparison with healthy adolescents. Considering that Self-Compassion has been linked to social anxiety in both clinical and non-clinical samples (e.g., Blackie & Kocovski, 2018), we expected that similar paths linking the self-compassion components and social anxiety will emerge in clinical and non-clinical samples of adolescents. Moreover, given that previous research suggested that the negative indicators of self-compassion were more strongly linked to mental health problems than the positive indicators (Muris & Petrocchi, 2016), we expected those negative components to relate to social anxiety differently, being significantly more relevant to social anxiety in a clinical than in the non-clinical group of adolescents.

## **METHOD**

This work is part of the broader research project TeenSAD: Changing the Course of Social Anxiety in Adolescence (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04979676).

### **Participants**

The total sample consisted of 32 adolescents ( $M_{age} = 15.88$ ,  $SD = .83$ ). Seventeen (53.1%) adolescents presented a diagnosis of SAD, and 15 (46.9%) adolescents presented no mental health diagnosis. No differences were found between the clinical ( $M_{age}=16.06$ ;  $SD=.66$ ) and non-clinical ( $M_{age}=15.67$ ;  $SD=.98$ ) groups regarding age ( $t(30) = 1.347$ ,  $p = .188$ ). Of the total sample, 23 (71.9%)

adolescents were girls and 9 (28.1%) were boys. In what concerns to gender, no differences were found between the clinical and the non-clinical sample ( $\chi^2(1) = .03$ ;  $p = .86$ ). According to parents' occupation<sup>8</sup>, 56.3% ( $n = 18$ ) of the participants came from low socioeconomic status (SES) households, 25.0% ( $n = 8$ ) from medium SES households, and 18.8% ( $n = 6$ ) from high SES households. Adolescents with SAD and without diagnosis were homogeneously distributed by SES ( $\chi^2(2) = 4.78$ ,  $p = .09$ ).

## Procedures

The sample was collected from Portuguese high schools after the study's procedures were approved by the ethics committee of the Faculty of Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra. Consent from executive boards of the schools was also granted prior to any contact with students. Schools were asked to screen all 10th and 11th graders with the Portuguese version of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A; Cunha et al., 2004). Written and informed consent was requested from the guardian or legal representative of students, who were aged between 15 and 18 years old. All potential participants were informed about the goals and procedures of the research; they were also guaranteed confidentiality and anonymity of their responses. Finally, students were asked to voluntarily participate in the study and informed assent was requested. Adolescents scoring more than one standard deviation above the mean or below the mean found for a large normative Portuguese sample on the SAS-A (Cunha et al., 2004) were invited for an individual interview to access specific inclusion and exclusion criteria for integration in the clinical group and non-clinical groups specifically. All adolescents were interviewed with the Portuguese Version of the MINI-KID (Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents; Sheehan, et al., 2010; Portuguese Authorized version by Rijo et al., 2016). Inclusion criteria were: 1) aged between 15 and 18 years old; 2) having a primary diagnosis of Social Anxiety Disorder (for the clinical group) or having no clinical mental health diagnosis (for the non-clinical group) and 3) having no indication of educational specific needs or psychotic symptoms. Students meeting those criteria were then asked to fill in self-report questionnaires assessing the variables under study (see below) in an online format.

## Measures

### *Instruments for sample recruitment*

The **Social Anxiety Scale for Adolescents** (SAS-A; La Greca, & Lopez, 1998; Portuguese version by Cunha et al., 2004) is a self-report questionnaire that comprises 22 items (e.g., "I worry that others don't like me") answered in a 5-point Likert-scale according to how much the item "is true for you" (ranging from 1 = 'not at all' to 5 = 'all the time'). The SAS-A assesses adolescents' social anxiety experiences in social situations, and higher scores reflect higher levels of social anxiety. Besides the total score, the scale is comprised of three other subscales, which were not used in the current work. In the Portuguese version, the SAS-A achieved a good internal consistency for the total score, with a Cronbach's alpha value of .88.

The **Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents** (Mini-KID; Sheehan et al., 2010; Portuguese version by Rijo et al., 2016) is a structured diagnostic interview for the assessment of DSM-V Axis I diagnoses in children and adolescents. This interview is a downward extension of the adult version of the interview (MINI), which has been validated against other

---

<sup>8</sup> Socioeconomic status (low, e.g., laborers in manufacturing; medium, e.g., sales workers, high, e.g., health professionals) was assessed based on Simões' classification (1994).

diagnostic interviews (i.e., the Structured Clinical Interview for DSM-III-R and the World Health Organization designed Composite Internal Diagnostic Interview). The Mini-KID presents screening questions for the evaluation of specific diagnostic criteria for each clinical diagnosis. These questions are answered in a yes/no format. In its original version, interrater reliability was excellent across diagnoses except for dysthymia (Sheehan et al., 2010). The Portuguese version of Mini-KID was the result of a careful translation and back-translation process and has been previously applied as a method for establishing diagnoses (Rijo et al., 2016). For the application of the Mini-KID, clinicians obtained specific training, including role-play exercises, and went through an initial observation phase of experienced evaluators applying the interview.

#### *Data collection measures*

A **socio-demographic questionnaire** assessing age, gender, school year and parents' profession was completed by all participants.

The **Social Anxiety and Avoidance Scale for Adolescents** (SAASA; original version by Cunha et al., 2008) is a self-report questionnaire that consists of 30 items in its adapted version for late adolescents (Vagos et al., 2013). It intends to assess the degree of anxiety and frequency of avoidance in social situations representative of the social fears more frequently experienced during adolescence; only the anxiety subscale was used in this work. Its items (e.g., "Going to a party given by a colleague") are answered using a five-point Likert scale (ranging from 1 = 'none' to 5 = 'very much'). Each subscale is comprised of six factors: interaction with the opposite sex, assertive interaction, observation by others, interaction in new social situations, performance in social situations, and eating and drinking in public. In its original version, the SAASA has shown good internal consistency, with Cronbach's alpha values over .87 for the total score and subscales (Cunha et al., 2008). In its 30-item version, which was particularly tailored for older adolescents, factors achieved adequate internal consistency values with Cronbach's alphas over .70 (Vagos et al., 2013). SAASA has also demonstrated good test-retest reliability, convergent and divergent validities, capacity to discriminate adolescents with SAD from adolescents with other anxiety disorders and adolescents without psychopathology (Cunha et al., 2008), and sensitivity to treatment results (Salvador, 2009). In the present study, only the total score for the anxiety subscale was used and it attained an excellent internal consistency ( $\alpha = .96$ ).

The **Self Compassion Scale** (Neff, 2003b; Portuguese version for adolescents – SCS-A – by Cunha et al., 2016) is a self-report questionnaire composed of 26 items (e.g., "I'm disapproving and judgmental about my own flaws and inadequacies") distributed by six subscales: self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness, and over-identification. Each item is rated on a five-point Likert scale (ranging from 1 = 'never' to 5 = 'almost always'). The SCS-A comprises a total score, two composite scores for the positive (i.e., self-kindness, common humanity and mindfulness) and negative components (i.e., self-judgment, isolation and over-identification) of self-compassion and scores for each subscale. In its original version for adults, the total score achieved an excellent internal consistency with a Cronbach's alpha value of .92. The six subscales revealed good to adequate coefficients of internal consistency with Cronbach's alpha values ranging from .75 to .81 (Neff, 2003b). In its Portuguese version for adolescents (Cunha et al., 2016) the SCS-A has demonstrated a good internal consistency for the total score (i.e., Cronbach's alpha value of .88) and adequate to good internal consistencies for the subscales (i.e., Cronbach's alpha values ranging from .70 to .79). In the present study, only the subscale scores were considered. Five subscales attained

good to adequate internal consistencies with Cronbach's alpha ranging from .75, for Common Humanity to .88 for Isolation; the mindfulness measure achieved a poor internal consistency ( $\alpha = .58$ ).

### Data analysis

All statistical analyses were conducted using IBM SPSS Statistic 22 (Statistical Package for the Social Sciences version 22; IBM Corp.). Student's t-tests for independent samples were conducted to analyze group differences in the self-compassion components and social anxiety. To perform the moderation analysis, six separate simple moderation models ("model 1"), each with one of the self-compassion components (i.e., self-kindness, common humanity and mindfulness, self-judgment, isolation and over-identification) as the independent variable, social anxiety as the dependent variable and group (clinical versus non-clinical) as the moderator, were estimated using SPSS version of the PROCESS Macro (Hayes, 2018).

## RESULTS

Means and standard deviations for self-compassion and social compassion by group are presented in table 1. Significant differences between the clinical and the non-clinical groups were found for Self-Kindness ( $t(30) = -2.58$ ;  $p = .02$ ), Self-judgement ( $t(30)=4.11$ ;  $p < .001$ ), Isolation ( $t(30) = 3.99$ ;  $p < .001$ ), Over-identification ( $t(30) = 4.32$ ;  $p < .001$ ) and Social Anxiety ( $t(30) = 7.89$ ;  $p < .001$ ). No differences were found between samples for Common Humanity ( $t(30) = -1.73$ ;  $p=.095$ ) and Mindfulness ( $t(17.96) = -1.61$ ;  $p=.124$ ). In comparison with the non-clinical group, the clinical group scored significantly higher in Self-judgement, Isolation, Over Identification and Social anxiety and significantly lower in Self-kindness.

**Table 1. Means and standard deviation for study variables**

	Clinical group (n = 17)	Non-clinical group (n = 15)
Self-kindness	2.45 (0.66)	3.13 (0.85)
Self-judgment	3.40 (0.92)	2.17 (0.75)
Common Humanity	2.49 (0.78)	2.97 (0.80)
Isolation	3.34 (1.03)	2.07 (0.72)
Mindfulness	2.77 (0.35)	3.15 (0.87)
Over-identification	3.52 (0.93)	2.22 (0.74)
Social Anxiety	87.94 (16.85)	46.60 (11.98)

Note. Values are presented as M(SD). Social Anxiety was assessed with the SAASA; Self-Kindness, Self-Judgment, Common Humanity, Isolation Mindfulness and Over-identification were assessed with the SCS-A.

The model with Self-Kindness explained a significant percentage of the variance of social anxiety ( $F_{(3,28)} = 26.16$ ,  $p < .001$ ,  $R^2=.74$ ). Specifically, Self-kindness and group effects on social anxiety were significant. However, the moderator effect of group was not significant. The model with Self-Judgment as the independent variable also explained a significant percentage of the variance of social anxiety ( $F_{(3,28)} = 37.94$ ,  $p < .001$ ,  $R^2=.80$ ). In this model, the effects of Self-judgment, group and the moderator effect were statistically significant. Concerning Isolation as the independent variable, the model

significantly explained the variance of social anxiety ( $F_{(3,28)} = 30.16, p < .001, R^2=.76$ ). Isolation and group effects on social anxiety were significant but the same did not happen regarding the moderator effect of group. The model with Over-identification also explained a significant percentage of the variance of social anxiety ( $F_{(3,28)} = 40.50, p < .001, R^2=.81$ ). In this model, both over-identification and group effect on social anxiety as well as the moderator effect of group were statistically significant. Overall, Self-compassion explained between 73.7% (i.e., Self-Kindness) and 81% (i.e., Over-identification) of the variance of Social Anxiety (c.f. Table 2).

In our sample, Common Humanity ( $F_{(3,28)} = 19.41, p < .001, R^2=.67; \beta = -.72; p=.95$ ) and Mindfulness ( $F_{(3,28)} = 21.09, p < .001, R^2=.69; \beta = -21.56; p=.33$ ) did not significantly predict Social Anxiety (c.f. Table 2).

**Table 2. Linear models of predictors of social anxiety and conditional effects of the focal predictor**

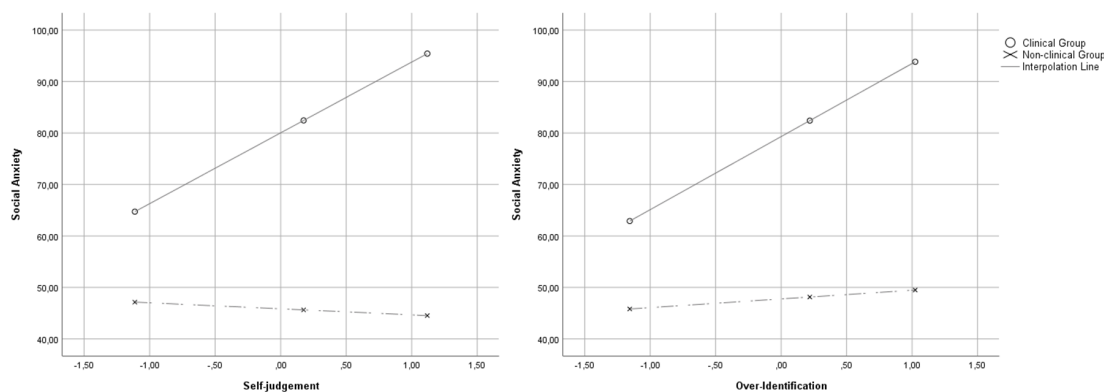
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	95% CI	
				Lower	Upper
constant	120.56*	8.43	14.31	103,30	137,83
Self-kindness	-26.64***	11.33	-2.35	-49,84	-3,43
Group	-36.94*	5.40	-6.85	-47,99	-25,89
Self-Kindness x Group	13.21	6.80	1.94	-,72	27,13
constant	114.22*	8.04	14.21	97.76	130.69
Self-judgment	28.68**	7.76	3.70	12.78	44.59
Group	-34.19*	5.39	-6.34	-45.23	-23.15
Self-judgment x Group	-14.93**	5.36	-2.79	-25.90	-3.96
Clinical group	13.76*	3.24	4.24	7.11	20.40
Non-clinical group	-1.17	4.26	-.27	-9.90	7.56
constant	129.32*	8.79	14.71	111.31	147.32
Common Humanity	-.72	11.05	-.06	-23.36	21.93
Group	-41.41*	5.69	-7.28	-53.06	-29.76
Common Humanity x Group	.56	7.12	0.07	-14.02	15.14
constant	115.67*	8.74	13.23	97.76	133.57
Isolation	18.20***	7.98	2.28	1.85	34.55
Group	-33.80*	5.97	-5.67	-46.02	-21.58
Isolation x Group	-8.01	5.78	-1.39	-19.85	3.83
constant	124.34*	9.09	13.69	105.73	142.95
Mindfulness	-21.56	21.87	-.99	-66.36	23.24
Group	-38.59*	5.69	-6.78	-50.24	-26.94
Mindfulness x Group	9.41	11.64	.81	14.42	33.25
constant	110.84*	7.94	13.96	94.58	127.10

Over-Identification	26.70**	7.49	3.57	11.36	42.04
Group	-31.54*	5.35	-5.90	-42.50	-20.58
Over-Identification x Group	-12.51***	5.20	-2.41	-23.15	-1.86
Clinical group	14.19*	3.11	4.56	7.82	20.57
Non-clinical group	1.69	4.16	.41	-6.84	10.21

Note. Self-Kindness. Self-Judgment. Common Humanity. Isolation Mindfulness and Over-identification assessed with the SCS-A; M = Mean; SD = Standard Deviation; \* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .05$

The moderating effect of group (i.e., clinical vs non-clinical) was only significant when linking Self-judgment and Over-identification to Social Anxiety (cf. table 2). Specifically, Self-judgment and Over-identification were positively associated with Social Anxiety for the clinical group, but not for the non-clinical group (cf. Table 2; Figure 1).

**Figure 1. Moderator effect of group (clinical vs non-clinical)**



Note. Social Anxiety was assessed with the SAASA; Self-Judgment and Over-identification were assessed with the SCS-A.

## DISCUSSION

Social Anxiety Disorder is an impairing mental health disorder that affects the lives of many individuals, particularly adolescents who are likely to experience the onset of SAD. Thus, research is needed to better understand what factors may play an important role in explaining adolescent social anxiety, namely concerning self-compassion. Research with adults is compelling, suggesting that lower levels of self-compassion are associated with higher levels of fear of social situations (e.g., Blackie & Kocovski, 2018) and that adults with SAD report significantly less self-compassion in comparison to healthy controls (Werner et al., 2012). Likewise, interventions that focus on cultivating a compassionate attitude towards oneself when confronted with suffering were found to be efficacious for adult SAD (e.g., Garrae et al., 2018). However, research with adolescent samples, and considering the various components of self-compassion in relation to social anxiety, has been overlooked. The present study aimed to better understand these relationships by investigating

(in)variance in the paths linking self-compassion components and social anxiety between adolescents with and without SAD.

In line with previous findings (e.g., Gill et al., 2018), adolescents with SAD reported lower levels of self-compassion in comparison to healthy adolescents, represented by higher scores in Self-Judgment, Isolation and Over Identification and lower levels of Self-Kindness; these measures were also significant predictors of social anxiety. Self-compassion explained a significant percentage of the variance of social anxiety, further supporting the important role of self-compassion on social anxiety in adolescents (Gill et al., 2018; Stefan et al., 2019). Alternatively, no significant differences were found in levels of Common Humanity and Mindfulness between the clinical and the non-clinical groups. Moreover, Common Humanity and Mindfulness did not predict Social Anxiety. This pattern of results aligns with Muris and Petrocchi's (2016) meta-analysis suggesting that the links between negative indicators of Self-compassion (i.e., Self-Judgment, Isolation and Over-identification) and mental health problems were significantly stronger than those concerning the positive indicators of self-compassion (i.e., Self-Kindness, Mindfulness and Common Humanity). Moreover, research suggests that the associations between the positive subscales, particularly, the Common Humanity subscale of the SCS, and depressive symptoms tend to be weaker than those with the negative subscales (Barnard & Curry, 2011). So, the relevance of the negative components of self-compassion may also be applicable to the distinctive features of social anxiety.

The moderating effect of clinical vs. non-clinical group was only significant in the models linking Self-judgment and Over-identification to Social Anxiety. In other words, higher levels of Self-judgment and Over-identification predicted Social Anxiety for adolescents with SAD, but not for healthy adolescents. So, in adolescents, Self-judgment and Over-identification seem to have a specific role in what concerns clinical levels of social anxiety, which partially concurs with previous findings on the relevance of Self-judgment and Isolation for adult anxiety and depression (Van Dam et al., 2011). The relevance of Self-judgment and Over-identification may reflect pathological processes that are proposed to be distinctive of SAD. Self-judgment may reflect negative expectations and evaluations about ones' social performance, which have been found to play a key role in adolescents' social anxiety (e.g., Chiu et al., 2021; Vogel et al., 2021). Moreover, Over-identification may relate to a ruminative thinking style occurring both before and after feared social events, which have also been found as important variables for social anxiety in adolescents (e.g., Ranta et al. 2014; Schreiber et al., 2012). As such, addressing Self-judgment and Over-identification may be particularly relevant when designing compassion-focused approaches to adolescents' SAD, as they seem to sustain social anxiety in its clinical presentation.

Some limitations should be considered when interpreting its findings. The current work relied on cross-sectional data, making it so that the casual role of Self-compassion components on Social Anxiety cannot be drawn. Also, the Mindfulness subscale presented a poor internal consistency value, thus limiting interpretation of the findings regarding the predictive role of Mindfulness on Social Anxiety. The small sample size also holds limitations to the potential generalizability of the findings. Future research should try to replicate these findings with larger clinical and non-clinical samples of adolescents, using reliable measures, thus allowing for more robust conclusions on the role of self-compassion and its components on adolescent social anxiety.

Despite these limitations, the present work further supports the role of self-compassion on social anxiety, prompting the use of compassion-focused approaches for adolescents with SAD. Moreover,

findings offer initial data for a better understanding of the role of each self-compassion component on adolescence SAD. In line with our findings, interventions focusing on cultivating self-compassion should consider Self-judgment and Over-identification as playing a critical role in the struggles of adolescents with SAD. Thus, a greater emphasis on strategies targeting these components throughout intervention could allow for more effective and tailored interventions that would take into consideration the specific needs of adolescents with SAD.

## REFERENCES

- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5.a ed.)*. American Psychological Association.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, correlates and interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289–303.
- Blackie, R. A., & Kocovski, N. L. (2018). Examining the relationships among self-compassion, social anxiety, and post-event processing. *Psychological Reports*, 121(4), 669-689. <https://doi.org/10.1177/0033294117740138>
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1179–1187. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1179>
- Burstein, M., He, J., Kattan, G., Albano, A. M., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2011). Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey–adolescent supplement: Prevalence, correlates, and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(9), 870- 880. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.06.005>
- Chiu, K., Clark, D. M., & Leigh, E. (2021). Cognitive predictors of adolescent social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 137, 103801. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103801>
- Cunha, M., Pinto Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M. C. (2004). Avaliação da ansiedade na adolescência: A versão portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 249-263.
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. P., & Salvador, M. C. (2008). Social fears in adolescence – The social anxiety and avoidance scale for adolescents. *European Psychologist*, 13(3), 197–213. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.3.1974>
- Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da Escala de Auto-Compaixão. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 4(2), 95–117.
- Erath, S. A., Flanagan, K. S., & Bierman, K. L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: behavioral and cognitive factors. *Journal of abnormal child psychology*, 35(3), 405–416. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9099-2>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Second Edition: A Regression-Based Approach*. New York, NY: Guilford Publications
- Hebert, K. R., Fales, J., Nangle, D. W., Papadakis, A. A., & Grover, R. L. (2012). Linking social anxiety and adolescent romantic relationship functioning: Indirect effects and the importance of peers. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(11), 1708- 1720. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9878-0>



- Jystad, I., Bjerkeset, O., Haugan, T., Sund, E. R., & Vaag, J. (2021). Sociodemographic correlates and mental health comorbidities in adolescents with social anxiety: The Young-HUNT3 study, Norway. *Frontiers in Psychology*, 12.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856–867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Gharraee, B., Zahedi Tajrishi, K., Ramezani Farani, A., Bolhari, J., & Farahani, H. (2018). A Randomized Controlled Trial of Compassion Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(4), Article 4. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.80945>
- Gill, C., Watson, L., Williams, C., & Chan, S. W. Y. (2018). Social anxiety and self-compassion in adolescents. *Journal of Adolescence*, 69, 163–174. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.10.004>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Makadi, E., & Koszycki, D. (2020). Exploring Connections Between Self-Compassion, Mindfulness, and Social Anxiety. *Mindfulness*, 11(2), 480–492. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01270-z>
- Masten, A., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491-495. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000222>
- Mohammadi, M. R., Salehi, M., Khaleghi, A., Hooshyari, Z., Mostafavi, S. A., Ahmadi, N., Hojjat, S. K., Safavi, P., & Amanat, M. (2020). Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and Comorbidities. *Journal of Affective Disorders*, 263, 450-457. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.015>
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2016). Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 373–383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S.-J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 634–640. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
- Ranta, K., Tuomisto, M. T., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2014). Cognition, imagery and coping among adolescents with social anxiety and phobia: Testing the Clark and Wells model in the population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(3), 252–263. <https://doi.org/10.1002/cpp.1833>
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E., & Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: descriptive psychopathology. *Behaviour research and therapy*, 45(6), 1181–1191. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.015>
- Rijo, D., Brazão, N., Barroso, R., Da Silva, D. R., Vagos, P., Vieira, A., Lavado, A., & Macedo, A. M. (2016). Mental health problems in male young offenders in custodial versus community based-

- programs: Implications for juvenile justice interventions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0131-6>
- Salvador, M.C. (2009). Ser eu próprio entre os outros: um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada [Unpublished doctoral dissertation]. Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra.
- Schreiber, F., Höfing, V., Stangier, U., Bohn, C., & Steil, R. (2012). A cognitive model of social phobia: Applicability in a large adolescent sample. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(3), 341–358. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.3.341>
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L., & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the mini international neuropsychiatric interview for children and adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(03), 313-326. <https://doi.org/10.4088/jcp.09m05305whi>
- Soohinda, G., & Sampath, H. (2016). Social Phobia Among School Students -Prevalence, Demographic Correlates and Socio-academic Impairment. *Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health*, 12(3), 211–229.
- Ştefan, C. A. (2019). Self-compassion as mediator between coping and social anxiety in late adolescence: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescence*, 76, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.013>
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *The American journal of psychiatry*, 157(10), 1606–1613. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606>
- Vagos, P., & Pereira, A., & Cunha, M. (2013). Evaluating social fears in late adolescence: Study with a Portuguese Sample. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(3), 373-385. <https://doi.org/10.1080/17405629.2013.841093>
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123–130.
- Vogel, F., Reichert, J., Hartmann, D., & Schwenck, C. (2021). Cognitive Variables in Social Anxiety Disorder in Children and Adolescents: A Network Analysis. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01273-9>
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-Compassion and Social Anxiety Disorder. *Anxiety, stress, and coping*, 25(5), 543–558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>

# ICCA2022-52731 - Comportamentos auto-lesivos e suicidários – distinção e revisão

Rosário Cunha<sup>1</sup>, Sara Rodrigues<sup>1</sup>, Sílvia Tavares<sup>2</sup>, Mariana Pinto<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Interna de Formação Específica de Pediatria no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Portugal*

<sup>2</sup> *Assistente Hospitalar de Pedopsiquiatria no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Portugal*

<sup>3</sup> *Assistente Hospitalar de Pediatria no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Portugal*  
*mrosariomcunha@gmail.com*

## Resumo

Os comportamentos auto-lesivos (CAL) consistem na infligência de auto-sofrimento, sem intenção suicida: cortar-se ou saltar de um local relativamente alto; ingerir fármacos ou drogas ilícitas com propósito autoagressivo ou ainda substâncias ou objetos não ingeríveis (como lixívia, pregos ou lâminas). O fenómeno é complexo, com grande variação quanto à nomenclatura, conceito, prevalência e origem. A distinção destes com os comportamentos suicidários (CS) é frequentemente difícil, residindo essencialmente no intuito final da ação.

Como fatores de risco e predisponentes para cada um destes atos concorrem diferentes situações e os seus encaminhamentos e seguimentos são diferentes. O conhecimento e distinção destes comportamentos é importante na prática clínica diária daqueles que lidam, sobretudo, com adolescentes.

Nesta breve revisão, propomo-nos a avaliar e elencar estes fatores associados aos CAL e CS, auxiliando no seu reconhecimento, distinção e gestão.

Palavras-chave: adolescência, comportamentos auto-lesivos, comportamentos suicidários, saúde mental.

## Abstract

Non-suicidal self-injury consists on the infliction of self-harm without an intention to die. Some examples of these behaviors are the act of cutting oneself, jumping of a high place, using drugs with an auto-aggressive intention, or even eating/swallowing objects or non-edible substances such as bleach or razors. It is a complex phenomenon with a wide variation in terms of nomenclature, concept, prevalence and cause. Distinguishing non-suicidal self-injury from actual suicidal behavior is often very hard, the difference being, essentially, the final intention with which it is performed.

A range of predisposing and risk factors concur to both these situations and their follow-up may be different. The acknowledgement and distinction of these entities is of particular importance to those who deal with teenagers in their daily clinical practice.

With this brief literature review, the authors intend to evaluate and list the characteristics and associated factors to these two behaviors and, therefore, help with their recognition, differentiation and management.

Keywords: adolescence, non-suicidal self-injury, suicidal behavior, mental health.

## COMPORTAMENTOS AUTO-LESIVOS

Os comportamentos auto-lesivos (CAL) definem-se como atos sem intencionalidade suicida, mas com intenção auto-lesiva. Este comportamento tem sido dividido na literaturamais atual em dois grupos, que se distinguem, principalmente, pela intencionalidade do ato:

- *Deliberate self harm*: inclui todos os métodos de automutilação, sem diferenciação quanto à existência de tentativa de suicídio;
- *Non Suicidal Self Injury (NSSI)*: lesões como cortes, queimaduras e arranhões, referindo-se somente à destruição de tecido na ausência de intenção de morte.

A avaliação efetiva duma intenção de morte nem sempre é fácil e clara.

Epidemiologicamente, estes comportamentos predominam no feminino com início cerca dos 14 anos de idade. Associam-se a menores níveis de educação e a maior psicopatologia geral: perturbações

de ansiedade, depressivas, do controlo de impulsos, do comportamento e /ou perturbações da personalidade. Como fatores de risco reconhecidos, surgem a impulsividade, baixa auto-estima, abuso de drogas dos próprios ou família, alexitimia (que se define como a dificuldade em expressar e comunicar emoções, sentimentos) e dúvidas quanto à orientação sexual. Estratégias de *coping* mal-adaptativas são por vezes identificadas, centradas na emoção e do tipo evitante. Adolescentes mais vulneráveis não só experienciam mais eventos negativos, como, sobretudo, têm uma maior perceção destes. O papel das experiências traumáticas na infância é preponderante e particularmente importante, destacando-se problemas psicológicos parentais; separação dos pais; afastamento precoce ou prolongado de um dos pais; abuso e/ou negligência (sexual, física, psicológica e emocional). O papel da violência sexual é de suma relevância.

Os CAL constituem um fator de risco para suicídio (3 a 7x), independentemente da sua intencionalidade. Identificam-se em até 40% dos suicídios consumados, representando frequentemente um triplo fracasso na vida destes adolescentes, a nível individual, familiar e social.

O papel do “contágio social” (real ou virtual), vem assumindo cada vez mais preponderância nos dias de hoje. Frequentemente os adolescentes afirmam que o desenvolvimento destes comportamentos está relacionado com o conhecimento de outras pessoas que também o fazem. Esses relacionamentos e relatos existem tanto em espaços reais como virtuais, em “comunidades de automutilação”, livros, filmes e amigos/colegas, que retratam as experiências da automutilação como uma saída imediata das situações problemáticas vivenciadas. Por conseguinte, os adolescentes identificam-se com os sentimentos de dor e desespero e acabam por acreditar nos benefícios deste comportamento – procura de alívio de dor emocional com a auto-infligência de dor física. A vontade de pertença e a imitação dos pares nesta idade podem levar a CAL sem associação necessária a ideia suicida ou autopunição. A distinção é fulcral.

## **COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS**

Os comportamentos suicidários (CS) e os CAL não são indissociáveis apesar de frequentemente haver relação e até dúvida quanto ao que refletiu determinado comportamento. Os primeiros têm como intuito final o término da própria vida. Parecem, também eles, estar fortemente dependentes das redes sociais e dos media. O *efeito Werther* (relativo aos CS) não deve ser menosprezado e esquecido, constituindo uma exposição a relatos reais ou fictícios de suicídio que focaliza a atenção num suicídio individual e promove uma identificação patológica com a vítima e glorificação da morte. Este fenómeno de contágio em adolescentes vulneráveis tem efeito durante cerca de 2 semanas.

Para estas situações parecem concorrer fatores predisponentes que se podem classificar em fatores individuais tais como: a adolescência em si mesma, fatores neurobiológicos e genéticos, traços de personalidade e características individuais, patologia psiquiátrica, pertencer a minorias, doenças físicas e acontecimentos de vida. Também fatores e características familiares, escolares e sociais devem ser tidos em conta.

Como situações desencadeantes surgem acontecimentos que funcionam como “gota de água”, podendo entrar em ressonância com dificuldades prévias. Muitos CS são precedidos por ingestão de álcool ou drogas para provocar desinibição.

A conjugação destas condições predisponentes e desencadeantes pode levar ao ato impulsivo, mas o prognóstico é pior se um último não for encontrado. Pensa-se que os CS possam ser subestimados

no sexo masculino, uma vez que, dada a sua natureza, caso falhem, só raramente requeiram observação médica. Quanto mais estruturada for a ideação e o plano suicidas, maior o risco.

**Tabela 1. Fatores de risco e sinais de alarme – comportamentos suicidários**

<b>Fatores de risco</b>
Psicopatologia (depressão major, abuso de substâncias ou distúrbios psicóticos)
Tentativa de suicídio prévio
Homossexualidade e bissexualidade, transgeneridade
História de abuso sexual ou violência
História familiar de comportamento suicidário
<b>Sinais de alarme</b>
Pensamentos de morte: pensar em morrer mas não querer matar-se → ideação suicida não estruturada – desejar matar-se mas não ter plano → ideação suicida estruturada – desejar matar-se e ter plano
Falta de propósito/motivação/esperança
Ansiedade: preocupação, medo, agitação, mudanças do padrão de sono
Sensação de irreversibilidade/encurralamento
Isolamento
Raiva e desespero
Mudanças de humor
Impulsividade

Em contexto de urgência, o médico deve estabilizar o doente e oferecer-lhe atenção individualizada, fazer exame objetivo cuidado e nunca dar alta sem avaliação psiquiátrica, pois intervenções em contexto de crise demonstram maior eficácia na prevenção de recorrência em oposição àquelas que se iniciam apenas após a alta.

## **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

Para qualquer patologia a melhor arma é sempre a prevenção. Assim, esta deve começar numa análise cuidada da família e de tudo o que esta representa - contenção e apoio não só financeiro, prático, mas também emocional e a nível dos afetos, dimensão esta que pode facilmente ser esquecida na prática clínica diária. Não sendo possível, na esmagadora maioria dos casos, um afastamento ou mudança da família, o pediatra/médico assistente/professor deve promover uma vigilância mais apertada destas famílias pouco contentoras, logo desde o nascimento e primeiros anos de vida. A escola pode ter um papel protetor, sobretudo em situações de CAL em múltiplos elementos da turma, sendo aqui importante o papel do apoio psicológico da escola.

É importante precaver para a importância de dificultar acesso a medicação e possíveis armas, uma vez que os adolescentes são tendencialmente impulsivos, muitas vezes sem noção da letalidade de determinados fármacos. Esta precaução assume maior relevância quando se trata de um adolescente que apresente sinais de alarme ou história pessoal de CAL ou CS.

Enquanto clínicos com capacidade interventiva, os pediatras devem estar atentos a sentimentos como desespero e irreversibilidade, isolamento ou aparente impulsividade como possíveis sinais de

alarme. É fulcral uma tentativa de empatizar com os doentes, com os seus sentimentos e estratégias de coping (frequentemente mal-adaptativas) e alertar quanto aos perigos de acesso fácil a medicação ou possíveis armas. As saúdes física e mental são indissociáveis.

A procura do serviço de urgência (SU) de Pediatria diminuiu drasticamente durante o período de pandemia COVID-19, em todo o tipo de patologias. No entanto, no que toca às idas ao SU por envenenamento/intoxicação e por questões relacionadas com saúde mental essa diminuição foi menos acentuada. Estes dados relembram a importância de nunca deixar esquecer estes temas.

## REFERÊNCIAS

1. Glenn C, Nock MK. Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: Clinical features and proposed diagnostic criteria. Uptodate. 2021
2. Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*
3. Moraes, D. X., Moreira, É. de S., Sousa, J. M., Vale, R. R. M. do, Pinho, E. S., Dias, P. C. da S., & Caixeta, C. C. (2020). "The pen is the blade, my skin the paper": risk factors for self-injury in adolescents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 1).
4. Kennebeck S, Bonin L. Suicidal ideation and behavior in children and adolescents: Evaluation and management. Uptodate. 2021
5. Sampaio MN, Moura RIS, Lima SM, et. al. Intoxicações Medicamentosas.
6. Protocolos de urgência em pediatria. 4ª edição. 2019
7. DeLaroche AM, Rodean J, Aronson PL, et al. Pediatric Emergency Department Visits at US Children's Hospitals During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2021

## ICCA2022-53979 - Eu aos 80: ação intergeracional com tema longevidade para combate ao ageismo e estímulo ao plano de vida com jovens

Fernanda Gouveia-Paulino<sup>1</sup>, Catharina Franzoi Magliano<sup>2</sup>, Luana Man<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Doutora em Psicologia Clínica, Docente do Curso de Graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (BRASIL) - fegouveia@pucsp.br,*

<sup>2</sup> *Discente Curso de Graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (BRASIL) - luanaman@hotmail.com catha.magliano@gmail.com ,*

<sup>3</sup> *Discente Curso de Pós Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (BRASIL)*

## Resumo

O avanço da longevidade carrega a perspectiva de mudança populacional que requer que a sociedade se prepare para lidar com pessoas idosas e com os desafios relativos ao processo de envelhecimento. Estudos sobre discriminação etária contra o idoso apontam que estereótipos

negativos são comuns e interferem na experiência de envelhecimento. Para combater esta realidade, uma alternativa de intervenção é a atuação com projetos sociais e campanhas que reduzam o etarismo, com destaque para as ações intergeracionais. Discussões sobre longevidade com a população jovem podem envolver conversas sobre Projeto de Vida, tema relevante para o autocuidado e saúde mental dessa população, bem como para seu planejamento de vida e para uma sociedade mais inclusiva. A partir desse contexto, foi realizada uma intervenção-piloto do projeto social “Eu aos 80” com adolescentes da rede pública de ensino. O projeto envolveu grupos socioeducativos e a abordagem de temas que reuniram estereótipos associados à velhice com conteúdo intergeracional. O objetivo era promover a redução de etarismo e a reflexão sobre planejamento de vida considerando a perspectiva da longevidade. O presente trabalho apresenta resultados dessa intervenção e diretrizes para ampliação de alcance.

Palavras-chave: Ageísmo, projeto de vida, estratégias de enfrentamento.

#### **Abstract**

The advance of longevity carries the perspective of populational change that requires society to prepare itself to deal with the elderly and with the aging processes. Studies on age discrimination against the elderly point out that negative stereotypes are common and interfere with the aging experience. To combat this reality, an alternative intervention is to work with social projects and campaigns that reduce ageism, with emphasis on intergenerational actions. Discussions about longevity with the young population can involve conversations about “Life Project”, a relevant topic for the self-care and mental health of this population, as well as for their life planning and for a more inclusive society. Based on this context, a pilot intervention of the social project “Me at 80” was carried out with adolescents from the public school system. The project involved social and educational groups and the approach to themes that combined stereotypes associated with the elderly and intergenerational content. The objective was to promote ageism reduction and a reflection about life planning considering the perspective of longevity. This work presents the results of this intervention and guidelines for expanding its reach.

Keywords: ageism, life project, coping skills.

## **INTRODUÇÃO**

A literatura científica demonstra que o aumento da população de idosos torna a velhice uma questão atual e aponta para a necessidade de iniciativas que favoreçam o enfrentamento e maior preparo da população para uma sociedade que envelhece. O crescimento da população idosa no mundo é um fenômeno de repercussões evidentes que requerem ações imediatas. Preparar a população para uma sociedade que envelhece deixou de ser uma questão do futuro. A projeção de crescimento exponencial, no Brasil, envolve estimativa de que em 2025 o número de habitantes idosos será de aproximadamente 32 milhões (Netto et al., 2006).

De acordo com pesquisa do Censo Demográfico Brasileiro realizado no ano de 2010 (IBGE, 2013) o aumento da população de pessoas acima de 65 anos que era de 4,8% em 1991, passou a 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010. A OMS (2015) aponta duas causas principais para o envelhecimento da população: 1) o aumento da expectativa de vida e 2) queda da taxa de fertilidade (WHO, 2015). Contudo o olhar para essa população ainda precisa superar alguns estereótipos negativos. Em revisão de literatura foram citadas as seguintes características referindo-se a idosos: inflexibilidade, solidão, religiosidade exacerbada, falta de produtividade e/ ou energia, e que idosos são doentes e depressivos, sem interesse sexual, sem recursos financeiros, impotentes, inúteis e com má aparência estando em constante declínio cognitivo (Couto et al., 2009; Vieira, 2012; Palmore, 1999). Isso é preocupante uma vez que, segundo Kruger (2004) os estereótipos sociais são crenças coletivamente compartilhadas sobre atributos, características ou traços de personalidade que são generalizados para grupo baseado em algum critério como por exemplo, a idade.

Dentro desse espectro, considerando a idade como o critério de discriminação, utiliza-se os termos idadismo ou ageísmo. Referem-se a maneiras de pensar, sentir e agir diante de pessoas idosas de forma desrespeitosa por conta de sua idade. Essa discriminação pode ocorrer no âmbito institucional,

interpessoal e até em relação a si próprio (OMS, 2021). Os comportamentos podem ser evidenciados a partir de atitudes negativas ou aparentemente positivas, mas que reduzem a autonomia, como excesso de cuidado e linguagem infantilizada. Vieira (2012) discute que o preconceito contra os idosos parte de jovens, mas também de pessoas mais velhas.

Além do aumento da população de idosos há que se considerar o aumento da expectativa de vida. Uma sociedade mais longeva torna a fase da velhice a mais longa do ciclo vital. Com uma faixa etária tão extensa e mudanças significativas na sociedade e formas de relação e atuação social, a heterogeneidade de experiências, papéis e de representações sociais é uma realidade. Segundo Galiás (2012) os velhos ou velhas representavam uma categoria de pessoas com seus cabelos brancos, afastados da vida profissional, que se distraíam com seus netos e bisnetos, estavam à margem da família ou eram cuidados por estas. Hoje o velho ou a velha estão na ativa, trabalham, passeiam, viajam, estão atuantes profissionalmente, namoram e têm vida sexual ativa, às vezes são os responsáveis pela manutenção financeira de suas famílias, produzem e consomem. A heterogeneidade da velhice é um fenômeno recente e ainda está sendo estudado por ser inédito historicamente. A população como um todo, incluindo os idosos mantêm certos estereótipos sobre o envelhecer, com tendência à visão negativa, mas começam a se abrir para novas possibilidades. De acordo com Neri (2005) tanto a supergeneralização quanto a supersimplificação favorecem a manutenção dos estereótipos. Assim, a quebra de estereótipos negativos é tema atual e de relevância social que merece estudos aprofundados e ações efetivas que promovam reflexão e que combatam frontalmente a discriminação etária.

A relevância do investimento em projetos que possam disseminar informações para favorecer mudança de cultura com perspectiva gerontológica atende não apenas a demandas da população, mas a solicitações da OMS que aponta diretrizes envolvendo a necessidade de campanhas que reduzam discriminação etária (WHO, 2015). Instrumentos comprovadamente eficazes para a Redução de Discriminação etária contra pessoas idosas podem ser replicáveis e podem favorecer tanto os jovens, colaborando para o planejamento do envelhecimento e enfrentamento da longevidade de forma saudável e comprometida com bem-estar na velhice; quanto para pessoas idosas, uma vez que a partir dessas discussões contrói-se uma sociedade mais inclusiva e adaptada à população que envelhece.

O relatório sobre envelhecimento saudável lançado em 2015 pela OMS apresenta dados mundiais sobre envelhecimento para debater sobre saúde pública mais apropriada diante de uma população que envelhece. Segundo o relatório, o aumento da expectativa de vida requer uma visão do idoso considerando a diversidade de experiências de envelhecimento com suas capacidades e necessidades decorrentes de eventos ao longo da vida, novas atividades na idade avançada, novos planejamentos de vida pelos jovens (preparação para envelhecer) e uma nova percepção desse momento da vida. No ano de 2021, a OMS lançou um novo documento sobre esse tema "*Global report on ageism*" ou "Relatório mundial sobre o idadismo", no qual apresenta possibilidades de ações para enfrentar esse fenômeno, apontando figuras, espaços e estratégias que podem colaborar nessa luta. O relatório reconhece a importância de incentivar pesquisas e estudos que se aprofundem nesse tema com a intenção de conhecer melhor esses acontecimentos para entender como combater e prevenir essa questão. Colocar essas ideias em prática demanda dedicação e compromisso político em diferentes frentes e por diversos equipamentos (OMS, 2021).



Assim, considera-se que as Percepções de Saúde e Envelhecimento ainda estão carregadas de estereótipos ultrapassados que favorecem a discriminação etária. O relatório discute que a pessoa tipicamente velha não existe mais e que as políticas devem garantir a possibilidade de trajetória positiva no envelhecimento. São sugeridas que sejam tomadas medidas que maximizem a capacidade funcional do idoso de modo a construir e manter sua capacidade e melhorar a funcionalidade. Programas intergeracionais são considerados eficientes para a quebra de preconceitos entre as gerações, com benefícios pessoais (cognitivos sociais e afetivos) e benefícios sociais envolvendo aspectos culturais. Como alternativas de ação são propostas Campanhas de comunicação para aumentar conhecimento e compreensão de envelhecimento, onde se enquadra o projeto social avaliado pela presente pesquisa: Eu aos 80.

## **OBJETIVO**

O presente estudo avaliou os resultados de intervenção-piloto realizada com adolescentes da rede pública de ensino em ação em grupo socioeducativo com objetivo de redução de discriminação etária e reflexão sobre projeto de vida e perspectivas de futuro. Resultados tiveram função de ser base para a criação de instrumento que pudesse ser usado de forma mais ampla e acessível e que mobilizasse público jovem para tema longevidade como ferramenta de intervenção intergeracional inclusiva.

## **MÉTODO**

Foram aplicados instrumentos de avaliação qualitativos e quantitativos antes e após intervenção-piloto com 23 adolescentes da rede pública de ensino. A coleta de dados foi realizada em período de retorno presencial à instituição educacional pós isolamento social pela Pandemia de Covid-19 (em 2021) situação que contribuiu para oscilação de presença e inclusão de participantes ao longo da intervenção.

Os instrumentos de coleta de dados envolveram ferramentas quali e quantitativas. Os Instrumentos qualitativos foram aplicados em 20 participantes antes do início da intervenção e 17 ao final do processo e envolveram: 1) Desenho da Figura Humana com tema “Eu aos 80” e 2) Construção de nuvem de palavras a partir do fornecimento de 03 palavras associadas à velhice. Dados coletados foram analisados a partir da identificação de estereótipos negativos associados ao envelhecimento e também envolvendo aspectos positivos, sendo realizada análise de mudança de perfil dos participantes a partir da intervenção piloto.

As ferramentas quantitativas utilizadas foram as escalas de discriminação etária FSA (Fabroni Scale of Ageism) e a Escala de Crenças em Relação à Velhice (Escala Neri).

Para esses instrumentos quantitativos foram analisadas as respostas de apenas os 14 participantes que foram os que preencheram os formulários de auto-aplicação nas duas etapas de coleta de dados, do início e do final da intervenção, para dados comparativos.

A escala FSA, é um instrumento quantitativo criado por Fraboni, Salstone, e Hughes em 1990 com o objetivo de analisar componentes cognitivos e afetivos do idadismo ou ageismo, ou ageism, termo cunhado por Butler (1969) (Ferreira & Neto, 2012; Rupp et al., 2006) Permite avaliar tanto os aspectos cognitivos quanto afetivos do ageismo, em três níveis: Antilocução - referir-se ao grupo alvo de forma depreciativa; Evitação - limitar o contato com o grupo-alvo; e Discriminação - tratamento excludente. Consiste em 29 afirmações dispostas em escala Likert de 4 (quatro) pontos, variando de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente) (Ferreira & Neto, 2012; Rupp et al., 2006).

A Escala de Crenças em Relação à Velhice tem por objetivo aferir a percepção social acerca do preconceito etário, os estereótipos negativos ou falsas crenças relacionados às pessoas idosas que levam a situação de discriminação social ou idadismo. Foi desenvolvida por Sheppard (1981) e validada em português por Neri (2005), apresenta 30 itens inseridos em quatro fatores principais. Segundo Cachioni e Aguilar (2008), Diniz e Saldanha (2008), Santos, Ordonez et.al (2011), a escala é composta por diferenciais semânticos, onde cada item se relaciona a dois adjetivos antônimos. As respostas são monitoradas por meio de uma régua, com escala que varia de 1 a 5 pontos. Norteada pela pergunta: “Ser idoso é?” A pontuação marcada se aproximará mais de um ou de outro adjetivo, indicando se a resposta está mais próxima de uma característica positiva ou negativa para a pergunta descrita. Os fatores principais da escala relacionam-se a: cognição - capacidade do idoso de processamento de informações e resolução de problemas; agência - que se relaciona à autonomia e capacidade de realização; relacionamento social - aspectos socioemocionais, e persona - conectados com representações sociais da velhice.

Dados quantitativos foram analisados de forma comparativa envolvendo a identificação de redução, manutenção ou aumento de características negativas associadas ao envelhecimento após a intervenção realizada.

A intervenção-piloto envolveu 2 grupos socioeducativos com jovens entre 13 e 14 anos de idade que participaram de 10 encontros na modalidade online. O objetivo da ação foi apresentar aos adolescentes conteúdo informativo e estímulos variados envolvendo temas associados aos estereótipos negativos sobre envelhecimento para identificação, a partir de discussões temáticas, de estratégias que poderiam mobilizar o público e gerar reflexões sobre inclusão, diversidade, quebra de estereótipos e plano de vida considerando escolhas, estilo de vida e longevidade.

Os temas abordados nessa etapa foram: Introdução sobre velhice, discriminação etária, Atividade física, Produtividade, Inclusão digital, Aparência e beleza, Sexualidade e Gostos e preferências. A cada encontro eram fornecidas informações, depoimentos de jovens / pessoas idosas sobre o tema com uso de estratégias como músicas, jogos, vídeos e depoimentos que pudessem favorecer reflexões em discussões sobre temas para idosos, jovens e plano de vida.

Todos os participantes concordaram com normas vigentes de uso de dados em pesquisa, e, por serem menores de idade, tiveram consentimento de adultos responsáveis que permitiram inclusão de dados de maneira sigilosa com garantia de privacidade.

## **RESULTADOS**

### **Análise de dados qualitativos**

A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir da observação e comparação dos desenhos realizados e pelas palavras selecionadas pelos jovens, no primeiro e no último encontro da intervenção-piloto.

**Figura 1. Desenho de um menino participante do projeto “Eu aos 80”, no qual é possível observar uma mudança significativa na visão sobre velhice.**

Primeiro encontro



Último encontro



A análise dos desenhos comparativos dos jovens envolveu a identificação de situações de casos de manutenção de padrão e outros de mudança significativa. A figura 1 é um exemplo de manutenção de visão sobre envelhecimento. O jovem autor do desenho representou, no primeiro encontro do projeto “Eu aos 80”, um idoso com o corpo musculoso, com cabelo, vestido com uma camisa e shorts, segurando uma flor em uma mão e se apoiando com uma bengala. A partir dessas figuras é possível perceber que o adolescente já possuía uma visão positiva dos idosos, ou seja, com poucos estereótipos, mas ainda assim com algumas características normalmente associadas à velhice, um idoso que pode ser forte, mas também que usa bengala. Na imagem da direita, realizada pelo estudante no último encontro do projeto, nota-se um estilo de representação do idoso muito similar. Apesar de nesse segundo momento não podermos ver seu corpo inteiro, o que fica em evidência é o estilo do cabelo, a barba, a gola da camiseta e algumas rugas, ou seja, características normalmente associadas ao público jovem, como o cabelo, e uma característica mais associada à velhice, a ruga.

**Figura 2. Desenho de um menino participante do projeto “Eu aos 80”, no qual é possível observar uma mudança significativa na visão sobre a velhice.**

Primeiro encontro



Último encontro



Contudo, destacam-se também casos em que houve uma perceptível mudança na visão do participante sobre as pessoas idosas. Para demonstração de um caso de redução de estereótipo foi

selecionado o desenho de um adolescente participante do projeto (Figura 2). Pode-se perceber que o desenho da esquerda apresenta mais características físicas estereotipadas em relação aos idosos como olheiras ou bolsas embaixo dos olhos, rugas, uso de vestimentas e acessórios inusuais e distantes da realidade de jovens, como bengala e colete xadrez (Figura 2, primeiro encontro). Já na segunda etapa de coleta, pós-intervenção, o participante fez um desenho, ao se imaginar aos 80 anos, com algumas características mais habitualmente associadas a pessoas mais novas (Figura 2, último encontro), como o controle de videogame e o casaco de moletom. Assim, foi possível identificar mudança de aparência, com características menos estereotipadas em relação à velhice, desassociação de velhice à vulnerabilidade (retirada da bengala), possibilidade de satisfação (viram histórias de idosos gamers na intervenção) e maior autoconfiança ao expor face em contrapartida com rosto mais escondido no primeiro desenho.

Ademais, foi realizada uma classificação nos desenhos dos 13 participantes que fizeram essa atividade no primeiro e no último encontro pensando se os desenhos mantiveram uma mesma percepção sobre os idosos (manutenção), se tiveram redução dos estereótipos representados (melhora) ou se tiveram um aumento dos estereótipos no desenho (piora). Essa classificação foi realizada para que fosse possível pensar nas análises gerais dos desenhos dos participantes. Com isso, foram percebidos 6 desenhos de manutenção, 7 desenhos de melhora e nenhum desenho de piora. Dessa forma, é possível concluir que considerando os participantes selecionados houve uma mudança considerável no grupo em relação a presença de estereótipos nas produções gráficas. Verificou-se que, nos casos de manutenção de visão ou poucas mudanças, o jovem já tinha uma perspectiva com poucos ou nenhum estereótipo. Vale considerar que alguns dos desenhos de manutenção foram realizados com menor engajamento na tarefa com representações muito simples como apenas um rosto ou uma representação de pessoa com uso de linhas retas.

Além dos desenhos, os jovens escolheram 03 palavras para representar a fase da velhice como características de pessoas de 80 anos. As palavras selecionadas pelos participantes do estudo foram compiladas na ferramenta Mentimeter (<https://www.mentimeter.com/>) que fornece a construção de nuvem de palavras sendo as mais utilizadas aparecendo de forma mais central e em maior destaque com tamanho maior.

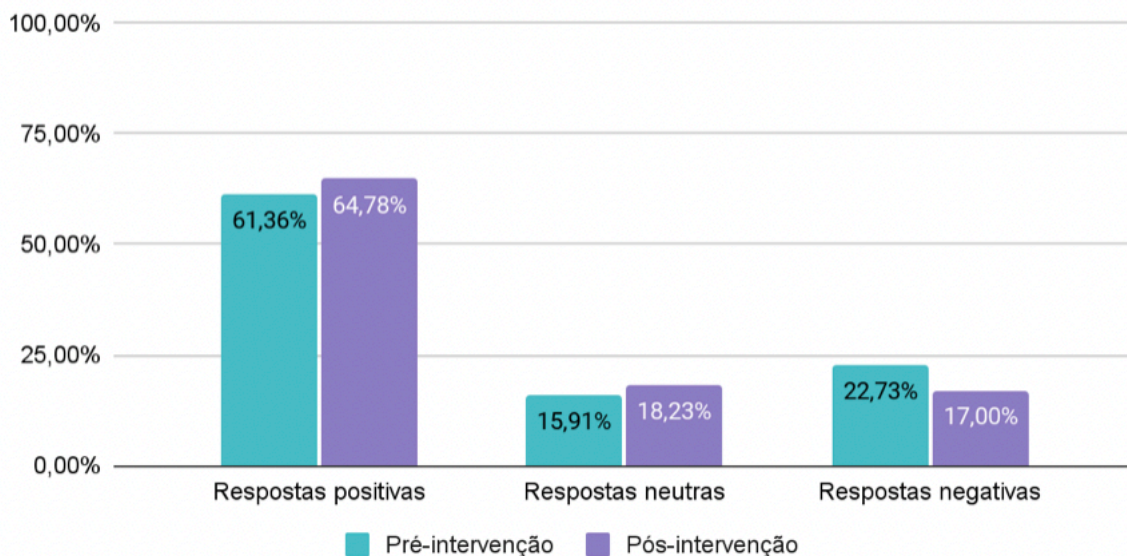
Assim como no desenho, participaram do registro pré-intervenção 20 jovens e no pós intervenção, 17 .

**Figura 3. Nuvem de Palavras 1º encontro**

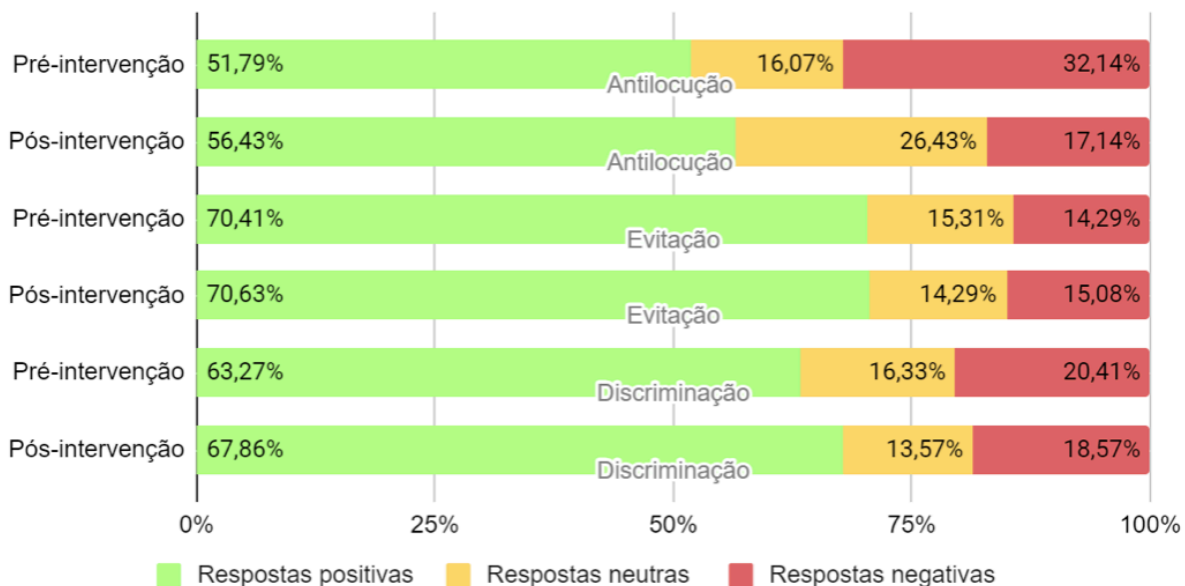




**Figura 5. Dados comparativos Escala Fabroni pré e pós intervenção (14 participantes)**



**Figura 6. Dados comparativos Escala Fabroni (dimensões) pré e pós intervenção (14 participantes)**



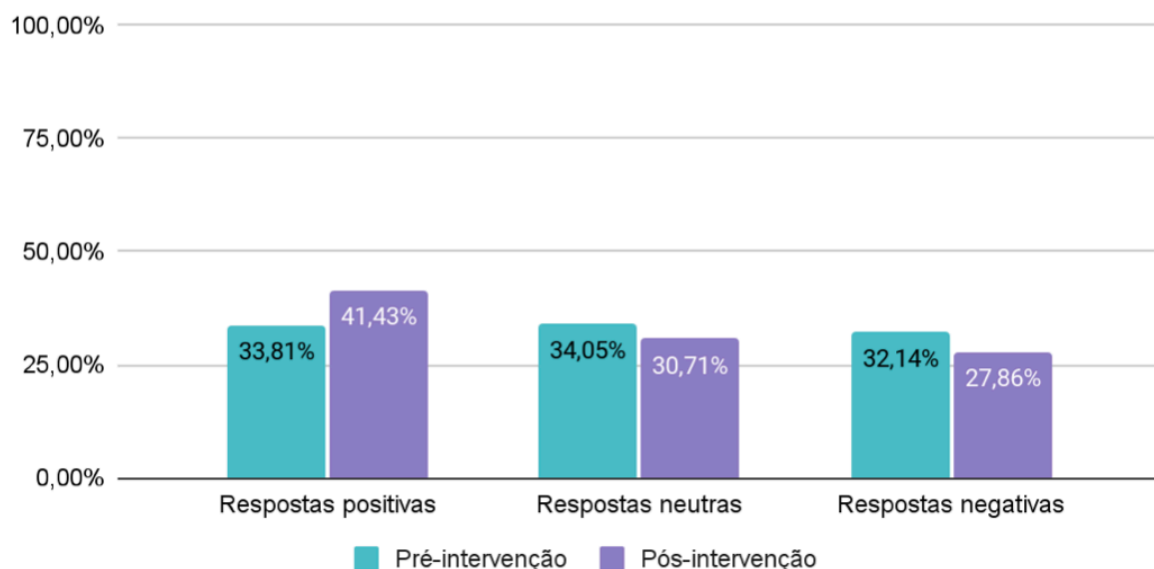
A partir da Escala Fabroni (Figura 5) foi possível perceber que, de maneira geral, houve discreto aumento da porcentagem de respostas apontando visão mais positivas ou neutras em relação às pessoas idosas. Esses dados apontam para redução de estereótipos negativos na coleta de dados pós-intervenção. Houve mudança de perfil de 61,36% para 64,78% de respostas positivas e de 15,91% para 18,23% de respostas neutras no grupo de jovens. A porcentagem de respostas negativas dos 14 participantes diminuiu do momento prévio à intervenção (de 22,73% para 17,00%). Além disso, foram analisados os três níveis mais específico da avaliação temática, que são os seguintes: Antilocução - referir-se aos idosos de forma depreciativa; Evitação - limitar o contato com o grupo-alvo; e Discriminação - tratamento excludente (Figura 6). Em relação a antilocução, a porcentagem de respostas positivas aumentou (de 51,79% para 56,43%), assim como as neutras (de

16,07% para 26,43%). Dessa forma, a porcentagem de respostas negativas do item antilocução diminuiu de uma coleta para a outra (de 32,14% para 17,14%).

No tocante ao nível evitação, a porcentagem de respostas positivas e a porcentagem de respostas negativas aumentaram menos de 1% cada (respectivamente de 70,41% para 70,63% e de 14,29% para 15,08%). Esses aumentos foram compensados pela diminuição da porcentagem de respostas neutras (de 15,31% para 14,29%). No item de discriminação, a porcentagem de respostas positivas aumentou (de 63,27% para 67,86%) e de respostas negativas diminuiu da pré-intervenção para a pós-intervenção (de 20,41% para 18,57%), assim como as respostas neutras (de 16,33% para 13,57%).

Pode-se dizer que a intervenção-piloto mobilizou participantes para tendência a posturas que não depreciam idosos e reduzem discriminação. Não houve mudança em relação à postura evitativa em relação ao contato com pessoas idosas.

**Figura 7. Dados comparativos Escala Neri pré e pós intervenção (14 participantes)**



Em relação à Escala Neri, foi possível identificar que a porcentagem de respostas positivas aumentou do período pré-intervenção para o pós-intervenção (de 33,81% para 41,43%). Enquanto isso, as respostas neutras e negativas mostraram tendência à redução (respectivamente de 34,05% para 30,71% e de 32,14% para 27,86%) (Figura 7).

## DISCUSSÃO

A intervenção-piloto realizada contou com alguns fatores que interferiram no processo de coleta de dados, o que fez com que dados não estivessem completos, e nem todos os instrumentos foram usados com todos os participantes. Parte dos 23 jovens que participaram do estudo não foram assíduos aos encontros ou não estavam presentes nas etapas de coleta de dados para a pesquisa. Os principais motivos desta oscilação de presença envolveu: 1) período de Pandemia (Covid-19) no qual a coleta que foi realizada envolvia retorno presencial às aulas; e 2) a intervenção-piloto foi realizada na modalidade online, situação que envolveu desafios tecnológicos e de contato bem como de engajamento dos jovens. Ainda assim, foi possível ter informações comparativas de parte da amostra, com dados tendo sido coletados antes do início e após a conclusão da intervenção-piloto, e,



ainda, fazer uma leitura do padrão de resposta iniciais e finais da amostra estudada. O conjunto dos dados foi considerado suficiente para o propósito do estudo.

De modo geral, jovens com baixa adesão (participação em menos encontros) mostraram resultados menos consistentes o que leva a crer que estímulos eventuais e em baixa quantidade podem não ser suficientes para reflexões abrangentes e mudança de visão envolvendo estereótipos. Esse dado levou a equipe de pesquisa a considerar a importância de ampliação de temas e estímulos para alcance mais abrangente tendo em vista que nem todos os temas terão o mesmo efeito sobre os participantes.

Apesar destes fatores indesejáveis, houve engajamento e resultados obtidos apontaram efeitos da intervenção bem como determinaram diretrizes a partir da verificação de estratégias funcionais para a criação do programa de intervenção. Assim, a intervenção teve como propósito o desenho de programa replicável e de amplo alcance. Propunha-se a fornecer dados para a verificação de efeito dos estímulos criados, motivação e capacidade de gerar transformações em relação à visão de envelhecimento, com verificação de quebra de estereótipos negativos, e utilidade de discussões para reflexão acerca do plano de vida considerando longevidade.

Os temas expostos e que compuseram a intervenção-piloto foram sensíveis e mostraram alternativas de ação específicas, além da necessidade de abordagem de temas variados para apontamento de diversidade de experiências de envelhecer e sua relação com plano de vida e biografia. Assim, para a criação do programa de intervenção ficou evidente a necessidade de ampliação de temas com perspectiva de diversidade de experiências e histórias de vida longevas e inspiradoras. A aproximação entre as gerações, com possibilidade de contato mais direto com pessoas idosas foram pontos de interesse que também serão intensificados no programa que dará continuidade ao estudo.

Os instrumentos utilizados para a avaliação selecionados para a verificação de resultados da intervenção mostraram-se úteis e sensíveis apontando tendência à redução de estereótipos negativos associados ao envelhecimento e reflexões que possibilitam uso do programa como ferramenta para se pensar em plano de vida a partir do tema longevidade. A intervenção realizada teve caráter de teste de instrumento e como tal apresentou resultados iniciais ainda discretos, porém favoráveis ao cumprimento dos objetivos do programa. A ação testada foi desenhada para a verificação de estratégias e estímulos que melhor atingissem jovens e que mobilizassem discussões produtivas e transformadoras.

Assim, a experiência com os jovens permitiu a identificação de abordagens adequadas à população bem como permitiu a definição de diretrizes para a criação de instrumento a ser usado em programa ampliado. A saber:

- Importante que conteúdo seja interativo, inusitado, surpreenda mas garanta proximidade com a realidade do público-alvo, tornando as reflexões alcançáveis e pautadas em possibilidades alcançáveis.
- Um fator que aumentou a motivação dos jovens diante dos estímulos fornecidos foi a estratégia de incluir, nos temas abordados, histórias de jovens além das de idosos, mostrando a relevância dos temas para a vida presente e não apenas futura.
- O uso de material midiático contendo manifestações culturais dentro do universo adolescente, além de garantir maior engajamento e valorização de expressões culturais habituais, levou familiaridade ao público aumentando seu envolvimento.



- Alguns jovens esperavam recompensas com a realização das atividades, o que mostrou que a introdução de jogos, pontuações ou algum nível de competitividade saudável pode aumentar engajamento.
- A realização de atividades práticas envolvendo tarefas e feedbacks foi muito bem recebida pelos participantes do estudo. Essa perspectiva remeteu à importância de participação ativa dos usuários do programa e não apenas no recebimento de informações e orientações.
- A etapa de discussão foi muito importante para conhecer interesses e efeitos da intervenção-piloto. Permitiu que dados e temas explorados a partir da perspectiva de pessoas longevas fossem considerados na realidade atual dos jovens, o que remeteu à importância de se ressaltar, no programa, reflexões sobre plano de vida para velhice mais ativa e saudável a partir das escolhas na juventude.
- A amplitude de temas para quebra de estereótipos pareceu importante a partir da percepção que cada usuário foi tocado de forma diferente para temas, possivelmente a partir das experiências pessoais e modelos de identificação. Assim, mais temas podem garantir visão diversa e flexível, sendo recomendável ampliação em relação aos estímulos da intervenção-piloto.
- A possibilidade de interação com pessoas idosas foi valorizada pelos participantes, sendo estratégia a ser ampliada na criação do programa.

Trata-se de um projeto inovador e que, a partir de questões distantes da realidade do jovem, como a longevidade, visa a promoção de fortalecimentos de recursos importantes tanto para o convívio com pessoas idosas como para o enfrentamento de desafios da adolescência.

Do ponto de vista da relação com pessoas idosas, o Projeto “Eu aos 80” atende a diretrizes da OMS na criação de campanhas contra o etarismo. Uma visão menos estereotipada da velhice, com reflexões sobre diversidade e escolhas pode ser a base de postura mais compreensiva sobre o processo de envelhecimento e seus desafios, bem como favorecer relação mais inclusiva com pessoas de outras gerações. O projeto aborda ainda questões que são muito atuais. A diversidade tem sido valorizada em todas as gerações e a atual população idosa tem sido alvo de experiências inéditas no exercício de maior liberdade de expressão, da sexualidade e da variedade de vivências.

Além disso, como cidadãos, os jovens podem ser replicadores de conteúdo e agentes de sociedade mais preparada para lidar com envelhecimento populacional e seus diversos desdobramentos e desafios (inversão de pirâmide demográfica já é uma realidade no Brasil).

Mas para além de favorecer a inclusão de pessoas idosas, o projeto também mostrou que pode ser ferramenta de reflexão sobre o projeto de vida dos jovens. Esse tema, tão importante na etapa da adolescência, costuma gerar ansiedade e receios diante das incertezas em relação ao futuro. A aproximação com histórias inspiradoras em ação intergeracional e a abordagem de um tema aparentemente distante (a longevidade) pode reduzir resistências e aproximar o jovem de reflexões importantes sobre perspectivas de futuro.

Quando o jovem consegue refletir sobre plano de vida, exercita a avaliação de consequências diante de escolhas, e, pensar em projetos passa a envolver reflexões sobre autocuidado. Ao pensar quem se quer ser aos 80 anos, o jovem passa a pensar em estilo de vida, escolhas e no que deve fazer ao longo da vida para se tornar um idoso ativo e com vida com qualidade e satisfação.

Desta forma, ao investir em temas como autocuidado e inclusão, o Projeto “Eu aos 80” pretende fortalecer o jovem ao investir em fatores de proteção para a saúde mental, gerando mais autoconfiança para experimentações e escolhas em momento decisivo de formação de identidade.

Como próximos passos do estudo está sendo criada ferramenta interativa com produção de conteúdo seguindo diretrizes apresentadas nos resultados obtidos na intervenção-piloto. Continuidade da pesquisa envolve ampliação de público e nova coleta de dados para avaliação de resultados antes de uso de ferramenta digital em larga escala.

## REFERÊNCIAS

- Cachioni, M., & Aguiar, L.E. (2008) Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores- professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. pp. 95-119. Revista Kairós, São Paulo.
- Couto, M.C.P.P., Koller, S. H., Novo, R., & Soares, P.S. (2009) Avaliação de Discriminação contra idosos em Contexto Brasileiro – Ageismo. 25(4), pp. 509-518. Psicologia: Teoria e Pesquisa.
- Diniz, R.F., & Saldanha, A.A.W. (2008) Aids e velhice: crenças e atitudes de agentes comunitários de saúde. Temas em Psicologia, 16(2), pp. 185 – 198.
- Ferreira, A. V., & Neto, F. (2012) Quem são os mais preconceituosos em relação à idade e os mais sós: jovens, adultos ou idosos? Influência da religiosidade. INFAD Revista de Psicologia, Espanha, 1( 2), pp. 115-122. Consultado em 9 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10662/4321> .
- Galiás, I. (2012) Desenvolvimento Progressivo na Maturidade. In: Kaufman, F. (org). Novo velho: envelhecimento, olhares e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, (2013) Atlas do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro. Consultado em 3 de abril de 2017. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>
- Kruger, H. (2004) Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In.: Lima, M.E.O. e Pereira, M.M. (org) Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas. Salvador. EDUFBA.
- Neri, A.L. (2005) Palavras-chave em Gerontologia. Campinas. Alínea.
- Netto, M. P., Yuaso, D. R., & Kitadai, F. T. (2006) Longevidade: desafio no terceiro milênio. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. Bioética e Longevidade Humana, pp. 259-288. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola.
- Palmore, E.B. (1999) Ageism: negative and positive. New York: Springer.
- Rupp, D. E.; Vodanich, S. J., & Credé, M. (2006) Age Bias in the Workplace: The Impact of Ageism and Causal Attributions. Journal of Applied Social Psychology, Inglaterra, 36(6), pp. 1337-1364, 2006. Consultado em 9 de janeiro de 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Stephen\\_Vodanovich/publication/228658996\\_Age\\_Bias\\_in\\_the\\_Workplace\\_The\\_Impact\\_of\\_Ageism\\_and\\_Causal\\_Attributions1/links/0deec5315ed0c7d19b000000/Age-Bias-in-the-Workplace-The-Impact-of-Ageism-and-Causal-Attributions1.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Stephen_Vodanovich/publication/228658996_Age_Bias_in_the_Workplace_The_Impact_of_Ageism_and_Causal_Attributions1/links/0deec5315ed0c7d19b000000/Age-Bias-in-the-Workplace-The-Impact-of-Ageism-and-Causal-Attributions1.pdf) .
- Santos, B.F. Ordonez, T.N., Silva, T.B.L, & Cachioni, M. (2011) Identificação das crenças em relação à velhice e ganhos percebidos de professores do CIEJA. pp. 119-141 Revista Kairós Gerontologia, 14(2), São Paulo.
- Vieira, S. (2012) Relações intergeracionais: as barreiras da institucionalização. 15(1), pp. 119-133. Revista Kairós: Gerontologia , São Paulo.

World Health Organization (WHO). World Report On Aging and Health. (2015) Consultado em 8 de março de 2022. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1)>

World Health Organization (WHO). Global report on ageism. World Health Organization; (2021). Consultado em: 8 de março de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

## **ICCA2022-59561 - Parentalidade, crianças e literacia digital: Desafios e oportunidades**

Alexandra Maria Barradas Batista

*Universidade de Évora, Portugal*

*alexandra.mbb@gmail.com*

### **Resumo**

O uso das TIC na contemporaneidade comporta um conjunto de implicações éticas e sociais que interferem em diferentes esferas da vida quotidiana. O elevado número de utilizadores da internet em Portugal e dos diferentes media sociais, reflete diversas preocupações junto daquilo que é o exercício da parentalidade na era digital e das suas implicações durante a infância das crianças. Afigura-se pertinente uma abertura à discussão daquilo que é a importância da literacia digital, quer para os pais quer para as crianças, numa altura em que se verifica uma quantidade cada vez maior de partilhas dos mais diversos conteúdos das crianças online. Neste diálogo pretende-se incluir a discussão em torno do paradoxo em que os pais são os principais responsáveis por assegurar os direitos das crianças, mas atualmente são também os primeiros a colocá-los em causa. Partindo de uma revisão da literatura, que tem na base a realização de um trabalho de investigação mais amplo sobre a parentalidade digital, pretende-se contribuir para a reflexão de questões de ordem ética e literacia digital por relação ao recente fenómeno de sharenting.

Palavras-chave: Infâncias online, Parentalidade digital, Literacia digital, Sharenting, Ética.

### **Abstract**

The use of contemporary ICT involves a set of ethical and social implications that interfere in different daily life spheres. The high number of internet users in Portugal as well as the different social media, reflects several concerns regarding the exercise of parenthood in the digital age and its implications throughout children's childhood. An opening to the discussion of what is the importance of digital literacy, both for parents and for children, at a time when there is an increasing amount of sharenting of the most diverse contents of children online seems relevant. This dialogue is intended to include a discussion of the paradox in which parents are primarily responsible for ensuring children's rights, but they are also currently the first to call them into question. Starting from a review of the literature, which is based on the realization of a broader research work on digital parenthood, it is intended to contribute to the reflection of ethical issues and digital literacy in relation to the recent phenomenon of sharenting.

Key-words: Online childhoods, Digital parenthood, Digital literacy, Sharenting, Ethics.

### **INTRODUÇÃO**

Os usos das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na contemporaneidade comportam um conjunto de implicações éticas e sociais que interferem em diferentes esferas da vida quotidiana. O elevado número de utilizadores da internet em Portugal (INE, 2018) e dos diferentes *media* sociais (INE, 2019), refletem diversas preocupações junto daquilo que é o exercício da parentalidade na era digital e das suas implicações na vida das crianças a curto e a longo prazo (Brosch, 2016, 2018; Damkjaer, 2018). Neste contexto, afigura-se pertinente a discussão da importância da literacia digital,

quer para os pais quer para as crianças, numa altura em que se verifica uma quantidade cada vez maior de partilhas de conteúdos das crianças *online* (Damkjaer, 2018; Siiback & Tracks, 2019; Steinberg, 2017, 2020). Apesar da existência do mito dos “nativos digitais”, as crianças e jovens não adquirem literacia digital automaticamente por terem nascido na era digital (Hargiattai, 2010; Simões et al., 2014). Torna-se, assim, importante refletir sobre os desafios que os pais comportam na atualidade devido ao uso generalizados das TIC. O *sharenting* revela-se como uma prática que contribui para esta reflexão, dada a exposição que as crianças têm *online*, muitas vezes antes mesmo do seu nascimento. Os pais são os principais responsáveis por assegurar os direitos das crianças (ONU, 1982), mas atualmente são também os primeiros a colocá-los em causa (Blum-Ross & Livingstone, 2017; Mascheroni et al, 2018), pela documentação da vida privada dos seus filhos *online*. Importa, pois, evidenciar que as partilhas de conteúdos *online* devem comportar elementos de ordem ética, que ajudem a minimizar riscos para as crianças e que a literacia digital é um dos elementos que contribui para isso.

Este trabalho tem por base a realização de um trabalho de investigação mais amplo<sup>1</sup> sobre a parentalidade digital, *sharenting*, direitos das crianças e pretende contribuir para a reflexão de questões de ordem ética e literacia digital por relação ao recente fenómeno de *sharenting*<sup>2</sup> (Santos, Azevedo & Pedro, 2015; James, 2014; Livingstone, 2004; Walsh, 2017; Ponte, 2020). Inicia-se a primeira parte com a explicitação do conceito de literacia digital e das suas implicações no que se refere à parentalidade digital na contemporaneidade. Posteriormente, numa segunda parte, será abordada a relação existente entre parentalidade, *sharenting* e literacia digital, refletindo-se sobre como é que a literacia tem implicações nos desafios que a parentalidade digital hoje coloca. Serão ainda enunciadas um conjunto de habilidades necessárias no uso na TIC, quer para pais, quer para filhos. Por fim, numa terceira e última parte, serão abordadas fontes onde as pessoas podem efetivamente obter literacia digital, através do esclarecimento das suas dúvidas e da aprendizagem sobre novos temas. A análise será realizada com enfoque no ‘Centro Internet Segura’ evidenciar que tipo de recursos disponibiliza e quais os seus objetivos.

## LITERACIA DIGITAL E PARENTALIDADE, HOJE

O desenvolvimento das tecnologias provocou mudanças tanto para a sociedade em geral, como para as famílias em particular (Almeida, 2011; Batista & Costa, 2021; Damkjaer, 2018). Em consequência disto, são inúmeros os desafios que os dias de hoje acarretam quanto ao uso das TIC, quer por adultos, quer por crianças. As tecnologias por vezes trazem mudanças tão rápidas e abrangentes que as suas implicações são difíceis de compreender (Amarante, 2016). A literacia digital constitui-se, então, como um ponto de ancoragem de discussão para a minimização de riscos associados aos usos das TIC. O conceito de literacia que está associada ao mundo tecnológico tem vindo a adquirir várias denominações, entre as quais o: “literacia mediática”, “Literacia digital”, “literacia informacional”, “alfabetização digital” (Livingstone, 2004). O termo que se pretende aqui discutir e analisar é o de “literacia digital”. A literacia “é um conceito que é vibrante e dinâmico e está em constante evolução” (Gutiérrez e Tyner apud Santos et al., 2015, p.27). Numa era em que tudo está em constante mudança, o conceito de literacia pode afigurar uma definição diferente em função dessas mudanças e para as quais as pessoas devem estar despertas. Por esta razão, o conceito de literacia digital é aquele que melhor transmite a ideia de uma estrutura que incorpora outras literacias que explicam e caracterizam o ambiente digital (Santos, Azevedo & Pedro, 2015). Como tal, a

literacia digital é fundamental para a inclusão social e digital numa sociedade globalizada, não só para as crianças e jovens, como também para os adultos (Pereira, Pessôa & Costa, 2012). Segundo a Recomendação da Comissão Europeia (2009) a literacia digital ou mediática pode definir-se como “a capacidade de aceder aos *media*, de compreender e avaliar de modo crítico os diferentes aspectos dos *media* e dos seus conteúdos e de criar comunicações em diversos contextos” (p.10), isto é, inclui obter conhecimentos nas áreas dos *media* de informação, comunicação e compreensão tecnológica (Simões et al, 2014). Assim, a literacia digital engloba a capacidade de aceder, analisar, avaliar e criar conteúdos de diferentes formas (Livingstone, 2004a). Se as pessoas compreenderem e avaliarem de modo crítico as suas ações *online*, reduzirão a sua exposição a riscos *online*, quer para as próprias quer para os outros, por exemplo quando se partilha uma fotografia de família em que quem está presente na fotografia não é apenas a pessoa que decidiu partilhá-la. Portanto, combatendo o mito dos “nativos digitais” (Hargiattai, 2010), as crianças não adquirem literacia digital “naturalmente”; a obtenção desta competência envolve orientação por parte de pais, professores e/ou colegas (Hargiattai, 2010). Os pais são figuras que interferem no desenvolvimento e socialização das crianças e, por isso, têm a responsabilidade de orientar o comportamento dos filhos relativamente ao uso das TIC, mas para isso devem possuir um conjunto de conhecimentos que os possam ajudar e orientar nessa tarefa. Tendo em consideração que hoje muitas crianças e jovens são vistos como “a geração mais vigiada na memória”<sup>3</sup> (Howe, & Strauss, 2009 *apud* Romero, 2014), isto exige que, quer pais, quer filhos tenham conhecimentos para que possam compreender riscos que surjam *online*, bem como estratégias que mitiguem esses riscos e maximizem os benefícios para que os pais exerçam o processo de mediação<sup>4</sup> de forma eficaz (Livingstone & Helsper, 2008; Sonck et al, 2013). De entre essas estratégias encontra-se um conjunto de habilidades necessárias que pais e filhos devem ter e adquirir para serem cidadãos responsáveis e bem informados.

### **Habilidades digitais necessárias para uso das TIC por pais e filhos**

As interações das crianças com os seus pais, familiares ou outras pessoas como colegas e professores moldam a sua literacia digital, as suas experiências e aprendizagens (Kumpulainen; Sairanen & Nordstrom, 2020). Como referem Batista & Brito (2020), as crianças devem “participar na sociedade, de uma forma ativa, consciente e responsável” (p.59). A literacia digital deve ser encarada como necessária e importante, quer para pais, quer para filhos, pois “a própria natureza da literacia digital, que é ampla, complexa e de rápida mudança, faz com que seja difícil medi-la” (Simões et. al., 2014, p.22).

Existe, portanto, um conjunto de habilidade básicas digitais consideradas necessárias para os pais. A primeira tem que ver com a gestão da privacidade na internet e nos *media* sociais, pelos diversos riscos associados (e.g.: riscos à privacidade; riscos tecnológicos e riscos de conteúdos e interação) e pelo facto de muitos pais partilharem ativamente conteúdos dos filhos *online*

(e.g.: *sharenting*), sendo que a privacidade é considerada um elemento de que as crianças têm direito a beneficiar (Romero, 2014; ONU, 1989). A segunda está relacionada com a gestão de conteúdos, pois os pais têm a responsabilidades de gerir as atividades *online* dos seus filhos, nomeadamente o que podem e devem ou não ver (Romero, 2014). Em terceiro lugar, a gestão da tecnologia pelas consequências que poderão ter a nível físico e intelectual para crianças e adultos (e.g.: vício em jogos *online*) (Romero, 2014). Ao nível da gestão da comunicação, interação e regulação social e emocional da tecnologia também se podem encontrar um conjunto de habilidades consideradas importantes. A

primeira está relacionada com a comunicação e interação, pois os pais devem refletir sobre os seus próprios usos das TIC antes de estabelecerem regras para os seus filhos (e.g.: dar o exemplo quanto ao uso adequado e explicar os riscos de ‘falar com estranhos’ *online*) (Romero, 2014). A segunda tem que ver com a regulação social e emocional, dado que os pais devem ajudar as crianças a controlar as suas emoções e apoiar as relações sociais através das TIC, de forma a evitar FOMO (*fear of missing out*) ou FOBO (*fear of being offline*) (Romero, 2014). Para além destas habilidades também se encontra uma última relacionada com a criatividade, com a resolução de problemas, atenção e autorregulação do comportamento. Neste sentido, os pais devem ajudar os filhos a procurar soluções e criar estratégias de resolução de problemas, bem como monitorizar e avaliar as práticas *online* dos filhos (Romero, 2014).

Estas habilidades têm que ser também desenvolvidas pelas crianças de forma a que também elas estejam em condições de mitigar riscos *online*. De acordo com Batista & Brito (2020) foram então estabelecidos quatro tipos de competências que as crianças devem possuir, nomeadamente competências instrumentais, como gravar uma fotografia num dispositivo tecnológico ou instalar aplicações; competências de procura, seleção e avaliação de informação, como saber selecionar informações verdadeiras; competências sociais, tais como saber como falar com outras pessoas *online* ou até mesmo que informação deve ou não partilhar; e por último competências criativas, como saber criar e publicar vídeos (Batista & Brito, 2020). Contudo, ainda não se sabe se a orientação para o uso de *smartphones* e *media* sociais por parte de pais, professores e colegas é suficiente para colmatar as necessidades (Simões et. al., 2014).

## **PARENTALIDADE, SHARENTING E LITERACIA DIGITAL. QUE RELAÇÃO?**

O desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação veio modificar a forma como as pessoas comunicam e se relacionam. A parentalidade constitui-se um dos campos onde estas alterações tiveram implicações, principalmente do ponto de vista dos desafios que “ser mãe” e “ser pai” acarretam no mundo digital. A visão sobre a parentalidade é sempre condicionada pelos contextos socioculturais em que se vive, pois não há uma única forma de ser “pai” ou “mãe” (Miller, 2005, 2011). De acordo com alguns autores, no mundo ocidental contemporâneo existe atualmente uma ideia altamente romantizada da parentalidade, cujos padrões de sucesso são praticamente impossíveis de alcançar e que exigem que os pais sejam “bons pais” (Douglas & Michaels 2004, Miller, 2005, 2011). A Convenção sobre os Direitos das Crianças (1989) que estabelece as crianças como seres de direitos é um dos documentos que tem implicações profundas no exercício da parentalidade, dado que o artigo 16º estabelece o direito das crianças à privacidade e o artigo 18º estabelece os pais como principais responsáveis por assegurar o desenvolvimento das crianças e promover os seus direitos (ONU, 1989).

O conceito de parentalidade pode ser analisado em diversas problemáticas sociais e sociológicas, mas aquela sobre a qual se irá deter este trabalho é o *sharenting*. O *sharenting*, isto é, a partilha de conteúdos dos filhos *online*, pelos seus pais, entra aqui como uma prática que se tem vindo a verificar em *media* sociais de carácter mais público, como o Facebook e o Instagram ou mais privado, como o WhastApp ou Messenger (Brosch, 2016, 2018; Damkjaer, 2018; Lim, 2017; Steinberg, 2020). A prática *sharenting* realizada pelos pais tem questionado os direitos das crianças à privacidade e à proteção da sua imagem (Lipu e Siibak, 2019; Livingstone & Byrne, 2018; Mascheroni et al, 2018), bem como o facto de os pais serem os primeiros responsáveis pelo desenvolvimento das crianças e

por promover os seus direitos, apesar de serem também os primeiros a colocá-los em causa aquando da partilha de conteúdos dos seus filhos *online* (Damkjaer, 2018). Posto isto, emergem um conjunto de dilemas, tais como: 1) os pais podem partilhar conteúdos dos filhos *online* e os filhos têm direito à privacidade (Brosch, 2016, 2018; Blum-Ross & Livingstone, 2017; Mascheroni et al, 2018; ONU, 1989; Steinberg, 2020); 2) os pais são os principais protetores das crianças e são também os primeiros a colocar os seus direitos e bem-estar em causa (Damkjaer, 2018; ONU, 1989); 3) os pais adotam estratégias de mitigação de riscos que consideram adequadas ou justas, porém, muitas dessas estratégias abrem brechas à privacidade, à autoimagem e segurança dos filhos (Autenrieth, 2018; ONU, 1989; Wagner & Gasche, 2018); 4) os pais podem partilhar conteúdos dos filhos *online* e os filhos têm direito “ao esquecimento” (Brosch, 2016, 2018; Blum-Ross & Livingstone, 2017; Mascheroni et al, 2018; Steinberg, 2020; União Europeia, 2016).

O desenvolvimento das TIC veio chamar a atenção para a necessidade de as pessoas adquirirem um conjunto de conhecimentos e competências que lhe permita usar as tecnologias de forma segura e bem-sucedida, pois a falta desses conhecimentos ou competências pode traduzir-se em desvantagens ou exclusão relativas à sua utilização (Santos, Azevedo & Pedro, 2015). Ao incorporar estas ideias à prática de *sharenting* conclui-se que a literacia digital se torna um elemento importante para pais e filhos no que ao uso das TIC diz respeito. Ter literacia digital pressupõe saber como aceder e recolher informações em ambientes digitais; saber organizar e gerir informações para que possam ser usadas no futuro; saber comparar, avaliar e interpretar informações em diversas fontes; saber criar conhecimento e adaptá-lo a nova informação; saber comunicar e transmitir informações através de vários meios (Loureiro & Rocha, 2012). De uma forma genérica, o conceito de literacia digital refere-se à capacidade de compreender e utilizar informações que vêm de diferentes fontes digitais, ou seja, a capacidade de localizar informação, mas também a capacidade de a interpretar e saber usar tal informação na sua vida (Santos, Azevedo & Pedro, 2015). Ao falar-se das partilhas de conteúdos dos filhos *online*, pelos seus pais, reconhece-se que a literacia digital pode interferir naquilo que são decisões e avaliações mais informadas sobre o tipo de conteúdo que pais e filhos partilham (Romero, 2014), prevenindo assim potenciais exposições que possam vir a interferir com os direitos das crianças à privacidade e ao bem-estar (ONU, 1989).

A literacia digital também tem implicações em questões como ética digital, o que pressupõe que as pessoas façam uma reflexão crítica sobre potenciais benefícios e malefícios das partilhas de conteúdos *online* para si próprios ou para qualquer outra pessoa que possa também estar implicada direta ou indiretamente nesse conteúdo (e.g.: a presença de alguém numa fotografia e essa pessoa pode não querer esses conteúdos partilhado *online*) (Walsh, 2014; James, 2014). De facto, o conceito de privacidade é complexo, pois pode estar relacionado com interesses, designadamente, interesses físicos (proximidade física), informativos (controlo do tipo e quantidade das informações pessoais) e de propriedade (propriedade intelectual como livros ou obras de arte) (Allen, 1999). É difícil saber a quantidade de informação que outra pessoa tem sobre nós, daí a importância de refletir e capacitar, quer pais, quer filhos, para a utilização das TIC de forma a perceberem não só como usá-las tecnicamente, mas também para saberem que perigos poderão advir a partir das suas práticas. Para tal, existe um conjunto de plataformas *online* que disponibilizam conteúdos relacionados com os perigos que se podem encontrar *online*, como fazer um bom uso da internet e dicas para mitigar eventuais riscos.

## FONTES DE LITERACIA DIGITAL ONLINE

### O caso do ‘Centro Internet Segura’ (CIS)

De forma a ajudar a combater a desinformação e consequente iliteracia digital existem diversas plataformas que promovem a literacia digital, disponibilizando um conjunto de conteúdos e informações que contribuem para o sentido crítico, conhecimento e competência dos utilizadores no mundo digital. Em Portugal também existem diversas plataformas que reúnem uma quantidade de informação pertinente sobre o mundo digital para todas as idades, como por exemplo o Centro Internet Segura<sup>5</sup>, Segura Net- Navegar em segurança<sup>6</sup> e o Observatório dos Media, Informação e Literacia (MILOBS)<sup>7</sup>. Todas estas plataformas promovem a cidadania digital e a educação para os *media*, divulgam e partilham conteúdos e disponibilizam recursos sobre problemáticas atuais relacionadas com o mundo digital e a internet de uma forma simples, rápida e intuitiva. Analisa-se em seguida a plataforma “Centro Internet Segura”, por ser esta uma plataforma portuguesa de elevado prestígio. Sob coordenação do Centro Nacional de Cibersegurança, o “Centro Internet Segura” contribui para que os cidadãos e empresas usem o ciberespaço de uma forma «livre, confiável e segura» (Centro Nacional de Cibersegurança, 2021).

A plataforma “Centro Internet Segura” (CIS) é responsabilidade de um consórcio que envolve a Direção Geral da Educação (DGE), o Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ), a Fundação para a Ciência e a Tecnologia, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), a Fundação Altice e a Microsoft Portugal, encontrando-se sob coordenação do Centro Nacional de Cibersegurança (CNCS). A plataforma “Centro Internet Segura” promove o uso responsável, consciente e benéfico da internet. Oferece também serviços de sensibilização, esclarecimento, apoio à população e a possibilidade de denúncia de conteúdos ilegais. Adicionalmente, dispõe de um canal gratuito e confidencial, designado de “Linha Internet Segura” para apoiar e esclarecer dúvidas relacionadas com a internet (Centro Internet Segura, 2020; Centro Nacional de Cibersegurança, 2021).

A plataforma CIS disponibiliza diversos recursos para esclarecimento de dúvidas e para criar mais familiaridade com as temáticas da segurança na utilização da internet e das TIC. De entre os recursos encontram-se brochuras e cartazes, *media* (e.g.: vídeos), artigos, manuais e publicações e cursos *E-learning*. As brochuras e cartazes incluem dicas e sugestões sobre privacidade na Internet e nas redes sociais, jogos e dependência *online*, *sexting* e *stalking*, *fake news*; nos *media*, são oferecidos vídeos e *webinars* sobre comportamentos de risco, segurança *online*, discurso de ódio e processamento de informação de forma crítica; nos artigos encontram-se abordagens ao *cyberbullying*, relacionamento *online*, *sexting*, criação de uma conta de Facebook segura; já nos manuais e publicações encontram-se *Ebook's* tais como *Ebook* pais, filhos e tecnologia, *Ebook* guia para uma Internet Segura e, por último, cursos *E-learning* (Centro Internet Segura, 2020). Os cursos *E-learning* disponibilizados à data (março de 2022) são: 1) Cidadão Ciberseguro; 2) Cidadão Ciberinformado; 3) Consumidor Ciberseguro e 4) Cidadão Ciberocial. Os cursos são disponibilizados na plataforma “NAU – Ensino e formação *online* para grandes audiências”<sup>8</sup> e abordam temas diversificados, como: as principais ameaças no ciberespaço; os cuidados a ter na utilização das tecnologias; o problema da desinformação ou o que fazer para consumir *online* de forma segura; as



redes sociais, segurança e privacidade. Estes cursos são realizados *online* em português e têm um prazo pré-estabelecido para a sua realização. Têm uma duração máxima de três horas que o formando pode gerir de acordo com a sua disponibilidade. No final dos cursos existe um conjunto de perguntas para testar os conhecimentos adquiridos e caso as respostas às questões realizadas no final forem iguais ou superiores a 75% das respostas corretas poderá obter-se um certificado. O Centro Internet Segura também tem um Centro de Sensibilização onde, mediante solicitação, oferece sessões de sensibilização sobre diferentes temáticas, entre elas estão: regras básicas de segurança *online*, roubo de perfis, privacidade, dispositivos móveis, *cyberbullying* e dependências *online*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As TIC trouxeram um conjunto de desafios, mas também um conjunto de oportunidades para pais e filhos. Na atualidade, a literacia digital é um elemento essencial para uma boa utilização e em segurança da internet e do mundo digital. A literacia digital junto da prática de *sharenting* constitui um ponto de ancoragem pertinente para a reflexão sobre a forma de mitigar os riscos associados às partilhas que os pais fazem online sobre os seus filhos. Apesar de a literacia digital contribuir para pensar, discutir e refletir sobre o uso generalizado das TIC de forma segura, é especialmente importante para pensar a prática de *sharenting*. Hoje, os pais encontram um conjunto de desafios éticos, confrontando-se com o direito à sua liberdade de expressão e os seus deveres em garantir o bem-estar dos seus filhos. Mas também encontram oportunidades, evidenciando-se o facto de a literacia digital se constituir uma oportunidade para tomar decisões mais informadas aquando da publicação de conteúdos dos filhos *online*, sem com isso comprometer a privacidade e segurança dos filhos. Estas decisões mais informadas podem ocorrer se de facto as pessoas na generalidade obtiverem um conjunto de habilidades consideradas básicas quanto ao uso das TIC. A par da necessidade de ter literacia para os *media*, devido aos desafios que estes trazem para as pessoas, existem na atualidade diversas plataformas onde pais, filhos, adultos, crianças e jovens e outras pessoas que tenham interesse em mitigar riscos relativos ao uso das TIC e da internet, podem aceder a uma quantidade enorme e diversificada de conteúdos sobre as mais diversas problemáticas relacionadas com o mundo digital. Em Portugal, o CIS é disso exemplo e tornar a sua ação mais conhecida é uma tarefa tão urgente quanto necessária.

## REFERÊNCIAS

- Allen, A. L. (1999). Coercing Privacy. University of Persity of Pennsylvania Carey Law School, Law School Penn Law: Legal Scholarship Repository, vol.40, n.º 3, pp.723-757.
- Autenrieth, U. (2018). Family photography in a networked age. Anti-sharenting as a reaction to risk assessment and behaviour adaption. In Giovanna Mascheroni, Cristina Ponte & Ana Jorge (eds.) Digital Parenting. The Challenges for Families in the Digital Age (pp.219-231). Göteborg: Nordicom.
- Almeida, N. A. (coord.) (2011a). História da Vida Privada em Portugal – Os Nossos Dias. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Amarante, L. (2016). Childhood, digital culture and parental mediation. In Í. Pereira; A. Ramos & J. Marsh (eds.) The Digital Literacy and Multimodal Practices of Young Children: Engaging with Emergent Research (pp.205-211), Braga: Centro de Investigação em Educação (CIEd).
- Batista, S. & Brito R. (2020). Literacias digitais no contexto escolar. In C. Ponte (coord.) Nós em rede – Ambientes digitais de crianças e jovens. (pp.55-72). Coimbra: Almedina.

Batista, A. & Costa, R (2021). "Parentalidade Digital – Reflexões em torno da privacidade das crianças *online*". Revista Desenvolvimento & Sociedade [ISSN2184-2647].

Barassi, V. (2018). The Child as Datafied Citizen. Critical Questions on Data Justice in Family Life p. 169-177 in Giovanna Mascheroni, Cristina Ponte & Ana Jorge (eds.) *Digital Parenting. The Challenges for Families in the Digital Age*. Göteborg: Nordicom.

Barassi, V. (2019). What tech companies know about your kids. TEDxMileHigh. [Disponível em url:[https://www.ted.com/talks/veronica\\_barassi\\_what\\_tech\\_companies\\_know\\_about\\_your\\_kids/up-next](https://www.ted.com/talks/veronica_barassi_what_tech_companies_know_about_your_kids/up-next)].

Blum-Ross, A. & Livingstone, S. (2017). Sharenting: parent blogging and the boundaries of the digital self. Popular Communication. The International Journal of Media and Culture. 15 (2). 110-125. [Doi: <https://doi.org/10.1080/15405702.2016.1223300>].

Brosch, A. (2016). When the child is born into the internet: Sharenting as a growing trend among parents on Facebook. The new educational Review, 43 (1) 225-235. [Doi: 10.15804/tner.2016.43.1.19].

Brosch, A. (2018). Sharenting - Why do parents violate their children's privacy? The new educational Review, 54 (4), 75-85. [Doi: 10.15804/tner.2018.54.4.06].

Centro Internet Segura (2020). Missão e Objetivos. Consultado a 14 de março de 2022. url: <https://www.internetsegura.pt/cis/missao-e-objetivos>

Centro Nacional de Cibersegurança (2021). Centro Internet Segura. Consultado a 14 de março de 2022. url: <https://www.cncs.gov.pt/pt/centro-internet-segura/>

Damkjaer, M. S. (2018). Sharenting = Good Parenting? Four Parental Approaches to Sharenting on Facebook. In Giovanna Mascheroni, Cristina Ponte & Ana Jorge (eds.) *Digital Parenting. The Challenges for Families in the Digital Age* (pp. 209-218). Göteborg: Nordicom.

Dijck, J. V. 2014. Datafication, dataism and dataveillance: Big Data between scientific paradigm and ideology. *Surveillance & Society*, 12, no.2, 197-208.

Hargiattai, E. (2010). Digital Na(t)ives? Variation in Internet Skills and Uses among Members of the "Net Generation". *Sociological Inquiry*, Vol. 80, No. 1, 92–113.

INE (2018). A proporção de utilizadores de internet banking aumentou. Sociedade da Informação e do Conhecimento - Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nas Famílias. Destaque de 21 de novembro de 2018. [Disponível em url : [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=316115377&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=316115377&DESTAQUESmodo=2)].

INE (2019). 80% dos utilizadores da internet participam em redes sociais. Destaque de 21 de novembro de 2019. [Disponível em url : [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=354447153&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=354447153&DESTAQUESmodo=2)].

James, C. (2014). *Disconnected- Youth, new media, and ethics gap*. London: The MIT Press.

Livingstone, S. (2004a). Media literacy and the challenge of new information and communication technologies. London: LSE Research Online. 1 (7), 3-14.

Livingstone, S. (2004). What is media literacy? *Intermedia*. 32 (3), 18-20.

Livingstone, S. & Byrne, J. (2018). Parenting in the Digital Age. The Challenges of Parental Responsibility in Comparative Perspective. In Giovanna Mascheroni, Cristina Ponte & Ana Jorge (eds.) *Digital Parenting. The Challenges for Families in the Digital Age* (pp. 19-30). Göteborg: Nordicom.

Livingstone, S. & Helsper, E. (2008). Parental mediation of children's Internet use. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 52 (4), 581-599, [Doi: <https://doi.org/10.1080/08838150802437396>].

Lim, S. S. (2018). Transcendent Parenting in Digitally Connected Families. When the Technological Meets the Social. in Giovanna Mascheroni, Cristina Ponte & Ana Jorge (eds.) *Digital Parenting. The Challenges for Families in the Digital Age* (pp. 31-39). Göteborg: Nordicom.

Lipu, M. & Siibak, A. (2019). 'Take it down!': Estonian Parents' and pre-teens' opinions and experiences with sharenting. *SAGE Journals, Media International Australia*, 170 (2), 57-67. [Doi: [10.1177/1329878X19828366](https://doi.org/10.1177/1329878X19828366)].

União Europeia (2016). Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016. Acedido a 23 de maio de 2021. [Disponível em url: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>].

Kumpulainen, K.; Sairanen, H.; & Nordstrom, A. (2020). Young children's digital literacy practices in the sociocultural contexts of their homes. *Journal of Early Childhood Literacy*, 20(3) 472–499.

Livingstone, S. (2004). Media literacy and the challenge of new information and communication technologies. LSE Research Online.

Loureiro, A. & Rocha, D. (2012). Literacia Digital e literacia da informação – Competências de uma era digital. II Congresso Internacional TIC e Educação.

Mascheroni, G.; Ponte, C, & Jorge, A. (2018). *Digital Parenting. The Challenges for Families in the Digital Age*. Göteborg: Nordicom.

Miller, T. (2005). *Making sense of motherhood- A narrative approach*. New York: Cambridge University Press.

Miller, T. (2011). *Making sense fatherhood- gender, caring and work*. New York: Cambridge University Press.

Miller, T. (2017). *Making Sense of Parenthood: Caring, Gender and Family Lives*. United Kingdom: Cambridge University Press.

NAU (2022). Quem somos. Consultado a 15 de abril de 2022. url: <https://www.nau.edu.pt/pt/sobre/>

ONU (1989). *Convenção sobre os direitos da Criança*. Genebra: Organização das Nações Unidas.

Ponte, C. (coord.). (2020). *Nós na Rede – Ambientes Digitais de Crianças e Jovens*. Coimbra: Almedina.

Romero, M. (2014). Digital Literacy for parents of the 21<sup>st</sup> century children. *Elearning Papers*, 38, 1-9. [ISSN: 1887-1542].

Santos, R.; Azevedo, J. & Pedro, L. (2015). Literacia(s) digital(ais): definições, perspetivas e desafios. *Imprensa da Universidade de Coimbra*, 15 (27), 17-44. [DOI: [http://dx.doi.org/10.14195/2183-5462\\_27\\_1](http://dx.doi.org/10.14195/2183-5462_27_1)].

Simões, J.; Ponte, C.; Ferreira, E.; Doretto, J. & Azevedo, C. (2014). *Net Children Go Mobile – Crianças e meios digitais moveis em Portugal: Resultados Nacionais do projeto Net Children Go Mobile*. Lisboa: CESNOVA.

Sonck, N; Nikken, P. & Haan, J. (2013). Determinants of Internet Mediation. *Journal of Children and Media*, 7(1), 96-113. [Doi: <https://doi.org/10.1080/17482798.2012.739806>].

Steinberg, B. S. (2017). *Sharenting: Children's privacy in the age of social media*. University of Florida Levin College of law, UF Law Scholarship Repository: Florida, vol.66, pp. 839-884.

Steinberg, S. (2020). *Growing up shared: how parents can share smarter on social media and what you can do to keep your family safe in no-privacy world*. Naperville: Sourcebooks.

Wagner, A & Gasche, L. (2018). Sharenting: Making decisions about other's privacy on social networking sites. Germany: Technische Universität Darmstadt.

Walsh, B. (2014, outubro 27). Ethics, Disconnected. Helping young people confront the ethical dilemmas of the online world. In Usable Knowledge, Harvard Graduate School of Education, [Disponível em url: <https://www.gse.harvard.edu/news/uk/14/10/ethics-disconnected>].

## **ICCA2022-60264 - Adolescentes en la red: ¿Varían sus hábitos según el género?**

Manuela Raposo-Rivas<sup>1</sup>, Silvia Sierra Martínez<sup>1</sup>, Olalla García-Fuentes<sup>1</sup>, Irene Crestar Fariña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Vigo (España)

[mraposo@uvigo.es](mailto:mraposo@uvigo.es)

### **Resumen**

El uso que los adolescentes realizan de la tecnología resulta en ocasiones controvertido, bien por las posibilidades que ofrece su uso, bien por los riesgos que se derivan del mismo. El objetivo de este trabajo es conocer la relación que establecen los adolescentes con la tecnología, atendiendo principalmente a los hábitos y usos, así como establecer si se producen variaciones en función del género. Se ha realizado investigación no experimental de tipo transversal, utilizando una metodología basada en la minería de datos. Participan 1.048 estudiantes de Educación Secundaria que contestan a un cuestionario sobre el uso que hacen de Internet y las redes sociales. Los resultados obtenidos permiten identificar seis factores, que se podrían reconocer como patrones de conducta en la red, que se agrupan en torno a: (1) la dimensión comunicativa e informativa; (2) la seguridad en la red; (3) el riesgo y la vulnerabilidad; (4) la información especializada tanto general como específica; (5) la transferencia y adquisición de bienes; y (6) el ocio y vigilancia parental. Se concluye que sus hábitos se orientan hacia la transferencia y transacción junto con el mantenimiento de la seguridad, evitando situaciones que pudieran comportar riesgo y vulnerabilidad en la navegación.

Palabras clave: adolescentes, comportamiento digital, prácticas digitales, redes sociales; Internet.

### **Abstract**

Either adolescent's make of technology is sometimes controversial, because of the possibilities that its use offers, or because of the risks that derive from it. The aim of this work is to find out the relationship that adolescents establish with technology, focusing mainly on habits and uses, as well as to establish if there are variations according to gender. Non-experimental cross-sectional research has been carried out, using a methodology based on data mining. In order to improve the knowledge about it, a non-experimental research of transversal style carried out using a methodology based on data mining. 1,048 students of Secondary Education participated and answered a questionnaire about their use of the Internet and social networks. Six factors were identified, which could be recognized as patterns of behavior in the network. They are grouped around: (1) the communicative and informative dimension; (2) the security in the network; (3) the risk and vulnerability; (4) the specialized information both general and specific, (5) the transfer and acquisition of goods; and (6) the leisure and parental surveillance. It is concluded that their habits are oriented towards the transfer and transaction together with the maintenance of security, avoiding situations that could entail risk and vulnerability in navigation.

Keywords: adolescents; digital behavior; digital practices; social networks; Internet.

## **INTRODUCCIÓN**

La tecnología se ha instalado de tal forma y con tal rapidez en nuestras vidas que hoy nos resulta casi inconcebible nuestro día a día sin el correo electrónico, las aplicaciones móviles o las redes sociales. Particularmente, Internet y adolescentes son un binomio, a día de hoy, inseparable dado que la vida cotidiana actual de los adolescentes está marcada por el uso constante de Internet, ocupando para

muchos una parte importante de sus quehaceres, con una fuerte presencia en sus rutinas diarias. El *feedback* virtual que reciben puede ser muy relevante en la construcción su identidad, llegando incluso a encontrar en la red referentes que ayudan a modular ciertos aspectos personales, en función de la retroalimentación recibida.

La generalización de Internet se ha debido en gran medida a la revolución tecnológica de los últimos años, que ha democratizado no sólo el acceso a la red, sino también a todo tipo de redes, aplicaciones y dispositivos (Pastor, Martín & Montes, 2019). Datos del Instituto Nacional de Estadística español (INE, 2019) referencian la evolución que se ha producido en el consumo digital por parte de los menores con edades comprendidas entre los 10 y 15 años, resaltando que en los últimos trece años se ha producido un incremento importante, ya que el 92,90% utiliza Internet y el 90% las redes sociales. Estos datos muestran el aumento en la frecuencia de uso, combinando según Sendín, Gaona & García (2014), un uso individual con otro más público, relacionado con el grupo de amigos.

Este uso cada vez más habitual de Internet posee algunas ventajas relacionadas con el ámbito familiar, social o educativo de los adolescentes, principalmente para el acceso a la información, la formación, la socialización o el entretenimiento. Por el contrario, las situaciones relacionados con un uso exagerado o problemático (García-Oliva, Piqueras & Marzo, 2017; Rial et al., 2015), las adicciones o la dependencia (Bakioğlu, 2020; Díaz & Gómez-Torres, 2019), se presentan como las principales consecuencias negativas tanto para ellos mismos como para su entorno, llegando en algunos casos a despertar comportamientos suicidas (Ferreira et al., 2017), o bien trastornos del sueño o somnolencia diurna excesiva (Ferreira et al., 2017). Asimismo, Ballesta et al. (2015) constatan que la mayoría de adolescentes considera Internet como un lugar seguro y que nunca han sido acosados a través de las redes sociales; los participantes en su estudio no vivencian un uso inadecuado de las redes sociales y piensan que la influencia en sus vidas no les perjudica.

En relación con las actividades que realizan los adolescentes en la web, una de las más valoradas es la comunicación con sus iguales. El estudio desarrollado por Pastor, Martín & Montes (2019) con menores de entre 13 y 17 años, constata que su comportamiento digital se caracteriza por un consumo incidental de noticias, unido a una baja valoración de la credibilidad mediática. Por su parte, Kim et al. (2016) confirman en su investigación que los estudiantes varones tienden a buscar mayores estímulos en la red, mientras que las estudiantes se decantan más por los vínculos interpersonales, mostrándose así diferencias significativas atendiendo a la variable del género. Al mismo tiempo, Golpe et al. (2017) afirman que los adolescentes varones utilizan en mayor medida Internet para jugar (Ak, Koruklu & Yilmaz, 2013), realizar descargas, acceder a páginas web de contenido pornográfico (Mesch, 2009) y realizar apuestas online (Wong & So, 2014; Critselis et al., 2013). Por el contrario, las adolescentes centran su actividad en buscar información y para el empleo de diversas aplicaciones sociales (Ak, Koruklu & Yilmaz, 2013), entre las que se incluye la mensajería instantánea, el correo electrónico o las redes sociales (Pujazon-Zazik & Park, 2010). En el estudio realizado por Baz-Rodríguez et al. (2020), se pone de manifiesto que las chicas con edades comprendidas entre los 10 y 16 años (46,3%) son consideradas más vulnerables que los chicos (31,3%). Otra investigación llevada a cabo por Popadić, Pavlović & Kuzmanovic (2020) en la que participaron 863 adolescentes de entre 11 y 17, informa de que el uso intensivo de Internet es más propio en las niñas y las adolescentes con tendencias conductuales antisociales, o aquellas cuyos padres no aplicaron formas restrictivas de mediación.

Por lo que respecta a la frecuencia de acceso o la asiduidad con la que se produce la conexión, ésta no se relaciona con la calidad, pues un uso más frecuente de internet no significa necesariamente mayor dominio, y mucho menos que sea responsable y seguro. El hecho de un uso muy frecuente puede asociarse directamente con cierta dependencia o uso problemático. Este aumento en la frecuencia del uso de internet es uno de los principales motivos que llevan a los investigadores a realizar trabajos en torno a esta temática. Como afirman Muñoz, Ortega & Navarro (2003) los estudios específicos sobre los patrones de uso de la red se hacen cada vez más necesarios. En este sentido, Scherer, Rohatgi & Hatlevik (2017) recogen la importancia de que en la investigación se distinga entre subgrupos de estudiantes y no sólo informar sobre su promedio. Así, las investigaciones llevadas a cabo por estos investigadores, en las que participaron 2.426 estudiantes noruegos de entre 14 y 16 años, identifican dos perfiles de usuarios latentes atendiendo a la frecuencia de utilización de la red fuera del horario escolar: por un lado, un uso intermitente y poco frecuente para realizar tareas escolares o relacionadas con el estudio; por el otro, un uso constante y frecuente para diferentes propósitos y en diversos entornos. Desatacan que ambos perfiles difieren significativamente en las frecuencias de uso para el tiempo libre, la comunicación o el intercambio de información.

Centrándose en los medios que se utilizan para la conexión, la investigación llevada a cabo por Kim et al., (2016) determinó seis patrones de uso problemático de internet en base a la participación de 653 estudiantes coreanos de educación secundaria y preparatoria. Sus resultados determinaron que algunos usuarios pueden mostrar niveles altos de uso problemático de Internet sólo cuando utilizan un teléfono inteligente, mientras que otros llegan a mostrarlo tanto cuando usan el ordenador como con el teléfono.

Más allá de los usos problemáticos, se encuentra la percepción que poseen los usuarios sobre los posibles peligros. El trabajo realizado por Ramos-Soler, López-Sánchez & Torrecillas-Lacave (2018), en el que se estudiaba la percepción de riesgo (habilidad para detectar, identificar y reaccionar ante situaciones problemáticas) con una muestra de 865 menores de 10 a 17 años de la Comunidad de Madrid (España), determinó que existían seis grupos diferenciados: los prudentes, los sociales y seguros de sí mismos, los controlados, los conectados e independientes, los enganchados al móvil, los jugadores y confiados y los conectados siempre con sus amigos. Se confirmó además, que los menores con mayor percepción de riesgo en la red tienen mayores habilidades para protegerse y son, al mismo tiempo, los que cuentan con una mayor intervención educativa de los padres (Ramos-Soler, López-Sánchez & Torrecillas-Lacave, 2018).

Además, en relación con la violencia ejercida en entornos digitales (verbal o psicológica), el factor género vuelve a ser distintivo. La investigación desarrollada por González-Ramírez & López-Gracia (2018) en la que participaron un total de 287 estudiantes de entre 13 y 17 años, determinó que las mujeres aparecen como más vulnerables a la hora de gestionar los sentimientos desagradables que se producen por la violencia que los diferentes participantes ejercen a través de las redes sociales.

Atendiendo a estas investigaciones previas, la finalidad del trabajo que aquí se recoge es conocer más datos sobre la relación que establecen los adolescentes con la tecnología, profundizando en el uso y los hábitos que poseen cuando navegan por la red, y sobre todo responder a la pregunta de si estos hábitos varían atendiendo a la variable del género. Se plantean así dos preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son los patrones de comportamiento de los adolescentes en Internet y las redes sociales?

- ¿Se puede establecer algún agrupamiento diferenciado según el género?

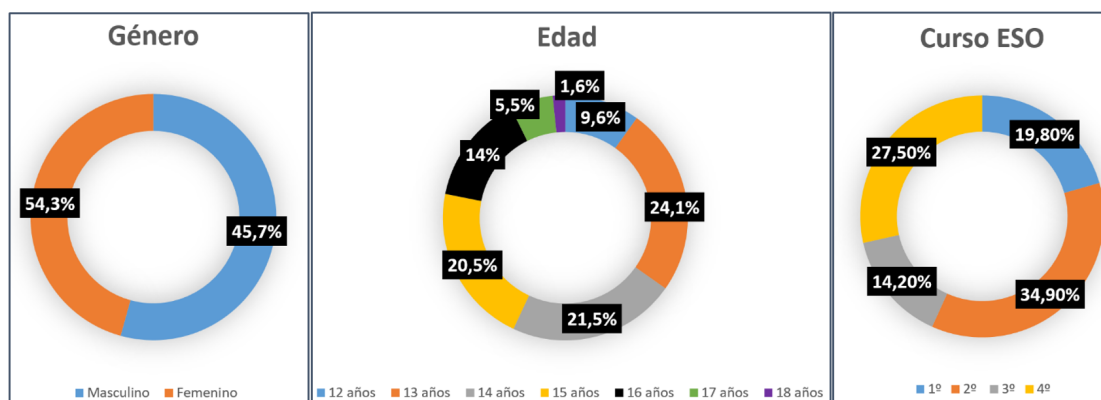
## METODOLOGÍA

El objetivo principal de esta investigación es indagar sobre la relación que establecen los adolescentes con Internet, particularmente considerando su género. A nivel metodológico este trabajo sigue los parámetros de la investigación no experimental de tipo transversal, dado que se manipulan variables y se establece una delimitación temporal para la recogida de datos (Hernández, Fernández & Baptista, 2014), utilizando una metodología de análisis basada en la minería de datos (Witten & Frank, 2017). Se entiende la minería de datos como el proceso de exploración y análisis de grandes cantidades de datos con la finalidad de obtener patrones significativos y extraer información subyacente (Berry & Linoff, 1997).

## Participantes

La muestra está conformada por un total de 1.048 estudiantes de Educación Secundaria de 13 centros educativos diferentes. Como se puede apreciar en el Gráfico 1, participaron un total de 569 hombres (54,3%) y 479 mujeres (45,7%), teniendo el 65,6% entre 13 y 15 años, el 9,6% 12 años, y el 21% 16 o más años. La distribución entre los cursos de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) es un tanto desigual, siendo segundo el más frecuente (34,90%).

**Gráfico 1. Caracterización de los participantes**



Las habilidades que poseen los participantes, tanto a nivel de usuarios de internet como a los niveles de seguridad y privacidad en la red, fueron evaluadas por ellos mismos a través de una escala con tres grados: experto/a, principiante, inexperto/a. El 44,6% se considera una persona “experta” en la utilización de la web, un 36% se autodefine como “principiante” y solamente un 14,5% se considera “inexperto”. En cuanto a su dominio sobre la seguridad y privacidad en la red, más del 50% se considera “experto” (53,8%), frente a un 23,4% de “principiantes” y un 18,2% de “inexpertos”. No obstante, las distribuciones de las respuestas entre ambas cuestiones son significativamente diferentes. Un porcentaje relevante de la muestra (19%) se considera “principiante” como usuario, pero “experto” en temas de seguridad y privacidad.

## Instrumento

Atendiendo al instrumento de recogida de información, se empleó un cuestionario, pues como indican Sapsford & Jupp (2006), los diseños mediante encuesta son muy habituales en el ámbito de la educación, ya que son aplicables a múltiples problemas y permiten recoger información de un

elevado número de variables. Este cuestionario está constituido por 5 grandes dimensiones con 29 preguntas, que conforman un total de 95 variables. En este trabajo se analiza de manera detallada la subdimensión hábitos en la red, que está constituida por un total de 21 ítems, en los que la respuesta está configurada son una escala de frecuencia tipo Likert de cuatro puntos (siempre= todos los días; con frecuencia= de 3 a 5 veces por semana; a veces= 3 a 5 veces al mes; nunca= ningún día).

Con el fin de facilitar la recogida de información el formulario se presentó en formato papel y electrónico (formulario Google Forms) y en dos versiones lingüísticas (gallego y castellano) ya que coexisten dos lenguas co-oficiales en la zona de estudio. Su validación se realizó a través de la consulta a 10 expertos y la aplicación piloto a 10 adolescentes. El Alfa de Cronbach obtenido por el cuestionario es de 0.849, mientras que en la dimensión estudiada es de 0.77, lo cual supone que se garantiza la fiabilidad del instrumento y la dimensión estudiada.

### **Procedimiento y análisis de datos**

La recogida de datos se realizó a través de la aplicación directa del instrumento por parte de los investigadores. La metodología adoptada para el análisis de los datos recogidos se basa en la minería de datos, utilizando el paquete IBM SPSS Statistics 25, distinguiéndose tres grandes fases (Raposo-Rivas, et al., 2021):

- Fase I: Análisis de conglomerados. Esta fase se centra principalmente en identificar grupos, perfiles y patrones de sujetos o elementos de análisis utilizando la técnica estadística de análisis de conglomerados (bietápico), incrementándose así la validez de los resultados al emplear dos algoritmos diferentes: uno de partición (K-medias) y otro jerárquico (Ward).
- Fase II: Análisis factorial exploratorio. Una vez identificados los grupos, se procede a una fase de “pérdida” de información y selección de aquella que resulte más relevante para comprender los datos. Esta técnica de reducción de datos se denomina AFE (Análisis Factorial Exploratorio)
- Fase III: Identificación de patrones. Esta última fase se centra en clasificar, identificar patrones e interpretar a través de algoritmos propios de la minería de datos (perfilado e inyección semántica).

### **RESULTADOS**

Para la exposición de resultados se han tenido en cuenta las tres grandes fases del estudio, anteriormente mencionadas. Atendiendo a la agrupación de datos, para la elaboración de grupos se han utilizado tres métodos: biepático, k-medias y método de Ward. La aplicación del algoritmo de análisis de conglomerados expone el perfil frontera que identifica dos grupos opuestos. Un grupo de 456 estudiantes (43,51%) que presenta conductas de bajo riesgo, utiliza internet y las redes sociales para informarse sobre temas específicos y académicos, y no plantea debilidades. Un segundo grupo, con 567 adolescentes (54,10%) posee valores totalmente opuestos en estos ítems.

En relación al método de K-medias, los resultados obtenidos fueron similares, pues se identificó un primer conjunto que agrupaba 602 estudiantes (57,44%) y un segundo con 421 (40,17%), pero con algunas diferencias. Uno de los perfiles obtenidos muestra conductas de baja seguridad en la red, realizando un uso principal de la misma para comunicare e informarse con amistades, sin llegar a utilizarla para la adquisición de bienes o transferencias.

Por otro lado, atendiendo al método de Ward se extrajeron cuatro grupos. El primero de 274 estudiantes (26,14%), utiliza internet para adquirir información especializada o académica y no utiliza in internet ni las redes sociales para comunicarse de manera informal ni para contenidos lúdicos y audiovisuales. El segundo grupo, de 323 adolescentes (30,82%), no le interesa la información



específica ni académica y sí comunicarse informalmente con sus amistades. El tercer grupo, de 316 sujetos (30,15%) se caracteriza por no asumir riesgos ni ser vulnerables. El cuarto grupo, formado por un total de 110 personas (10,49%) no asume riesgos, presenta una alta seguridad y no realiza adquisición de bienes ni transferencias.

Atendiendo a la segunda fase del estudio, centrada en el análisis exploratorio, como método de rotación se ha utilizado Oblimin, pues como recogen Lloret-Segura et al. (2014), en la actualidad es difícil justificar el uso del pack “Little Jiffy” propuesto en su momento por Kaiser (1958), que aplica el análisis de componentes principales con regla de Kaiser y método de rotación Varimax. En la dimensión hábitos que se analiza en este trabajo, se han obtenido valores KMO = 0,743 y en la prueba de esfericidad de Bartlett, sig. = .0000, lo que indica una buena adecuación para el análisis factorial exploratorio (AFE). En la tabla 1 se muestran los factores obtenidos para la dimensión hábitos.

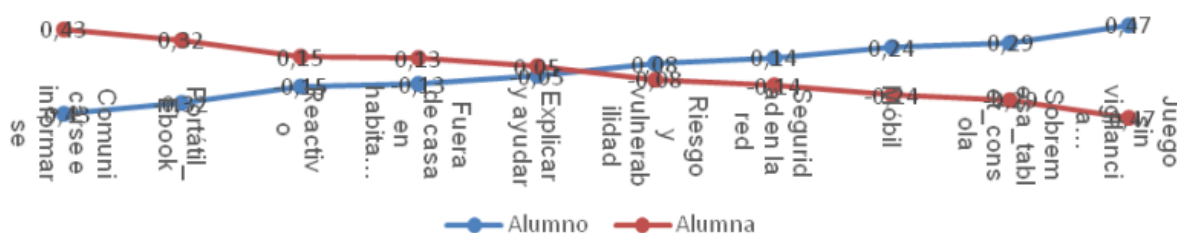
**Tabla 1. Factores obtenidos para la dimensión hábitos**

<b>Factores</b>	<b>Ítems</b>
Factor I	Agrupar cuatro ítems relacionados con la <i>dimensión comunicativa e informativa</i> de los recursos: el uso de redes sociales, mensajería instantánea y webs informativas
Factor II	Reúne tres cuestiones vinculadas con la <i>seguridad</i> : la percepción de lugar seguro, la relación con desconocidos y el hecho de compartir contraseñas
Factor III	Asocia tres elementos vinculados <i>al riesgo y la vulnerabilidad</i> : el sentimiento de acoso, consciencia sobre los datos sensibles y la disposición de un perfil privado
Factor IV	Aglutina tres ítems que versan sobre <i>información especializada</i> tanto general (noticias y actualidad) como específica (deporte, salud, temáticas escolares,...).
Factor V	Junta cuatro elementos asociados a la <i>transferencia y adquisición de bienes</i> : descargar y compartir archivos, webs recomendadas y compras.
Factor VI	Concentra cuatro ítems vinculados al <i>ocio</i> (juegos on-line, videos) y <i>vigilancia parental</i> .

Los resultados obtenidos apuntan a que el alumnado que puntúa alto en los grupos I (comunicarse e informarse), II (seguridad), V (transferencia y adquisición de bienes) y VI (ocio y vigilancia parental) presenta valores bajos en el III y el IV. Lo mismo sucede a la inversa, si puntúan alto en los factores III y IV, serán bajas en el resto de factores.

Finalmente, con la finalidad de identificar las diferencias de patrones con respecto al género, utilizando como variable de clasificación la pertenencia a uno de los dos grupos, tras la aplicación del clasificador Simplelogistic se han obtenido los siguientes resultados (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Resultados del clasificador según el género**



Como se puede apreciar, las alumnas siguen hábitos relacionados con la comunicación e información, y son conscientes de los peligros de internet, evitando conductas de riesgo o aquellas que puedan provocar que sean más vulnerables. Por el contrario, los alumnos son menos cautos al navegar por internet y se ponen, seguramente de forma inconsciente, en situación de riesgo.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El uso que lo adolescentes de la web no está exento de controversias. Uno de los aspectos más negativos que se asocia a la expansión y el uso generalizado es la ausencia de conocimientos y competencias que le faciliten la toma de decisiones de críticas y responsables sobre sus propias prácticas en la red.

Los resultados obtenidos en este trabajo además de identificar cuán desarrolladas están las prácticas digitales de los adolescentes y su nivel de pericia, permite la tipificación de las mismas, definiendo cuáles son los patrones de comportamiento de los adolescentes en Internet y las redes sociales. Se produce así un distanciamiento de las clasificaciones previas propuestas por Kim et al. (2016) que se centraban en la utilización sustitutiva o complementaria de los dispositivos; o la realizaba por Ramos-Soler, López-Sánchez & Torrecillas-Lacave (2018) que se centraba en el uso se realiza fuera del horario escolar.

Como resultado de las tres fases analíticas, se han establecido seis conjuntos principales de actuaciones digitales: (1) las orientadas a comunicarse e informarse con el uso de las redes sociales, mensajería y webs informativas; (2) las vinculadas con el uso de Internet como lugar seguro; (3) las relacionadas con el riesgo y la vulnerabilidad; (4) las asociadas a consultar información tanto general como específica; (5) las referidas a la transferencia y adquisición de datos y bienes (archivos, compras,..); y, (6) las relacionadas al ocio y vigilancia parental. Concretamente e podría establecer una patrón común en los adolescentes atendiendo a sus hábitos de conducta en internet y las redes sociales.

En este sentido, se produce una conducta generalizada, tanto en las chicas como en los chicos, en el uso de las redes sociales, que constituye el principal motivo por el que acceden a internet. En relación a la percepción de seguridad y privacidad en la red, se produce la combinación de sensación de seguridad con una conducta de "alto riesgo". Esta misma paradoja se produce cuando se consideran expertos/as en seguridad y principiantes a nivel de usuario/a. El relación con este último, nos encontramos el factor riesgo y vulnerabilidad, que posee cargas factoriales negativas, lo que determina indicios de conductas de riesgo y alta vulnerabilidad. Se constata además que las noticias de actualidad, las informaciones específicas y académicas no son temas importantes. Finalmente, se identifican factores relacionados con la transferencia, la adquisición de bienes materiales y culturales, el ocio y la vigilancia parental.

Atendiendo a la perspectiva de género los hallazgos de la presente investigación revelan que no existen diferencias significativas, coincidiendo así con otras investigaciones (Rial et al., 2015) que apuntaban a que los adolescentes, independientemente de ser chicas o chicos, no difieren en relación al acceso a Internet, constatándose así una disminución de la brecha de género (Golpe et al., 2017). Si examinamos el comportamiento digital desde la perspectiva de género, se observa que las adolescentes tienen tendencia a adoptar hábitos relacionados con la comunicación e información, son conscientes de los peligros de internet y evitan conductas de riesgo o aquellas que las hagan más vulnerables, resultados opuestos a los obtenidos en investigaciones previas (Chóliz, Villanueva & Chóliz, 2009). Estos hechos no se producen con los adolescentes masculinos, que son menos cautos al navegar por internet y se ponen, seguramente de forma inconsciente, en situación de riesgo, coincidiendo así con los resultados obtenidos por Kim et al. (2016) que determinaba que los estudiantes varones tienden a buscar mayores estímulos en la red, usan los juegos más que las redes sociales, mientras que las estudiantes se orientan más hacia las relaciones, por lo que usan las redes sociales más que los juegos. Estos resultados permiten discutir algunas claves interpretativas y afirmar junto con Scherer, Rohatgi & Hatlevik (2019), que los estudiantes no aprovechan por igual las oportunidades que ofrecen los recursos digitales.

La relación que se produce entre los menores y la tecnología abarca todos los ámbitos desde el social y cultural, hasta el personal, superando incluso las barreras de accesibilidad de los centros educativos. En este sentido, la investigación que aquí se presenta, constituye el pilar desde el que desarrollar diferentes estrategias de prevención e intervención eficaces en este ámbito educativo. La proliferación de plataformas de usuarios masivos y de la inteligencia artificial hace necesario, más que nunca, que las escuelas eduquen no sólo sobre el uso de la tecnología, sino también sobre cómo administrar y proteger sus datos personales. Y sobre todo, es imprescindible motivar a los estudiantes a pensar y analizar de manera crítica sobre los medios digitales, sus propios hábitos, así como la huella digital que impregnan (Pangrazio & Cardozo, 2020). Conocer y reconocer los patrones de uso de los estudiantes, permite al profesorado identificar las oportunidades que ofrece la tecnología y los entornos virtuales para mejorar la competencia digital. Esto posibilita, además, mapear los riesgos potenciales derivados por ejemplo de un uso excesivo o inadecuado, creando conciencia sobre las necesidades específicas de los adolescentes.

El estudio desarrollado (Raposo-Rivas, et al., 2021) ofrece nuevas posibilidades de investigación, superando así las limitaciones que posee al tener un carácter transversal, en el que no se tiene en cuenta la trayectoria, experiencia y la relación previa que han tenido los participantes con las tecnologías. Por último, debemos tener en cuenta que, inevitablemente, es necesario comunicarse de forma virtual, pero también releer de manera crítica lo que se quiere transmitir y ser cuidadoso con el papel que desarrollamos en Internet. Por este motivo, es importante resaltar que este estudio ofrece una panorámica general de cuál es el comportamiento digital de las adolescentes y los adolescentes en la red, lo que ayuda a identificar y explicar comportamientos, al tiempo que se comprenden los diferentes factores y variables intervinientes.

## REFERENCIAS

Ak, S., Koruklu, N. & Yilmaz, Y. (2013). A study on Turkish adolescent's internet use: possible predictors of internet addiction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16, 205-209. DOI:[10.1089/cyber.2012.0255](https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0255)

- Bakioğlu, F. (2020). Internet Addiction and Social Self-Efficacy: The Mediator Role of Loneliness. *Anales de psicología / annals of psychology*, 36, 3 (october), 435-442 <https://doi.org/10.6018/analesps.394031>
- Ballesta, F. J., Lozano, J., Cerezo, M. C. & Soriano, E. (2015). Internet, redes sociales y adolescencia: un estudio en centros de educación secundaria en la región de Murcia. *Revista Fuentes*, 16, 109-130. DOI: [10.12795/revistafuentes.2015.i16.05](https://doi.org/10.12795/revistafuentes.2015.i16.05)
- Baz-Rodríguez, M., González-Formoso, C., Goicoechea-Castaño, A., Álvarez-Vázquez, E., García-Cendón, C., Rial-Boubeta, A. & Clavería, A. (2020). Detección precoz del uso problemático de Internet en adolescentes, en pediatría de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*, 94, 1-12.
- Berry, M. & Linoff, G. (1997). *Data Mining Techniques: For Marketing, Sales, and Customer Support*. John Wiley & Sons, Inc., USA.
- Chóliz, M., Villanueva, V. & Chóliz, M. C. (2009). Ellas, ellos y su móvil (¿Y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 34 (1), 74-88.
- Critselis, E., Janikian, M., Paleomilitou, N., Oikonomou, D., Kassinoupolous, M., Kormas, G. & Tsitsika, A. (2013). Internet gambling is a predictive factor of internet addictive behavior. *Journal of Behavioral Addictions*, 2, 224-230. DOI: [10.1556/JBA.2.2013.4.5](https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.4.5)
- Díaz, J. & Gómez-Torres, M. I. (2019). Cribado e Intervención Breve Digital en el Uso Problemático de Internet: Programa piensaTIC. *Escritos de Psicología*, 12, 57-68. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7566818.pdf>
- Ferreira, C., Ferreira, H., Vieira, M. J., Costeira, M., Branco, L., Diaz, A. & Macedo, L. (2017). Epidemiology of Internet Use by an Adolescent Population and its Relation with Sleep Habits. *Acta Med Port*, 30 (7-8), 524-533. <https://doi.org/10.20344/amp.8205>
- García-Oliva, C., Piqueras, J.A. & Marzo, J. C. (2017). Uso problemático de Internet, el móvil y los videojuegos en una muestra de adolescentes alicantinos. *Salud y drogas*, 17 (2), 189-200. <https://bit.ly/2JgBtUj>
- Golpe, S.; Gómez, P.; Kim, S.; Braña, T. & Rial, A. (2017). Diferencias de sexo en el uso de Internet en adolescentes españoles. *Psicología conductual/behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 25 (1), 129-146.
- González-Ramírez, T. & López-Gracia, A. (2018). La identidad digital de los adolescentes: usos y riesgos de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. *Relatec: Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*, 17 (2), 73-85. <https://doi.org/10.17398/1695-288X.17.2.73>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística (2019, 1 diciembre). *Porcentaje de usuarios de Internet en los últimos tres meses por tipo de actividad realizada y sexo*. <http://bit.ly/34AmHmL>
- Kaiser, H. F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23, 187-200.
- Kim, D.; Karin, J. N., Oh, J. & Kang, M.C. (2016). A latent profile analysis of the interplay between PC and smartphone in problematic internet use, *Computers in Human Behavior*, 56, 360-368, <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.11.009>.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30, 3, pp. 1151-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

- Mesch, G. S. (2009). Social bonds and internet pornographic exposure among adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 601-618. DOI: [10.1016/j.adolescence.2008.06.004](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.06.004)
- Muñoz, M. J.; Ortega, N. & Navarro, M. E. (2003). Patrones de uso de internet en la población universitaria española. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 15 (2), 137-144. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.437>
- Pangrazio, L. & Cardozo, L. (2020). Beyond cybersafety: The need to develop social media literacies in pre-teens. *Digital Education Review*, 37, 49-63. DOI: <https://doi.org/10.1344/der.2020.37.49-63>
- Pastor, Y., Martín, R. & Montes, M. (2019). Patrones de uso, control parental y acceso a la información de los adolescentes en la red. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 25 (2), 995-1012. <https://doi.org/10.5209/esmp.64821>
- Popadić, D., Pavlović, Z. & Kuzmanovic, D. (2020). Intensive and excessive internet use: Different predictors operating among adolescents, *Psihologija*, 3 (3), 1-25. <https://bit.ly/2UkTR4Y>
- Pujazon-Zazik, M. & Park, M. J. (2010). To tweet, or not to tweet: gender differences and potential positive and negative health outcomes of adolescents' social internet use. *American Journal of Men's Health*, 4, 77-85. DOI: [10.1177/155798830936081](https://doi.org/10.1177/155798830936081)
- Ramos-Soler, I., López-Sánchez, C., & Torrecillas-Lacave, T. (2018). Online risk perception in young people and its effects on digital behaviour. [Percepción de riesgo online en jóvenes y su efecto en el comportamiento digital]. *Comunicar*, 56, 71-79. <https://doi.org/10.3916/C56-2018-07>
- Raposo-Rivas, M.; Martínez-Figueira, M.E.; Sarmiento Campos, J.A. & Parrilla Latas, M.A. (2021). Teens' Behavior Patterns on the Web: Surfing or Wrecking? *Digital Education Review*, 39, 60-75. <https://revistes.ub.edu/index.php/der/article/view/33227>
- Rial, A., Gómez, P., Isorna, M., Araujo, M. & Varela, J. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones*, 27 (1), 47-63. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.193>
- Sapsford, R. & Jupp V. (2006). *Data Collection and Analysis*. London: Sage Publications.
- Sendín, J. C., Gaona, M. C. & García, A. (2014). Nuevos medios: usos comunicativos de los adolescentes. Perspectivas desde los nativos digitales. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 20 (1), 265-283. DOI: [10.5209/rev\\_ESMP.2014.v20.n1.45231](https://doi.org/10.5209/rev_ESMP.2014.v20.n1.45231)
- Scherer, R.; Rohatgi, A. & Hatlevik, O.E. (2017). Students' profiles of ICT use: Identification, determinants, and relations to achievement in a computer and information literacy test, *Computers in Human Behavior*, 70, 486-499, <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.01.034>.
- Witten I.H. & Frank. E. (2017). *Data Mining: Practical Machine Learning Tools and Techniques* .CA. Morgan Kaufmann.
- Wong, I. L. K. & So, E. M. T. (2014). Internet gambling among high school students in Hong Kong. *Journal of Gambling Studies*, 30, 565-576. DOI: [10.1007/s10899-013-9413-6](https://doi.org/10.1007/s10899-013-9413-6)

# ICCA2022-60761 - Intervenção precoce em idade pediátrica - experiência de um hospital nível II

Leonor Cardoso<sup>1</sup>, Cristiana Carvalho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã, Portugal

[leonorcardoso93@gmail.com](mailto:leonorcardoso93@gmail.com)

## Resumo

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) integra um conjunto organizado de serviços na comunidade dirigido a crianças entre os 0 e 6 anos e suas famílias, com o objetivo de garantir a correta aquisição de competências e atenuar possíveis fatores de risco parentais ou contextuais; este trabalho teve como propósito caracterizar a amostra de crianças referenciadas ao SNIPI através de um hospital nível II na região da Covilhã, durante um período de 8 anos, analisando variantes sociodemográficas, motivos de referência, presença de apoios especializados, entidade na sinalização, equipa local de intervenção (ELI) e distribuição temporal. Do total de 144 crianças referenciadas, houve um predomínio do género masculino (70%); existiu, em 65% dos casos, mais do que um motivo na referência, sendo o atraso do desenvolvimento psicomotor sem etiologia conhecida o principal diagnóstico (86%); dentro deste grupo, o atraso global do desenvolvimento representou, por sua vez, o subtipo de atraso do desenvolvimento mais comum (63%); a idade média de referência foi 25 meses e a ELI da Covilhã foi a mais solicitada (57%); a referência foi feita sobretudo através da consulta (99%) e pelo médico assistente (82%), apesar da maioria das crianças (53%) frequentar creche ou infantário nessa altura. Apenas 22% das crianças já apresentavam apoio especializado à data da referência. Destaca-se aqui a precocidade da sinalização ao SNIPI, a sensibilidade dos profissionais de saúde na deteção atempada de desvios do neurodesenvolvimento e a particular necessidade de uma avaliação mais cuidadosa do desenvolvimento no género masculino.

Palavras-chave: SNIPI, desenvolvimento psicomotor, intervenção precoce.

## Abstract

The National System of Early Childhood Intervention integrates an organized set of services, within the community, with the aim of guaranteeing the correct skill's acquisition in children between 0 and 6 years old, as well as mitigating possible parental or contextual risk factors; this paper work has characterized the children referred to the system in Covilhã, through a secondary level care hospital, during a period of 8 years, analyzing sociodemographic variants, reasons for referral, presence of specialized support, entity of the signage, local intervention team and temporal distribution. Of the total of 144 children referred, there was a predominance of males (70%); there was more than one reason in the referral in 65% of cases, with the delayed psychomotor development with no known etiology being the main diagnosis (86%) and, within this subgroup, the global developmental delay being the most recognized subtype of development delay (63%); the average age of referral was 25 months old and the the local intervention in Covilhã was the most requested (57%); referral was made mainly through consultation (99%) and by the attending physician (82%), despite the fact that most children (53%) attended daycare or kindergarten at that point. Only 22% of the children already had specialized support at the time of referral. The precocity of signaling, the common sense of the health professionals in detecting neurodevelopmental deviations and the particular need for a more careful assessment of the male gender in consultation are here highlighted.

Key-words: SNIPI, psychomotor development, early intervention.

## 1. SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

### 1.1. Contextualização e perspetiva histórica

A ideia de fornecer apoio e intervir em favor das crianças, especialmente nas mais vulneráveis parece, à primeira vista, tanto um propósito intrínseco como um direito inerente. Apesar de tudo, este ato interventivo e de suporte tem-se construído com base em fenómenos e ideias relativamente

modernas, as quais têm sido sujeitas a alterações ao longo do tempo. (Voigt, R. G., Macias, M. M., Myers, S. M., & Tapia, C. D., 2011)

O percurso histórico, desde a educação especial prestada a crianças com incapacidade em meados do século XVIII até à intervenção precoce, esta mais recente, integrou um espectro dinâmico de constante atualização e mudança. Regressando atrás no tempo até ao século XIX, verifica-se que foi nesta altura que surgiu, pela primeira vez, a estruturação de programas de intervenção precoce. Inicialmente nos anos sessenta, estes serviços baseavam-se num modelo médico, centrado principalmente na criança e deixando de parte a família e o contexto onde a mesma estava inserida, sendo o profissional de saúde o principal detentor do papel de decisão e cuidados a ter. Nesta fase, a família apresentava ainda uma função redutora no que se refere às decisões e cuidados a ter com a criança.

Na década de setenta e com a expansão dos programas de intervenção precoce, este contexto modifica-se, preconizando-se cada vez mais a intervenção à família. Nesta fase, o suporte e enfoque passou a recair sobretudo sobre os profissionais e/ou serviços que prestavam instruções aos pais, no sentido de os apoiar e aconselhar, para ajudar a promover uma adequada interação com os seus filhos, garantir competências de aprendizagem e reduzir comportamentos inadequados.

Prosseguindo temporalmente, é já nos anos oitenta que se sentem estas transformações com maior ênfase, fortalecidas pelo Modelo de Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano e o Modelo do Desenvolvimento Transacional. Estes modelos do desenvolvimento vieram contribuir para uma intervenção cada vez mais precoce e sistémica, ecológica e centrada na família, destacada pela necessidade de se considerar o ambiente familiar onde a criança está inserida. O desenvolvimento da criança passa então a ser visto como consequência de várias interações, referentes quer à própria, quer aos indivíduos e objetos que fazem parte do seu quotidiano.

Nos anos noventa, a família é verdadeiramente reconhecida como elemento fulcral de todo o processo de intervenção precoce. O sucesso da intervenção passa assim a ser conseguido perante a cooperação entre os profissionais e a família. Esta ideia trespassou os anos seguintes e conservou-se até à atualidade, podendo hoje em dia dizer-se que a família corresponde ao foco principal da intervenção precoce na infância (IPI). Atualmente, este sistema de intervenção precoce tem por base a sua universalidade no acesso, prevendo a responsabilização pública e uma capacidade de resposta adequada e integrando, tão cedo quanto possível, os serviços de saúde, creches, jardins-de-infância e escolas, durante todo o processo. (Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P., 1990), (Marini, B., Lourenço, M. C., & Barba, P., 2017), (Esteves, V. L. L., 2018).

## **1.2. Uma abordagem centrada na família**

A primeira infância corresponde a um momento de desenvolvimento cerebral notório, já que é nos primeiros anos de vida que o desenvolvimento e a aprendizagem decorrem com maior rapidez; de forma concomitante, os primeiros anos de vida equivalem à fase de crescimento mais desafiante para toda a família. Seguindo esta linha de pensamento, compreende-se que a intervenção precoce junto da criança se torna imprescindível para o seu adequado crescimento e desenvolvimento (Diário da República, 2009, 6 de outubro). O desenvolvimento é o processo pelo qual cada criança evolui da infância para a idade adulta, de forma independente. As crianças adquirem habilidades funcionais durante toda a infância, sendo o termo “desenvolvimento infantil” utilizado para descrever aptidões adquiridas essencialmente entre o nascimento e os cinco anos de idade, nos quais existe uma rápida



aquisição de competências, nomeadamente em termos de mobilidade, linguagem, comunicação e independência. O principal objetivo em avaliar o desenvolvimento de uma criança pequena consiste em verificar a normal progressão nas suas capacidades, assim como a deteção atempada de potenciais desvios do neurodesenvolvimento; esta monitorização permite-nos ajudar as crianças a atingir o seu potencial máximo, oferecer tratamento ou terapia o mais precocemente possível, e ainda fornecer cuidados à criança com necessidades especiais (Lopes, P., 2019).

O crescimento e o neurodesenvolvimento são globalmente denominados por desenvolvimento psicomotor e são comumente divididos em quatro domínios principais, nomeadamente: o domínio motor grosso e fino, o domínio da fala e linguagem, o domínio social e ainda o domínio do desempenho e cognição. O desenvolvimento de uma criança deve ocorrer de forma constante e progressiva, apesar da velocidade com que os objetivos são alcançados poder variar de criança para criança, ou seja, para cada competência, a faixa etária dita normal para atingir determinado marco do desenvolvimento é muito variável. Contudo, a descrição de um adequado desenvolvimento, associado à capacidade em realizar determinada tarefa numa certa idade, relaciona-se diretamente com a média prevista de desempenho nas crianças daquela idade.

O desenvolvimento psicomotor da criança também está diretamente relacionado com fatores genéticos e ambientais. Os fatores genéticos determinam o potencial de desenvolvimento e os fatores ambientais influenciam a capacidade em alcançar determinado potencial geneticamente predisposto (Bellman, M., Byrne, O. & Sege, R., 2013). Estando o desenvolvimento da criança dependente da interação entre fatores hereditários e ambientais, percebe-se que, para um desenvolvimento ideal, o ambiente deveria atender às necessidades físicas e psicológicas da criança, que por sua vez são variáveis com a idade e com a etapa do desenvolvimento (Lopes, P., 2019).

Experiências positivas durante a primeira infância estão associadas à progressão do desenvolvimento cerebral, particularmente nas áreas linguística e social; contudo, é importante notar que, da mesma forma que o cérebro incorpora e assimila experiências positivas, este também se pode tornar vulnerável a vários insultos, particularmente durante a infância precoce, sendo extremamente relevante presentear a criança com vivências positivas, principalmente quando incorporadas dentro da sua rotina habitual (Bellman, M., Byrne, O. & Sege, R., 2013). Importa desta forma realçar, que toda a sequência de estimulação sensorial deve ser integrada no âmbito familiar, uma vez que é neste ambiente que a criança vai passar a maior parte do seu tempo e desenvolver os seus sentimentos de segurança e bem-estar, contribuindo, só desta forma, para um crescimento seguro e harmonioso. Na realidade, a família é quem melhor conhece a criança e é no domicílio que se torna mais fácil o acesso às crianças; é nas rotinas do dia-a-dia que surgem as mais variadas oportunidades de aprendizagem, daí o sucesso da intervenção depender totalmente da relação e colaboração entre pais e profissionais. É nesta linha de pensamento que os profissionais que integram as Equipas Locais de Intervenção se deslocam ao local onde a criança se encontra, adequando o tipo de intervenção ao meio envolvente, podendo este ser a creche, o domicílio, o jardim-de-infância ou até mesmo o meio hospitalar (República Portuguesa, 2009); (Diário da República, 2009, 6 de outubro).

### **1.3. Ponto de situação e atualidade em Portugal**

Se nos reportarmos aos anos sessenta, verificamos que os programas desta época se desenvolviam com o intuito de prestar apoio a crianças com deficiência entre os zero e dois anos, empregues



através de um modelo médico com carácter monodisciplinar. Embora já pudesse existir o conceito de prevenção, a sua execução ainda não estava expressamente estabelecida em termos médicos.

Nos anos setenta, os centros de paralisia cerebral passaram a integrar técnicos das diferentes especialidades com o objetivo de estimular e atuar na intervenção precoce de crianças com paralisia cerebral. De igual forma, em Lisboa, várias equipas de orientação domiciliária e de educação especial, as últimas estabelecidas dentro do Ministério da Educação, passaram a trabalhar em conjunto com crianças com necessidades educativas especiais, nomeadamente crianças com deficiência ou incapacidade; nesta altura, contudo, o apoio direcionado à faixa etária entre os zero e seis anos era ainda bastante restrito. Após o vinte e cinco de Abril de 1974, verificou-se um crescimento da resposta social e de saúde, direcionado à proteção das famílias e respetivas crianças; foi ainda nos anos setenta que surgiu o projeto Águeda, desenvolvido com o objetivo de apoiar crianças com deficiência ou em risco de atraso de desenvolvimento, de várias idades, desenvolvendo-se uma dinâmica semelhante ao que hoje em dia se considera as boas práticas em intervenção precoce na infância, promovendo o trabalho em equipa e a cooperação entre serviços, assim como o funcionamento comunitário e transversal às crianças e suas famílias.

Até meados dos anos oitenta não se verificaram grandes mudanças nos sistemas de intervenção precoce em crianças abaixo dos seis anos de idade; Bairrão (2001) refere mesmo que “não se pode falar em intervenção precoce no nosso país antes de 1980”. De facto, só a partir desta altura é que surgiram iniciativas pioneiras e relevantes para a intervenção precoce na infância a nível nacional, realçando aqui o trabalho desenvolvido pela direção de serviços de orientação e intervenção psicológica (DSOIP) e o projeto integrado da IPI de Coimbra (PIIP).

Nos anos noventa assiste-se, novamente, à elaboração de mais projetos de intervenção precoce para os quais contribuíram, adicionalmente, alterações nas políticas educativas do Ministério da Educação e vários incentivos financeiros.

Em 1999 é publicado um documento orientador relativo especificamente à intervenção precoce na infância - o Despacho conjunto nº 891/99. Este documento foi desenvolvido com a colaboração de três ministérios (Ministério da Educação, Saúde e Segurança Social), inspirado na legislação americana, que preconizava o desenvolvimento de uma intervenção precoce baseada no trabalho de equipa, incluindo uma rede de suporte centrada na família e na criança, na qual seria implementado um plano individual de intervenção. Este documento definia igualmente que estas atividades de promoção do desenvolvimento devessem incluir crianças dos zero aos seis anos - preferencialmente dos zero aos três anos – que apresentassem deficiência ou risco grave de atraso de desenvolvimento.

Por fim, em outubro de 2009, é publicado o decreto de lei 281/2009, criando o sistema nacional de intervenção precoce, desenvolvido através da “atuação coordenada dos ministérios do trabalho e da solidariedade social, da saúde e da educação, com o envolvimento das famílias e da comunidade” (República Portuguesa, 2009).

### **1.3.1. Legislação**

Foi publicado em 2009, em Diário da República, o decreto-lei 281/09 de 6 de outubro, com a finalidade da criação legal de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, na sequência dos princípios vertidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a integração das pessoas com deficiência ou incapacidade 2006-2009.

Este sistema de intervenção propõe-se, entre outros, a: “assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de intervenção precoce na infância em todo o território nacional; detetar e sinalizar todas as crianças com risco de vir a desenvolver alguma alteração da função ou estrutura do corpo bem como identificar crianças com grave risco de atraso de desenvolvimento; intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação e, ainda, envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social”. Está ainda preconizado, através deste decreto de lei, que as ações de intervenção devam ser realizadas nos ambientes habituais das crianças, como o domicílio, creche ou jardim de infância e durante as rotinas diárias, de forma a promover a participação da criança nas várias experiências, de acordo com os recursos de cada família.

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância funciona por articulação das estruturas representativas dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, em colaboração direta com as famílias, e é coordenado pela comissão de coordenação do SNIPI.

O plano individual da intervenção precoce (PIIP) consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições. No PIIP devem constar, no mínimo, os seguintes elementos: “identificação dos recursos e necessidades da criança e da família; identificação dos apoios a prestar; indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração; definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respetivas capacidades de adaptação; procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar” (Diário da república, 2009, 6 de outubro). O PIIP funciona assim como o guia de toda a intervenção, sendo que o seu principal objetivo consiste em integrar o trabalho entre profissionais e famílias, na intervenção e mobilização de recursos, de forma a ajudar as famílias a alcançar os objetivos a que se propõem. Importa também referir que neste plano não devem ser abordados apenas os problemas, mas também os “pontes fortes” de ambos, crianças e respetivas famílias (República Portuguesa, 2009).

Com a intervenção precoce na infância pretende-se apoiar as famílias a atingirem os seus próprios objetivos, promover o desenvolvimento em domínios-chave, melhorar a autonomia e as capacidades da criança, proporcionar atividades de aprendizagem significativas para a criança, prevenir futuros problemas ou incapacidades, assim como apoiar as famílias na resposta às suas preocupações, prioridades e necessidades (República Portuguesa, 2009). Esta intervenção é obtida através da sinalização das crianças ao SNIPI, e pode ser feita tanto pelo pediatra assistente, como pelo médico de família, educador de infância - no caso da criança estar a frequentar uma creche ou jardim de infância - ou ainda através da equipa local de intervenção ou agrupamento de escolas de referência para a IPI mais perto. Os pais também podem, através das escolas ou médico assistente, procurar cuidados e apoio neste sentido. (República Portuguesa, 2009).

### *1.3.2. Critérios de elegibilidade*

De acordo com o Decreto-lei 281/09 de 6 de outubro, o apoio no âmbito do SNIPI dirige-se a crianças entre os zero e os seis anos e respetivas famílias, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

**1 - Alterações nas funções ou estruturas do corpo** que limitam o normal desenvolvimento e participação das crianças em atividades típicas, tendo em conta os critérios de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social. Este grupo, por sua vez, subdivide-se nas crianças com atraso do desenvolvimento sem etiologia conhecida, que pode abranger uma ou mais áreas, nomeadamente a área motora, física, cognitiva, da linguagem, emocional ou social/adaptativa; o outro subgrupo corresponde às crianças com condições específicas, tendo por base um diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, entre elas alterações congénitas, neurológicas, cromossómicas, metabólicas, sensoriais, da relação e comunicação, da vinculação ou ainda outras perturbações emocionais;

**2 - Risco grave de atraso de desenvolvimento**, pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso no desenvolvimento da criança. Dentro deste grupo estão incluídas crianças expostas a fatores de risco biológico, incluindo crianças com risco de vir a manifestar limitação na sua atividade por condições biológicas que claramente interfiram com a prestação de cuidados básicos e, por outro lado, crianças expostas a fatores de risco ambiental, considerando, dentro deste subgrupo, fatores de risco parental ou contextual, podendo limitar o desenvolvimento da criança e impossibilitar ou dificultar o seu bem-estar.

São **elegíveis** para acesso ao SNIPI, todas as crianças do **1º grupo** e as crianças do **2º grupo**, que acumulem **quatro ou mais** fatores de risco **biológico e/ou ambiental**. (República Portuguesa, 2009). Importa ainda referir que não é necessário um diagnóstico formal para a referenciação, sendo que a forte suspeita clínica ou o registo da presença de fatores de risco em determinada criança e família é suficiente para se proceder à sinalização atempada, quer através dos pais por meio das equipas de intervenção precoce ou do médico assistente, quer através dos profissionais de saúde e das próprias escolas.

### *1.3.3. Equipas locais de intervenção*

As equipas locais de intervenção do SNIPI desenvolvem atividade a nível municipal, podendo englobar vários municípios ou desagregar-se por freguesias. Estas equipas encontram-se sediadas nos centros de saúde, em instalações atribuídas pela comissão de coordenação regional de educação respetiva ou em IPSS convencionadas para o efeito. A coordenação das equipas locais é assegurada por um dos elementos designados pela comissão de coordenação regional. Compete às equipas locais de intervenção: “identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI; assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução; encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social; elaborar e executar o plano de intervenção precoce em função do diagnóstico da situação; identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social; articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil; assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos e, por fim, articular

com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem as crianças integradas em IPI” (Diário da República, 2009, 6 de outubro). As ELI fazem então parte do SNIPI e integram profissionais da área social, da educação e da saúde que apoiam as crianças e as famílias. Para cada família está direcionado um destes profissionais, responsável pela comunicação com a família, realização do PIIP e articulação com outros serviços da comunidade, como por exemplo, linhas de apoio social, serviços médicos, serviços de apoio ao emprego, entre outros. A ELI detém a função de vigilância, com avaliação periódica do processo evolutivo, e em caso de dúvida quanto à previsão de desenvolvimento da criança ou da situação familiar. Por outro lado, pode também responsabilizar-se por um plano de intervenção elaborado e planeado em conjunto com a família, onde ficam registados os objetivos e os apoios acordados entre ambos (República Portuguesa, 2009).

Geograficamente, o distrito de Castelo Branco engloba a ELI da Covilhã (Covilhã, Belmonte), a ELI do Fundão (Fundão, Penamacor), a ELI de Castelo Branco e a ELI da Sertã. Do distrito da Guarda fazem parte, entre outras, a ELI da Guarda e Seia.

## **2. METODOLOGIA, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS**

### **2.1. Objetivos do estudo e metodologia**

Este estudo teve como propósito caracterizar a amostra de crianças referenciadas através de um hospital nível II na região da Covilhã. Foi feita uma análise retrospectiva das referenciações ao SNIPI pelo Serviço de Pediatria do Hospital Universitário Cova da Beira (CHUCB), durante um período de oito anos e três meses, ou seja, desde janeiro de 2012 a abril de 2021. Foram analisadas variáveis sociodemográficas - género e idade da criança na data de referenciação, grau de escolaridade e idade dos pais, condições socioeconómicas e de habitabilidade - motivos de referenciação, entidade na sinalização/alerta, presença de apoios especializados, Equipa Local de Intervenção respetiva e a distribuição temporal.

### **2.2. Apresentação e análise de resultados**

No período de estudo foram referenciadas um total de cento e quarenta e quatro crianças, com predomínio do género masculino (70%) e idade mediana de vinte e cinco meses (idade mínima de dezassete dias e idade máxima de sessenta e seis meses).

Relativamente aos nossos dados, observou-se que a ELI da Covilhã foi a mais solicitada (57%), seguida da ELI do Fundão (29%), Belmonte (8%), Castelo Branco (4%) e, por fim, Guarda (1%) e Seia (1%).

O maior número de pedidos ao SNIPI ocorreu no ano 2014 (nº absoluto vinte e sete, correspondente a dezanove por cento dos pedidos totais) e o menor nos anos 2016 e 2017 (nº absoluto oito, correspondente a seis por cento dos pedidos totais). Nos anos 2012 e 2013 foram feitos sete por cento de todos os pedidos de sinalização, e nos anos 2015 e 2018 foram realizados treze e dezassete por cento dos pedidos totais, respetivamente. Desde o início da pandemia por Covid19 até ao final do estudo em abril 2021, houve um total de quinze sinalizações, correspondendo a dez por cento do total de referenciações.

Quanto aos critérios de inclusão para a intervenção precoce, verificou-se que a maior parte crianças (65%) apresentava mais do que um motivo de referenciação. Adicionalmente, quarenta e nove por cento das crianças apresentava critérios de elegibilidade ao SNIPI referentes ao primeiro e segundo

grupos, ou seja, estas crianças revelavam simultaneamente quer alterações nas funções ou estruturas do corpo, quer risco grave de atraso do desenvolvimento.

No que diz respeito ao primeiro grupo, oitenta e seis por cento das crianças foram referenciadas por atraso do desenvolvimento sem etiologia conhecida; destas, sessenta e três por cento demonstrava, à data da referência, um atraso global do desenvolvimento, vinte e dois por cento um atraso do desenvolvimento da linguagem e quinze por cento um atraso do desenvolvimento motor. Dentro das condições específicas, vinte e seis por cento apresentava alguma alteração, sendo mais comuns a perturbação do espectro do autismo, as malformações congénitas, as doenças crónicas, os síndromes genéticos, os défices sensoriais e algumas perturbações neurológicas.

Das crianças com risco grave de atraso do desenvolvimento, trinta e quatro por cento apresentava fatores de risco biológico, sendo a alteração do tónus ao exame neurológico, a restrição do crescimento intra-uterino e a prematuridade abaixo das trinta e três semanas de idade gestacional os mais prevalentes; outras alterações documentadas foram a presença de sépsis neonatal, muito baixo peso ao nascimento, asfixia perinatal, traumatismo crânio-encefálico, variações imagiológicas cerebrais pré ou pós-natais e ainda a evidência de irmãos com atraso desenvolvimento psicomotor documentado. Relativamente aos fatores de risco ambiental presentes em trinta e cinco por cento das crianças, e remetendo aos fatores de risco parental, destaca-se a presença de pais adolescentes (inferior a dezoito anos), mãe analfabeta ou família monoparental; outros fatores de risco menos frequentes, mas identificados dentro desta categoria, foram ainda o consumo de álcool, negligência, doença do foro psiquiátrico ou doença física incapacitante presente num dos pais. Em relação aos fatores de risco contextual, salientam-se fatores como a pobreza (pais desempregados ou famílias beneficiárias de apoios de ação social), a barreira linguística em crianças filhas de pais imigrantes e questões étnico-raciais e de isolamento social (quer a nível geográfico quer na dificuldade do acesso a recursos formais e informais). Outros fatores de risco contextual encontrados, apesar de menos prevalentes, foram a presença de crianças institucionalizadas e referenciadas à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), pais divorciados, conflituosidade familiar e ainda preocupação acentuada dos pais relativamente ao desenvolvimento da criança em questão.

Podemos também verificar que a generalidade das crianças (65%) apresentava mais do que um critério de elegibilidade à data de referência, com predomínio do atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida, que traduziu o diagnóstico individual mais identificado.

A referência a partir do nosso serviço foi feita através do internamento de neonatologia, e sobretudo através da consulta externa hospitalar, em percentagem semelhante para as especialidades de pediatria geral (consulta de recém-nascido) e pediatria-desenvolvimento. A referência para a consulta foi feita em oitenta e dois por cento dos casos, através do médico assistente, com os restantes casos a serem referenciados/sinalizados diretamente através da escola ou pais. À data da primeira consulta e na altura da sinalização, a maioria das crianças (53%) já frequentava previamente um estabelecimento de ensino pré-escolar (creche ou pré-escolar). Vinte e dois por cento das crianças já tinham algum apoio especializado antes da sinalização, nomeadamente fisioterapia, terapia ocupacional ou da fala. A consulta de pediatria do CHUCB recebe crianças e jovens da área de Covilhã, Fundão e Belmonte, mas também crianças de zonas geográficas mais afastadas, nomeadamente Guarda, Seia e Castelo Branco. As ELI locais (Covilhã e Fundão) contam, na sua equipa com técnicos de saúde (enfermeiras), docentes de ensino especial (que fazem uma intervenção mais direta com as crianças em acompanhamento, em ambiente de

estabelecimento de ensino ou domicílio), uma psicóloga e uma terapeuta da fala, cuja atividade se centra em avaliação formal das dificuldades identificadas, bem como prestar apoio aos restantes técnicos, educadores e pais, dando orientações de intervenção.

Com a pandemia, verificou-se que a intervenção precoce foi temporariamente suspensa das suas atividades presenciais junto dos contextos de intervenção, ficando as Equipas Locais de Intervenção do SNIPI a assegurar o acompanhamento às famílias com recurso a todos os meios disponíveis, incluindo as tecnologias e demais meios e ferramentas, dando especial atenção às situações de maior vulnerabilidade social. No âmbito do plano de desconfinamento foi retomada a atividade das creches e dos estabelecimentos de educação pré-escolar, com a possibilidade de as crianças integradas nestes contextos, incluindo as acompanhadas no âmbito da intervenção precoce na infância, poderem beneficiar do acompanhamento presencial (SNIPI, 2020, 8 de junho). O acompanhamento presencial por parte da ELI foi articulado, durante este período temporal, com os pais ou responsáveis legais da criança, de forma a aferir a melhor metodologia de implementação, salvaguardando-se todas as medidas de higiene e segurança recomendadas pela Direção Geral da Saúde. Só excecionalmente os apoios eram prestados com recurso a meios (República Portuguesa, 2021). A pandemia por Covid19 não parece ter alterado o número de sinalizações feitas através do nosso hospital, uma vez que nos anos de pandemia houve maior número de crianças referenciadas comparativamente a anos anteriores, nomeadamente 2012, 2013, 2016 e 2017. Com base nos dados de relatórios referentes ao estado de emergência, verificou-se também um aumento do número de sinalizações ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce a nível nacional, face a anos pré-pandémicos, o que vai de acordo com os nossos dados (Jornal Público, 2021).

Como seria de esperar, em relação com a localização geográfica inerente, a ELI da Covilhã foi a mais solicitada. A maior parte das crianças frequentava a creche ou infantário na altura da referenciação, contudo o alerta foi dado essencialmente através do médico assistente, tanto a nível hospitalar como dos cuidados de saúde primários, realçando a sensibilidade dos profissionais de saúde na deteção atempada de desvios do neurodesenvolvimento. Este resultado também demonstra que, embora a referenciação ao SNIPI deva ser, teoricamente, uma atividade desenvolvida dentro da comunidade, a nossa realidade hospitalar traduziu ainda uma sinalização maioritariamente médica, refletindo esta a realidade de um hospital distrital e da zona interior do país.

Destaca-se também, pela análise da idade na referenciação, a precocidade da sinalização e envio ao SNIPI, com uma idade mediana de vinte e cinco meses no momento de solicitação do apoio pela rede de vigilância. Por fim, sublinha-se o sexo masculino como o género mais acometido, salientando a particular necessidade de uma avaliação cuidadosa do desenvolvimento neste grupo de crianças. Importa ainda referir que, apesar da maioria das crianças apresentar um diagnóstico na data da referenciação, a presença de uma forte suspeita de atraso no desenvolvimento, ou de determinada condição/perturbação específica em saúde ou até mesmo a simples identificação de fatores de risco biológico e/ou ambiental em determinada criança, pode, só por si, ser suficiente para a referenciação à rede, não sendo necessária a presença de um diagnóstico formal para a sinalização, por parte do médico assistente. A transmissão e sensibilização desta mensagem aos vários elos de ligação da criança e das suas famílias ao SNIPI poderia contribuir para o incremento das sinalizações feitas através dos pais, escolas ou das próprias equipas locais de intervenção.

## **REFERÊNCIAS:**

Voigt, R. G., Macias, M. M., Myers, S. M., & Tapia, C. D. (2011) *Child development: the basic science of pediatrics. Developmental and Behavioral Pediatrics, Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2011, 1-4.*

Sharma, A. & Cockerill, H. (2008) *From Birth to Five Years: Children's Development Progress.* Taylor & Francis. Vol 46.; doi:10.5860/choice.46-0926

Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (1990). *Handbook of early childhood intervention.* Cambridge University Press.

Marini, B., Lourenço, M. C., & Barba, P. (2017). Systematic literature review on models and practices of early childhood intervention in Brazil. *Revista paulista de pediatria: orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo, 35(4), 456-463.* <https://doi.org/10.1590/1984-0462;2017;35;4;00015>

Esteves, V. L. L. (2018). *Intervenção Precoce na Infância: da abordagem centrada na família às práticas* (Doctoral dissertation).

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2009, 6 de outubro). *Decreto-lei n.º 281/2009, Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*, Série I de 2009-08-17, páginas 5344 – 5345. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/193/2009/08/17/p/dre/pt/html>

REPÚBLICA PORTUGUESA (2022). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.* <https://snipi.gov.pt/recursos#no-back>

SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA, SNIPI (2020, 8 de junho). *Orientação Técnica n.º 1/2020/SNIPI-CC, Retomar da Atividade Presencial | Procedimentos a Adotar no Âmbito do Plano de Desconfinamento*, 2020;1-4.

<https://snipi.gov.pt/sites/default/files/2020-06/OT%20n%C2%BA%201-2020%20retomar%20atividade%20presencial%20contributos.pdf>

REPÚBLICA PORTUGUESA (2021). *Relatório Sobre a Aplicação da Declaração do Estado de Emergência.*

<https://www.parlamento.pt/Documents/2021/abril/Relatorio-Declaracao-Estado-Emergencia-17-31marco.pdf>

JORNAL PÚBLICO (2021). Covid-19: há mais crianças e jovens a entrar no sistema de acolhimento. <https://www.publico.pt/2021/03/10/sociedade/noticia/covid19-ha-criancas-jovens-entrar-sistema-acolhimento-1953755>

Bellman, M., Byrne, O., & Sege, R. (2013). *Developmental assessment of children. Bmj, 346.*

Lopes, P. (2019). Normal child development, hearing and vision, *ClinicalKey*, pag. 27-43.

## **ICCA2022-65514 - Child health in primary health care: why do children miss their appointments?**

Ana Isabel Foles<sup>1</sup>, Joana Iap<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Armada Gamenhas<sup>3</sup>, Miguel Ramalho<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>*Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Setúbal (PORTUGAL);*

<sup>2,3,4</sup> *USF Ribeirinha - ARSLVT (PORTUGAL).*

*aibfoles@gmail.com*

### **Abstract**

#### **Background:**

Surveillance of the health of children and adolescents in the primary health care setting aims to conduct medical appointments at key-ages of psychomotor, physical, cognitive and emotional development.

The purpose of this medical appointments is to assess the growth and development of the child and to encourage health-promoting behaviors, as well as to detect and address pathological situations early. The “No Show” phenomenon refers to the absence of a patient of a previously scheduled medical appointment, without prior notice. [1]

In pediatric age, the attendance of children at these medical appointments is the responsibility of their parents or caregivers.

The aim of this work is to characterize “no-show” situations in a medical appointment to monitor the health of child and adolescents in the primary health care setting.

**Methods:**

Retrospective study, with analysis of data related to patients who did not attend a child and youth health medical appointment. A telephone survey was also carried out.

**Results:**

From the total 223 appointments scheduled, 38% (n=84) did not take place due to “no-shows”. The main reasons mentioned were “forgetting” the appointment (22%, n=12), family dynamics with little support (16%, n=9), inability to be absent from work (13%, n=7), not considering the medical appointment relevant (9%, n=5) and lack of transportation to the health care facilities (7%, n=4).

**Conclusions:**

We noticed a high number of no-shows (38%). This can have important repercussions for children's health, preventing adequate health surveillance and potential timely intervention. The “no-show” phenomenon is associated with increased costs for health services, with unnecessary medical and human resources being wasted.

Keywords: child, health surveillance, missing medical appointments, primary health care, no-show.

**INTRODUCTION:**

Surveillance of the health of children and adolescents in the primary health care setting aims to conduct medical appointments at key-ages of psychomotor, physical, cognitive and emotional development.

The Portuguese National Program for the Health of the Child and Youth started in 1992, and has since then been regularly updated. The Child and Youth Health Care Program is a well-established program that includes surveillance of development and growth milestones, anticipatory care and vaccination. This program must be implemented for all children living in Portugal through primary health care scheduled appointments. This program was responsible for a positive evolution in child health indicators such as infant mortality and morbidity.

Each medical appointment at key-age aims to assess the child's growth and neurodevelopment and encourage health-promoting behaviors, as well as to detect and address pathological situations early.

The “No Show” phenomenon refers to the absence of a patient of a previously scheduled medical appointment, without prior notice. [1]

Children have a fundamental right to access the health care needed to achieve good development. In pediatric age, the attendance of children in these medical appointments is the responsibility of their parents or caregivers.

The aim of this work is to characterize the situations of “no-show” in a medical appointment of child and youth health surveillance in the primary health care setting.

**METHODS:**

We performed a retrospective study, collecting data from medical records (through *sciinico*®) related to patients who did not attend a child and youth health medical appointment, followed by a medical team from a local primary health care unit (USF Ribeirinha) of the Lisbon and Tagus Valley Region Health Administration (ARS-LVT), between December 2020 and November 2021 (12 months).

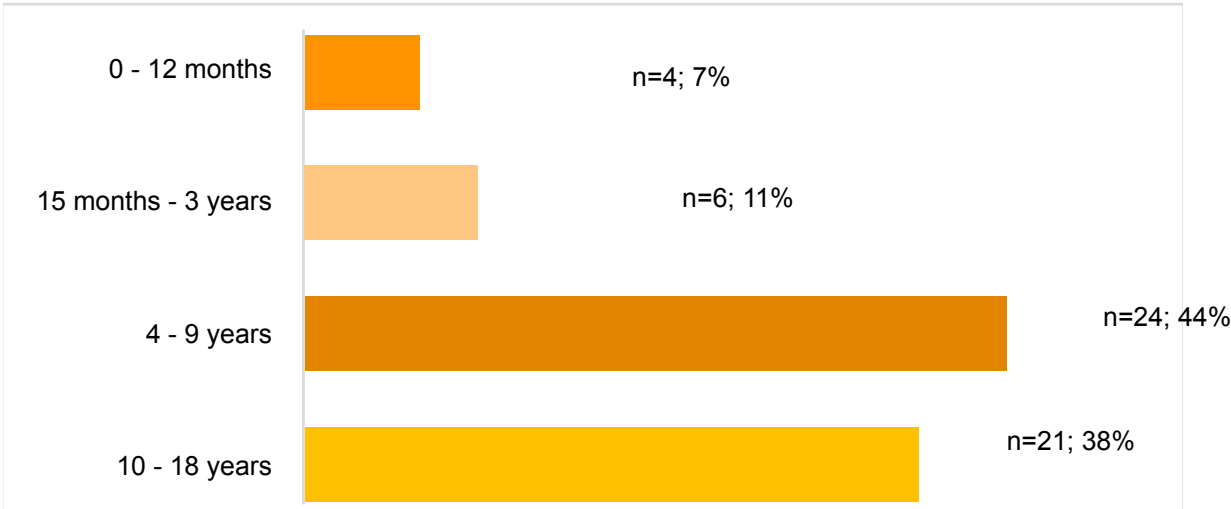


A small telephone survey was also carried out, in order to identify the reason for absence from the respective medical appointment. We use the program SPSS© to perform statistical analysis.

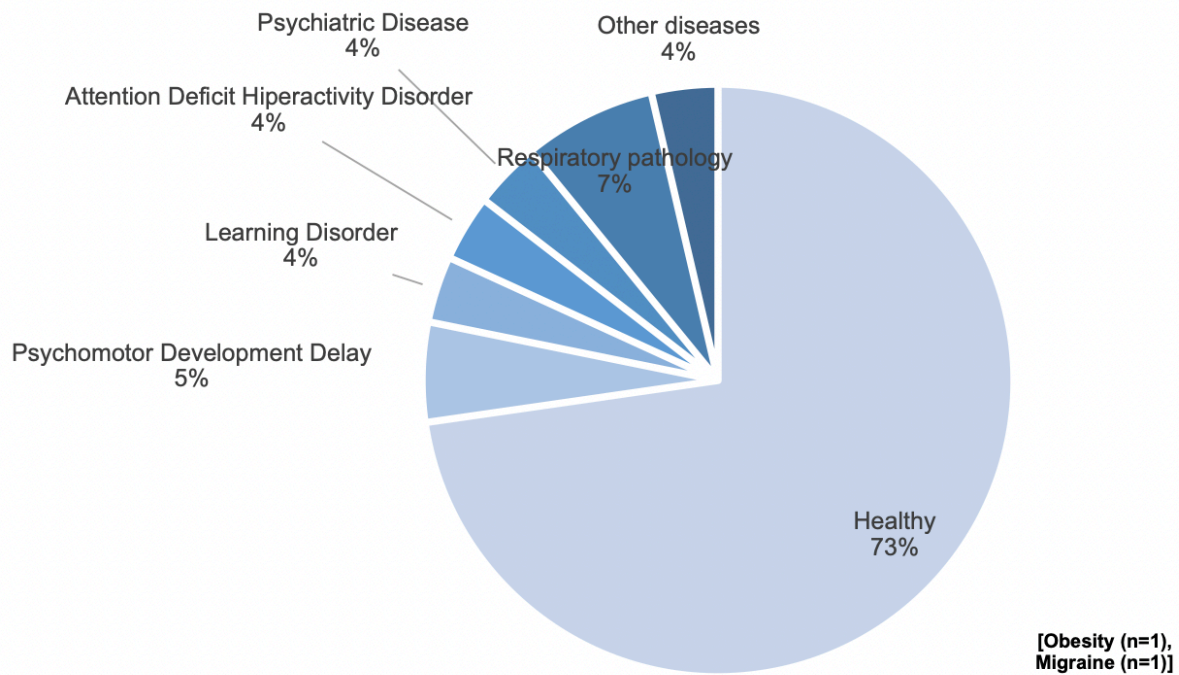
**RESULTS:**

From the total 223 appointments scheduled, 38% (n=84) did not take place due to “no-show”. About 55 children and adolescents who were absent during this period, meaning that 29 children miss their appointment more than once. We noticed that 53% (n=29) were male. The majority of patients were aged between 4-9 years (44%; n=24) and between 10-18 years (38%; n=21) (graphic 1). Most children had no previous medical history (73%, n=40), the others who did, presented most frequently respiratory or neuropsychiatric disorders (graphic 2).

**GRAPHIC 1. Age distribution**



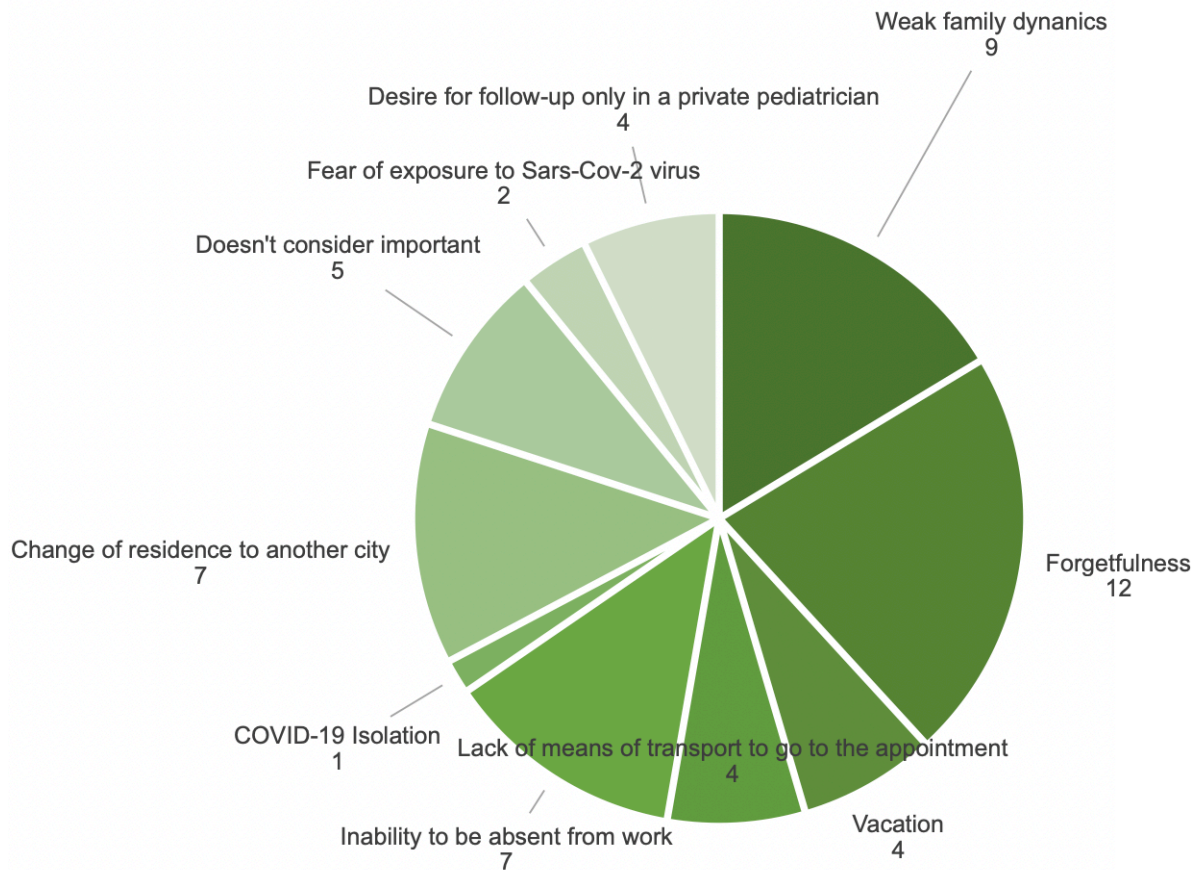
**GRAPHIC 2. Past medical history**



When questioned about the reasons for missing the appointment, the main reasons mentioned by parents and caregivers were “forgetting” the appointment (22%, n=12), family dynamics with little support (16%, n=9), inability to be absent from work (13%, n=7), not considering relevant the medical appointment (9%, n=5) and lack of means to travel (7%, n=4) (graphic 3).

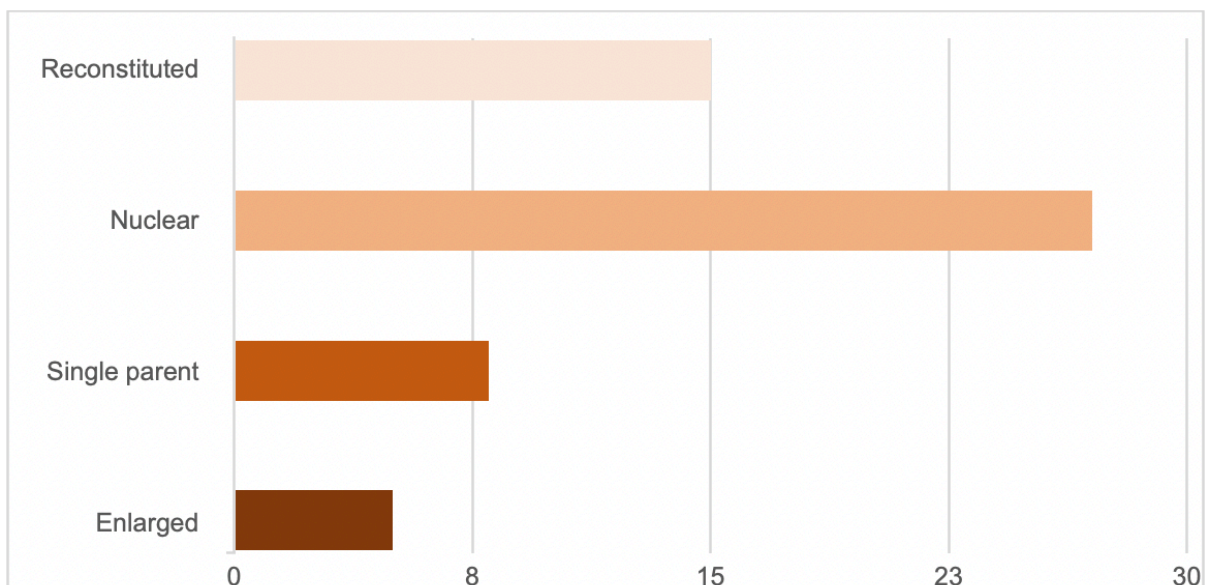
About 45% of these children were absent at least 4 times during their follow-up at this unit. Only 20% (n=11) of children are followed up in a private pediatric consultation. Vaccination is delayed in 15% (n=8) of children. We noticed that, in 75% (n=41) of the cases, child’s parents and/or siblings also often missed their appointments.

**GRAPHIC 3. No-show causes**

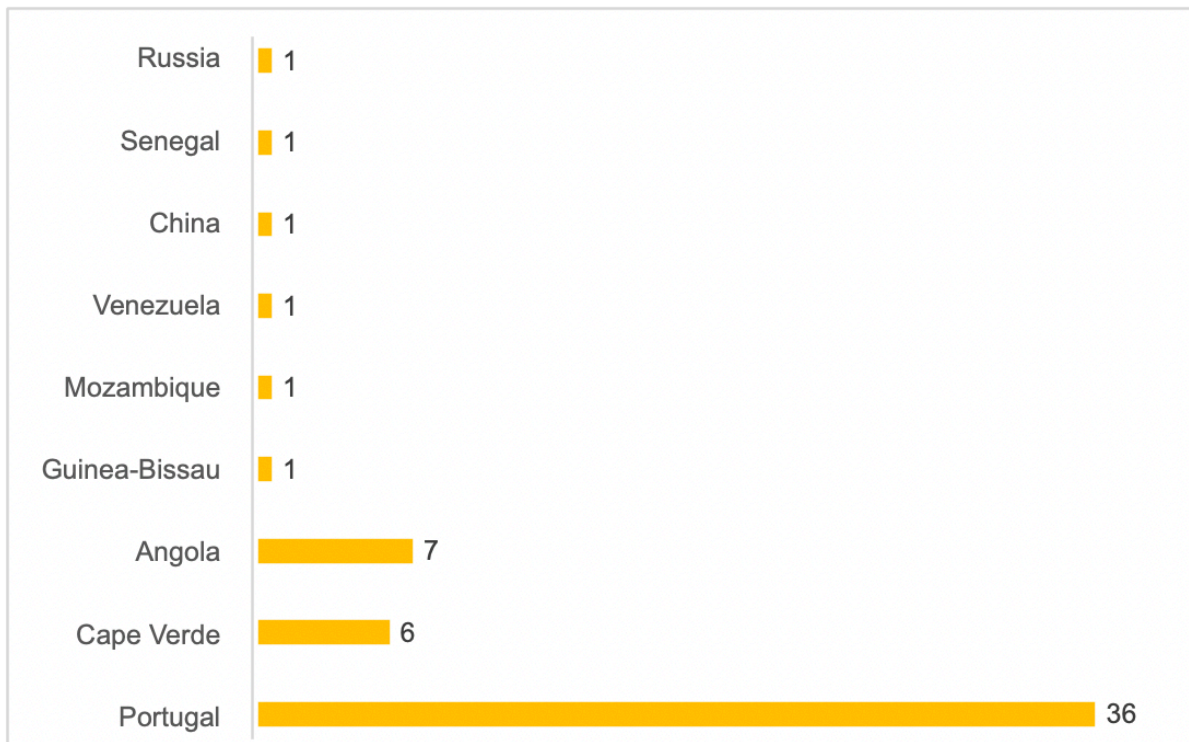


Most of these children come from a nuclear (n=27; 49%) or reconstituted (n=15; 27%) family (graphic 4). Most parents are aged between 30-40 years (42%). It was found that 65% (n=36) of parents were natural from Portugal, and 27% of them were natural from an African country of official Portuguese language (graphic 5). Most parents completed high school (33%).

**GRAPHIC 4. Family structure**



**GRAPHIC 5. Parents nationality**



## CONCLUSIONS:

In our study, we report a high number of “no-shows”. With this study, we were able to identify the reasons beyond some “no-show” situations in a medical appointment of child and youth health surveillance. We noticed that social conditions seem to be responsible for a significant part of these, influencing indirectly the children's health. The lack of family support or the parent's inability to miss work, although that is foreseen in Portuguese law (*Código do Trabalho - art 253.o, 254.o e 255.o, n.o 1.o*), are some concerning reasons.

With this information in mind, our final aim is to encourage and work on possible options that will support parents and their children. Since a significant motive to fail appointments were “forgetting” about them, we suggest implementing the automatic sending of a text message before every appointment.

Moreover, If the child continuously fails a schedule appointment, the clinical physician should be aware of the alarm signs and take a more consistent approach. It is important to have procedures and policies to help trigger an appropriate response, for example: an immediate phone call from a receptionist; reschedule the appointment and make a previous call the day before; and discuss at the next visit, the importance of the child's surveillance and the parents and children rights and duties related to health support.

The “no-show” phenomenon can have important repercussions for children's health, preventing adequate health surveillance and delaying or preventing timely medical interventions. On the other hand, it is associated with increased costs for health services, with unnecessary medical and human resources being mobilized, with wasted periods of scarce medical appointments and consequent overloading of waiting lists. [1,2]

## REFERENCES

[1] Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling – a systematic literature review. *Health Policy*. Abril de 2018;122(4):412–21.

[2] Ellis DA, McQueenie R, McConnachie A, Wilson P, Williamson AE. Demographic and practice factors predicting repeated non-attendance in primary care: a national retrospective cohort analysis. *The Lancet Public Health*. Dezembro de 2017;2(12):e551–9.

## ICCA2022-65887 - Pais e Filhos na Primeira Infância

Sandra da Silva Mendes<sup>1</sup>, Sofia Pires<sup>1</sup>, Mariana Pessoa<sup>1</sup>, Ana Vera Costa<sup>2</sup>, Joana Calejo Jorge<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Médica Interna de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, Portugal*

<sup>2</sup> *Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, Portugal*  
*smendes8@gmail.com*

### Resumo

A entrada na constelação da maternidade começa logo na gravidez, onde os pais começam a imaginar e a idealizar o seu bebé. É através deste processo de construção de um bebé imaginário que se estabelece a vinculação mãe-bebé.

O relacionamento inicial que se desenvolve entre o bebé e o seu cuidador principal vai moldar o desenvolvimento e vai constituir a base para os seus relacionamentos futuros, sendo a chave para o desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo e psicológico da criança.

Quando um dos cuidadores tem doença mental, a relação com o bebé poderá estar comprometida, havendo um risco acrescido de dificuldades emocionais, problemas de comportamento e de psicopatologia em geral nos filhos. Para além do impacto direto sobre a descendência, pelo aumento do risco biológico de transmissão, associa-se frequentemente à existência de comorbilidades clínicas e dificuldades sociovivenciais acrescidas o que poderá implicar dificuldades sérias na parentalidade, com prejuízo da sensibilidade, responsividade, continuidade e contingência dos cuidados parentais.

Com este artigo, os autores abordam os temas do simpósio “Pais e Filhos na Primeira Infância”, tendo como principal propósito revisitar a gravidez e a primeira infância na presença de psicopatologia parental.

Inicia-se com o tema “Mar de rosas com espinhos: as vivências ambivalentes da gravidez” onde se alude ao bebé imaginário e à vivência da vinculação pré-natal e se abordam as rosas e os espinhos que a gravidez frequentemente traz consigo.

De seguida, em “Bebés deprimidos, mães deprimidas” reflete-se sobre os desencontros entre as mães e o bebé no pós-parto, condicionantes de Perturbação da relação e Perturbação Depressiva Major na Primeira Infância.

Em “Quando o bebé está submerso no caos” explora-se a relação pais e filhos quando os pais têm um diagnóstico de perturbação de personalidade grave, nomeadamente a Perturbação de Personalidade Borderline.

Em “Pais psicóticos: pais suficientemente bons? Entre o estigma e o papel parental” reflete-se sobre a parentalidade na doença mental grave, em particular a doença psicótica. Aborda-se o estigma e o seu efeito corrosivo em várias dimensões.

Finalmente, com o “Projeto Pais e Filhos”, elucida-se acerca de um protocolo de intervenção hospitalar, em contexto multidisciplinar, com enfoque na prevenção e intervenção junto das crianças e pais desafiados pela doença mental.

Palavras-chave: saúde mental, gravidez, primeira infância, psicopatologia parental, prevenção.

### Abstract

Entry into the constellation of motherhood begins right in pregnancy, where parents begin to imagine and idealize their baby. It is through this process of building an imaginary baby that the mother-baby attachment is established.

The initial relationship that develops between the baby and its primary caregiver will shape the development and will form the basis for their future relationships, being the key to the child's physical, cognitive, affective and psychological development.

When one of the caregivers has a mental illness, the relationship with the baby may be compromised, with an increased risk of emotional difficulties, behavioral problems and psychopathology in children. In addition to the direct impact on offspring, due to the increase in the biological risk of transmission, it is often associated with the existence of clinical comorbidities and dysfunctional lifestyles, conditioning serious difficulties in parenting, with loss of parental care sensitivity, responsiveness, continuity and contingency.

In this article, the authors address the symposium themes "Parents and Children in Early Childhood", with the main purpose of revisiting pregnancy and early childhood in the presence of parental psychopathology.

It begins with the theme "Sea of roses with thorns: the ambivalent experiences of pregnancy" where the imaginary baby and the experience of prenatal bonding are explored and the roses and thorns that pregnancy often brings with it are addressed.

Then, in "Depressed babies, depressed mothers" we reflect on the mismatches between mothers and the baby in the postpartum period, conditions for Relationship Disorder and Major Depressive Disorder in Early Childhood.

"When the baby is submerged in chaos" explores the relationship between parents and children when parents have a diagnosis of severe personality disorder, namely Borderline Personality Disorder.

"Psychotic Parents: Parents Good Enough? Between stigma and the parental role" reflects on parenting in severe mental illness, in particular psychotic illness. Stigma and fears of judgment are addressed.

Finally, with "Parents and Children Project", a hospital intervention protocol is clarified, in a multidisciplinary context, focusing on prevention and intervention with children and parents haunted by mental illness.

Keywords: mental health, pregnancy, early childhood, parental psychopathology, prevention.

## **MAR DE ROSAS COM ESPINHOS: AS AMBIVALÊNCIAS DA GRAVIDEZ**

A gravidez é um processo dinâmico de construção e desenvolvimento, compreendendo muitas mudanças que requerem uma adaptação biológica, social e psicológica. Esta etapa de transição e preparação para a maternidade implica aceitar novas tarefas, ensaiar novos papéis, criar um laço afetivo com o filho. Trata-se de um processo de preparação no qual a energia emocional mobilizada permite que a reorganização aconteça. (Bayle, 2005)

A gravidez e os primeiros anos de vida da criança constituem um período crítico e vulnerável para a saúde mental da mãe e do bebê, marcando todo o desenvolvimento futuro. Trata-se de uma experiência multifatorial sendo influenciada por inúmeras variáveis, desde fatores de ordem genética, desenvolvimental, familiar, emocional, histórica e sociocultural. Os fatores genéticos referem-se a influências constitucionais que incluem capacidades perceptuais e cognitivas, características físicas e traços da personalidade, tais como a capacidade biológica de suportar a gestação e desenvolvimento fetal, bem como a valorização e o desejo de concretizar o projeto da gravidez (Canavarro, 2001). Os fatores desenvolvimentais são caracterizados pela história, marcadores de experiências, aprendizagens e relações significativas que a mulher estabelece ao longo da sua vida, as quais contribuem para a construção de significados relativos à gravidez e maternidade (Canavarro, 2001). Os fatores históricos e socioculturais dizem respeito à época histórica e organização sociocultural e o enquadramento socioeconómico onde a grávida está inserida. Consideram-se variáveis individuais, emocionais e familiares que influenciam a experiência da gravidez como a estrutura da personalidade, o nível de maturidade e preparação da mulher para a maternidade, as alterações corporais, a segurança emocional, as expectativas, o apoio das pessoas próximas, o nível de aceitação e desejo da gravidez, o grau de ajustamento ao início da gravidez e ainda a constelação familiar e seu enquadramento. (Lopes. al, 2010). A relação estabelecida com a própria mãe, a relação

conjugal e possíveis experiências prévias de gravidez e maternidade estão entre os fatores de ordem individual e familiar (Canavarro, 2001). (Kazemi et. al, 2021)

A ambivalência neste período de vida é comum, há idealização de experiências, construção de um bebê imaginário e representações de uma imagem corporal pós-parto que provocam um turbilhão de sentimentos na mulher. A grávida tende a centrar-se mais em si própria, sente mais necessidade de falar de si, e os seus sentimentos são por vezes ambivalentes e contraditórios: entre o deslumbramento e as expectativas positivas, a insegurança e o medo. (Darvill et. al, 2010).

A intensa carga emocional na gravidez e no período periparto pode despoletar sentimentos de incerteza, medo e sentimentos contraditórios que podem ocorrer em qualquer trimestre e não ocorrem só na primípara, na gravidez de risco ou complicada. (Guedes et. al, 2014) Na conceção da sociedade são, muitas vezes, considerados sentimentos e emoções não naturais ou mesmo patológicos, suscitando auto-culpabilização. A evicção destes sentimentos e a sua não-aceitação ou crença de que são errados ou desadequados provoca aumento do sofrimento, atraso na procura de ajuda e conflitos internos, que podem interferir na relação mãe-bebê e nos processos de vinculação. (Rodriguez-Cabezas L. et al, 2018)

Cerca de 10% das mulheres têm depressão durante a gravidez e esta perturbação tem uma alta probabilidade de persistir após o parto, caso não seja prontamente diagnosticada e tratada. O diagnóstico é mais frequente no primeiro e terceiro trimestres da gravidez sendo desafiante a sua identificação pela sobreposição de sintomas entre a gravidez normal e a depressão, como por exemplo: fadiga, insónia, alterações do apetite e perda de energia. No segundo trimestre o diagnóstico de perturbação depressiva torna-se mais fácil e clara, pois tendencialmente a grávida tende a viver este período, que coincide com o início da perceção dos movimentos fetais, de forma mais positiva. Os sinais de alerta a valorizar para detetar potenciais quadros depressivos na gravidez são tristeza invasiva, desespero, crises de choro e ideação suicida. (Bergink V. et al, 2016), (Rodriguez-Cabezas L. et al, 2018), (Alves S. et al, 2018)

É também no período da gravidez que se dá início ao processo de vinculação. Esta constitui a primeira representação interna do filho que a mãe elabora durante a gravidez e através da mesma é construído o vínculo emocional e se começa a construir o papel parental. A relação afetiva única que se desenvolve entre a mãe e o feto decorre de forma progressiva e aumenta ao longo da gestação. Podem ser considerados comportamentos vinculativos da mãe em relação ao bebê: falar com ele, atribuir-lhe um nome, acariciar a barriga e encorajar o pai do bebê a realizar estas mesmas ações. Mães que fantasiaram e se preocuparam mais com o bebê ao longo da gravidez tendem a demonstrar mais afeto e interação positiva posteriormente ao nascimento. (Brazelton & Cramer, 1992), (Camarneiro, 2010).

A ligação precoce mãe-bebê vai influenciar o desenvolvimento cerebral e contribuir para modular as emoções, o pensamento, a aprendizagem e o comportamento ao longo da vida dessa criança. (Camarneiro, 2010).

Há uma relação entre a vinculação no período pré-natal com o período pós-natal e que vai influenciar a qualidade da interação e os cuidados ao bebê depois do nascimento. A psicoeducação acerca da vinculação materno-fetal tende a melhorar a saúde mental das grávidas e aumentar esta mesma ligação. Deve ser oferecida, a todas as mulheres grávidas, a oportunidade de expressar, reconhecer e aceitar pensamentos e sentimentos de todo o tipo, bem como um ambiente seguro para construir experiências positivas e expectativas realistas de uma forma saudável. Tendo em conta as alterações

físicas e os desafios psicológicos e sociais inerentes à gravidez, revela-se fundamental a necessidade do aconselhamento e acompanhamento continuados da gravidez, por parte das equipas de saúde. (César F. et al, 2018), (Camarneiro, 2011).

## **BEBÉS DEPRIMIDOS, MÃES DEPRIMIDAS**

Do ponto de vista da saúde mental da primeira infância, René Spitz, pediatra e psicanalista, foi um dos primeiros autores a realizar trabalhos publicados importantes na área das perturbações do humor na primeira infância. Através dos seus trabalhos desenvolvidos e da sua análise exaustiva sobre o desenvolvimento infantil, analisando as relações de objeto, os efeitos do abandono e da privação afetiva, foi criado em 1945 o conceito, ainda hoje estudado, de depressão anaclítica. Esta condição diz respeito a um estado depressivo que acontece nos primeiros meses de vida, que se pode traduzir clinicamente num bebé de fâcias triste, que demonstra apatia, desinteresse, ausência de prazer nas atividades, irritabilidade e um provável atraso no desenvolvimento psicomotor. Parecem existir dois principais fatores etiológicos deste estado: uma relação mãe-bebé desajustada ou uma quantidade insuficiente de interações mãe-bebé, que se traduz em falta de estímulos afetivos, destacando os efeitos da privação psicossocial/afetiva precoce no desenvolvimento. A depressão anaclítica de Spitz sugeriu que a privação psicossocial precoce e grave afeta o sistema afetivo em desenvolvimento de uma criança (efeitos do abandono e da privação afetiva). (Rost F. et al, 2017), (Sliwerski A. et al, 2020)

Outros autores como Tronick, Als, Adamson, Wise e Brazelton contribuíram com o conhecimento das reais competências sociais e emocionais do bebé validando as competências interativas do bebé. Destaca-se o procedimento Face to Face Still-Face que, num período dominado pela discussão sobre as competências interativas dos recém-nascidos, fundamentado sobretudo sob a premissa da imaturidade do aparelho psíquico do bebé no primeiro ano de vida, teve o mérito de provar que os bebés reconhecem e respondem precocemente à perturbação das condições normais de interação. (Graham KA, et al., 2018)

Bowlby com o desenvolvimento da teoria da Vinculação realçou, por um lado, a predisposição inicial para a relação precoce, por outro, a importância destas relações precoces no desenvolvimento dos chamados modelos operantes internos determinantes dos seus relacionamentos futuros. (Lai YH, 2018) Vários estudos indicam que a depressão materna tem um impacto significativo na interação mãe-bebé e, conseqüentemente, na vinculação. (Lai YH, 2018), (Sliwerski A. et al, 2020), (Barnes J. et al, 2019), (Field T, 2011)

Quando o bebé sinaliza ao cuidador uma angústia ou necessidade de conforto que sejam consistentemente respondidas ao longo do tempo, desenvolve uma sensação de segurança em relação à previsibilidade e consistência das respostas por parte do cuidador. Esta sequência leva ao desenvolvimento de um padrão de vinculação seguro e que as crianças podem desenvolver com vários cuidadores. Na presença de depressão materna, existem evidências do risco aumentado de estabelecimento de um padrão inseguro de vinculação mãe-bebé. Este padrão desenvolve-se devido a uma interação mãe-bebé pobre com práticas parentais desajustadas com menor sensibilidade e responsividade maternas, com uma grande dificuldade em perceber os sinais do bebé e responder-lhe adequadamente. Mães que sofrem de depressão exibem comportamentos menos afetuosos com os seus bebés, pautados por uma expressão facial mais apagada, triste ou apática, e por menos contacto e vocalizações na interação com os seus filhos. Os bebés vão desenvolver padrões de



interação em espelho, tendendo a ser mais exigentes, mostrando menos expressões faciais positivas, sendo mais descontentes e evitantes no geral. (Barnes J. et al, 2019), (Hakanen, 2019) Estas alterações nas interações mãe-bebê vão determinar o aparecimento de estados depressivos na infância. (Sliwerski A. et al, 2020), (Barnes J. et al, 2019), (Field T, 2011)

Estes bebês estão em maior risco para o desenvolvimento de outras perturbações psiquiátricas, como perturbações internalizantes (p. ex. Perturbações de Ansiedade) e perturbações externalizantes (p. ex. Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, Perturbação de Oposição e Desafio e Perturbação da Conduta). Filhos de mães deprimidas estão também em maior risco de apresentar um atraso no desenvolvimento cognitivo e na linguagem que são evidentes para além da primeira infância. (Brummelte S., 2016)

Várias atividades de cuidado parecem também estar comprometidas por parte das mães com depressão (p. ex. amamentação, alimentação, cuidados de puericultura e procura de assistência médica) com impacto na saúde física e emocional das crianças. (Goodman JH, 2019), (Brummelte S., 2016)

As perturbações da relação entre as mães deprimidas e os seus bebês parecem ser universais, surgem em diferentes culturas e status socioeconómicos. Tendo em conta o impacto negativo da depressão materna na descendência, torna-se premente o diagnóstico precoce da condição no período peri-parto para que possa ser realizada uma intervenção o mais precocemente possível. O suporte assenta no tratamento da depressão materna e apoio na interação mãe-criança através de psicoterapia mãe-criança, com vista a melhorar a relação e o padrão de vinculação (Barnes J. et al, 2019)

## **QUANDO O BEBÉ ESTÁ SUBMERSO NO CAOS**

Cuidadores com Perturbação de Personalidade estão em maior risco de ter interações negativas com os seus bebês podendo afetar gravemente o seu desenvolvimento. Uma perturbação de personalidade caracteriza-se por um padrão em que os traços de personalidade são intensos, rígidos e mal-adaptativos que prejudicam o funcionamento interpessoal em todos os contextos de vida do indivíduo. Dentro das perturbações de personalidade, a mais estudada e a que parece ter mais impacto na descendência é a Perturbação de Personalidade Borderline (PPB). Esta caracteriza-se por instabilidade dos afetos e da autoimagem, dificuldades persistentes nas interações interpessoais, impulsividade e tendência a comportamentos autolesivos em que o medo do abandono e da rejeição estão frequentemente presentes. (Geerling I. et al, 2019)

Os traços desadaptativos da personalidade dos pais vão afetar o seu papel parental, trazendo vários desafios na parentalidade com impacto na relação com os seus bebês e no desenvolvimento socioemocional da criança. Há uma associação significativa entre o tipo de vinculação dos pais e o da sua descendência. As experiências precoces dos pais e a forma como eles pensam acerca deles vão afetar o modo como respondem aos seus próprios filhos. Estes tendem a ter uma vinculação desorganizada com as suas figuras de vinculação, acabando por se relacionar com os seus filhos, modelando as estratégias parentais dos seus pais, com práticas desajustadas. Estas podem oscilar entre a hostilidade e a passividade e insensibilidade, com atitudes de criticismo exagerado e de desvalorização das emoções transmitidas pelos seus filhos, indefinição de papéis e limites e até negligência e maus tratos. (Newman-Morris V. et al, 2020)

A experiência de se tornar pai/mãe pode ativar memórias traumáticas que possivelmente estavam adormecidas ou contra as quais havia defesa antes do confronto com o bebê real. Este vai funcionar como um gatilho para a lembrança de memórias traumáticas que influenciam a interação e a relação com o bebê. As memórias de infância destas mães/pais, muitas das vezes traumáticas, e o padrão de vinculação com os próprios pais, que é muitas vezes insegura, podem desencadear uma série de ideias, percepções e sentimentos enviesados acerca do bebê e do papel parental. Estas leituras enviesadas são designadas por representações maternas distorcidas, “os fantasmas no quarto do bebê”, por serem intrusões de memória da sua infância, na presença do bebê. (Selma Fraiberg, 1975), (Lebovici et al 1999), (Dayton, C. J. et al, 2010), (Newman-Morris V. et al, 2020)

As representações maternas distorcidas potenciam sentimentos de ambivalência sobre a paternidade e vinculação, uma grande ansiedade e sensação de desamparo, podendo-se manifestar no cuidado por uma menor sensibilidade, subenvolvimento emocional, ou até hostilidade e rejeição do bebê e do papel parental. (Lebovici et al 1999), (Dayton, C. J. et al, 2010), (Newman-Morris V. et al, 2020)

Uma outra capacidade que pode estar alterada em mães/pais com PPB é a capacidade de mentalização materna. Esta é uma forma de atividade mental imaginativa que permite à mãe/pai perceber e interpretar o comportamento do bebê em termos de estados mentais intencionais (gestos, necessidades, sentimentos,...). Está relacionada com a qualidade do cuidado materno e da vinculação ao bebê e mostrou ser um fator de proteção na transmissão intergeracional da vinculação. As mães/pais com esta condição podem ter dificuldades na capacidade de mentalizar, tendo mais probabilidade em hipermentalizar, ou seja, fazer interpretações muito complexas e intrusivas acerca dos estados mentais do bebê. (Fonagy P. et, al, 2011), (Alvarez-Monjarás M. et al, 2019)

Numa fase tão precoce da vida, cabe à mãe/pai serem os representantes do meio envolvente, darem vida às experiências e afetos do bebê, assumindo estes um papel fundamental no desenvolvimento psicoafetivo da criança. A comunicação que existe na díade mãe/filho com a série de trocas entre mãe e bebê vão constituir os processos de modelagem, influenciando-se reciprocamente de forma circular. Se esta interação está comprometida, os bebês vão começar a responder em espelho àquilo que recebem das suas mães/pais. Têm mais tendência a ser retraídos, menos atentos na interação com as suas mães, com afeto deprimido ou irritável. Têm maior probabilidade de desenvolver padrões de interação evitantes com as suas mães/pais, estando descrito que em muitos dos casos irão desenvolver um padrão de vinculação desorganizada com os seus cuidadores. As crianças com este tipo de vinculação demonstram uma falta incoerente de capacidade de usar qualquer estratégia consistente de gerir o sofrimento da separação. Pensa-se que estas crianças tenham tido experiências assustadoras com o cuidador e, portanto, quando procuram conforto ou segurança, ficam num conflito impossível entre procurar cuidado e proteção do cuidador e evitar o mesmo por ser fonte de sofrimento. O padrão de vinculação desorganizado é preditor de comportamentos controladores e alterações graves de comportamento, estando associada à Perturbação de Personalidade Borderline no adulto. (Newman-Morris V. et al, 2020), (Madigan S. et al, 2019)

Como resultado das suas próprias dificuldades na compreensão e gestão dos seus sentimentos e emoções, mães/pais com PBP têm dificuldade em modelar adequadamente estratégias de expressão e controlo das emoções dos seus filhos levando a dificuldades na expressão e regulação emocional nestes. (Madigan S. et al, 2019)

Frequentemente surgem dificuldades na autonomização dos filhos e, à medida que estes vão crescendo, aumenta a probabilidade de uma parentificação dos filhos com sérios riscos para o seu desenvolvimento emocional. (Kluczniok D. et al, 2018).

Está descrito o maior risco de psicopatologia na idade adulta nas crianças filhas de pais com PPB, nomeadamente perturbações internalizantes, (p. ex. Perturbação Depressiva), perturbações externalizantes (Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e Perturbações do Comportamento) e Perturbações de Personalidade, como a PPB. (Newman-Morris V. et al, 2020)

Com apoio especializado é possível prevenir a transmissão intergeracional do padrão relacional, com intervenção individual e na díade mãe-criança. Tendo por base a compreensão da história de vida traumática materna, a intervenção foca-se na relação atual e na experiência da maternidade. Neste processo, é fundamental a colaboração da psiquiatria de adultos na estabilização clínica da perturbação psiquiátrica da mãe. (Ransley R, 2019)

A intervenção na díade pode ser efetuada através de psicoterapia mãe - bebé promotora de uma melhor comunicação mãe-bebé por meio do apoio à observação e reflexão sobre o significado do comportamento do bebé, suas reais necessidades e papel na relação. (Fonagy P. et al 2016), (Newman L. et al, 2008).

## **PAIS PSICÓTICOS: PAIS SUFICIENTEMENTE BONS? ENTRE O ESTIGMA E O PAPEL PARENTAL”**

Com a melhoria da qualidade de vida decorrente da utilização dos novos antipsicóticos, a maioria das mulheres e homens com um diagnóstico de psicose podem aspirar à parentalidade. Pensando no papel da parentalidade na doença mental grave, conclui-se que tem mais aspetos positivos do que negativos para o próprio doente. Os negativos são o medo de falhar e a baixa autoestima na tentativa de preencher o “papel idealizado” de pais competentes, altruístas, protetores e cuidadores. Os positivos estão relacionados com a identidade, o sentido e propósito da vida e o desejo de ter um relacionamento significativo com os seus filhos apesar da doença mental grave e circunstâncias adversas. O sentido da vida está relacionado muitas das vezes com a parentalidade. (Alakus et al. 2007)

A psicose caracteriza-se por alterações da maneira do indivíduo tomar contacto com a realidade, podendo apresentar alterações do pensamento, alterações na perceção dos sentidos, embotamento afetivo e declínio cognitivo. Afeta cerca de 0.5 a 1.5% da população geral, estimando-se que entre 56 a 63% das mulheres com o diagnóstico sejam mães. (Evenson et al., 2008), (Nicholson P., 1998)

Contudo, para quem tem um diagnóstico de doença mental grave, como a psicose, a paternidade é frequentemente associada a desafios intermináveis. As suas capacidade e competência são automaticamente questionadas, afetando o aconselhamento e cuidados desde a pré-concepção ao período perinatal. Ainda no período de gravidez, é frequente sentirem-se julgados por profissionais de saúde, constituindo uma barreira importante para o abandono de cuidados psiquiátricos e obstétricos adequados. Estudos verificaram que as entrevistas clínicas se concentraram nos aspetos negativos de um pai com psicose, nomeadamente as dificuldades em garantir segurança e previsibilidade, comumente atribuída a sintomas paranóides e à falta de capacidade de organizar a vida familiar e às dificuldades em garantir as necessidades da criança. (Tait L. et al. 2005)

Sobre o estigma, este é triplamente amplificado: pela sociedade, pelos profissionais de saúde e pelos próprios pais tanto por causa da doença em si como face a sentimentos de vergonha e culpa pela

dúvida de não serem “pais perfeitos”. Os receios do julgamento e da perda da custódia poderão ter uma base delirante relativamente à crença sobrevalorizada da sociedade sobre os cuidados parentais por parte de um progenitor psicótico como às próprias ambiguidades na comunicação com os serviços de saúde. Tal poderá esbater a relação com os serviços e mascarar sintomas quando é necessário tratá-los. (Alakus et al. 2007) (Lien YJ et al, 2015)

O medo de falhar pode estar presente devido à baixa autoestima e na tentativa de preencher o papel idealizado do bom pai em vez do pai suficientemente bom. Esta idealização está associada ao estigma, culpa, isolamento e preocupações relativas ao impacto da doença nos filhos ou ao medo de poderem perder a guarda parental. A adversidade social crónica, as dificuldades financeiras e laborais são também desafios acrescidos, tal como a frequente falta de fatores protetores como o suporte social e isolamento social, com impacto na própria doença e no suporte à criação dos filhos. (Lien YJ et al, 2015)

A própria sintomatologia psicótica pode implicar que os pais possam ter delírios ou alucinações que envolvam as crianças ou assumirem comportamentos de passividade, podendo ficar menos disponíveis ou desajustados na interação com os seus filhos. As crianças podem não receber o suporte emocional suficiente, contribuindo para que assumam responsabilidades maiores do que às seriam desejáveis para a sua idade, havendo o risco de parentificação. (Ostler e Ackerson, 2009).

O impacto na descendência é mediado por fatores genéticos, epigenéticos, contexto social, e familiar. O risco aumentado de vinculação insegura depende da quantidade e qualidade dos cuidados (sensibilidade, responsividade e envolvimento afetivo), número e tipo de cuidadores. Estudos demonstram um défice interativo (interações menos envolventes, mais distantes, sérias e silenciosas) mediado pela gravidade da doença psicótica e circunstâncias sociais adversas. (Seeman, 2004), (Garety et al. 2005), (Montag et al. 2007), (Fusar-Poli P. et al, 2013), (Schneider F. et al, 2020)

Filhos de pais com psicose estão em maior risco de desenvolver doença mental. (Pierce M. et al, 2020) Ter um dos pais diagnosticado com esquizofrenia resulta num risco aumentado de vir a desenvolver esquizofrenia (em 7%) e um aumento de 55% no risco de desenvolver qualquer condição psiquiátrica, como problemas cognitivos e emocionais, dificuldades de atenção e pior adaptação social ao ambiente académico. (Welham et al. 2009)

Mães com psicose têm um risco aumentado de internamento por novo episódio psicótico e depressão no período pós-parto. Os bebés, filhos de mães com esquizofrenia, constituem um grupo particularmente vulnerável devido a uma complexa interação de fatores genéticos e ambientais. (Nicholson P., 1998), (Perry A. et al, 2021)

A incapacidade transitória de continuidade dos cuidados à criança, durante episódios de descompensação e internamento, assim como o isolamento social constituem fatores de risco. Apesar dos desafios, a maioria dos pais com psicose foi avaliada como suficientemente boa no envolvimento, interesse e no cuidado às crianças. Mais de metade dos internados apresentaram bons resultados, não apresentando qualquer disfunção no cuidado ao bebé e sem necessidade de supervisão pelos serviços sociais. Estes resultados são dependentes da gravidade de doença, funcionamento adaptativo e apoio psicossocial. (Brownell et al. 2015)

Atendendo à complexidade e aos múltiplos desafios inerentes à parentalidade quando um dos pais tem patologia psicótica, preconiza-se uma intervenção abrangente e multidisciplinar, na perspetiva do pai doente, da sua relação com a descendência e do suporte familiar e social. (Brownell et al. 2015), (Lien YJ et al, 2015)

Relativamente à interação dos doentes com os serviços, verificam-se limitações nos cuidados providenciados para auxiliar estes pais. Estudos revelam que são os próprios profissionais de saúde a relatar desconforto, ansiedade e sobrecarga pelo sentido de responsabilidade em manter os bebés seguros. (Lien YJ et al, 2015)

O auxílio passa pelo tratamento dos sintomas de doença, fortalecimento da rede de suporte comunitária e familiar, intervenções breves focadas na interação (que visem aumentar a responsividade, sensibilidade e envolvimento mútuo), guidance acerca das atitudes parentais e grupos multifamiliares de suporte aos pais. A comunicação empática é essencial de forma a fortalecer a relação dos serviços de saúde com os doentes e para diminuir a barreira na procura de cuidados. Estudos demonstram a necessidade de formação, supervisão e suporte dos profissionais de saúde acerca da doença mental grave, tendo como objetivo a consciência do estigma e o seu combate, tal como a colaboração dos serviços facilitará um tratamento integrativo. (Tew et al., 2011), (Frawley E. et al, 2021)

## **PROJETO “PAIS E FILHOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA”**

Tal como exposto anteriormente, as crianças filhas de pais com doença mental constituem um grupo de alto risco de dificuldades emocionais, comportamentais e de psicopatologia em geral, revelando-se crucial a implementação de intervenção atempada nesta população bem como de investigação dos fatores etiológicos e dos fatores de risco implicados.

Assim, foi desenvolvido um projeto de prevenção e promoção da saúde mental infantil e das competências parentais dirigido a este grupo de alto risco, no serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), em parceria com o serviço de Psiquiatria do mesmo hospital. Foi implementada, em 2017, uma consulta específica no âmbito da Primeira Infância, consulta “Pais e Filhos” destinada a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos e 11 meses cujos pais apresentam doença mental grave e são acompanhados na consulta externa de Psiquiatria de Adultos do CHVNG/E. São abrangidos neste projeto os pais com as seguintes doenças mentais graves: psicose, doença bipolar, perturbação de personalidade borderline ou outra doença mental grave com impacto significativo na interação com a criança e na prestação de cuidados. O processo de referenciação à consulta de Pedopsiquiatria - Primeira Infância é realizado pelo psiquiatra responsável pelo seguimento do progenitor.

Para além da prevenção com promoção de competências parentais, também se destaca a possibilidade de identificação precoce de quadros psicopatológicos e/ou relacionais na criança com intervenção especializada ao nível individual da criança ou progenitor, da díade cuidador-criança e, num âmbito mais abrangente, da família e comunidade.

Desde a sua implementação até à atualidade, foram referenciadas e observadas 32 crianças na Consulta “Pais e Filhos”: 50% género masculino com uma idade média de 29 meses (2 meses - 65 meses). Em 26 dos casos, a mãe é o progenitor identificado com doença mental major e em 2 casos, ambos os progenitores tinham doença mental major.

## **CONCLUSÕES**

O desenvolvimento infantil saudável assenta numa relação precoce saudável. Os pais com doença mental encontram frequentemente maiores desafios nesta relação precoce. Desafios na sua parentalidade com risco acrescido de práticas parentais menos ajustadas e interações desadaptativas

são uma realidade. Neste sentido, é essencial procurar estratégias de intervenção abrangente e multidisciplinar focada não só no tratamento individual da psicopatologia parental mas também na promoção da parentalidade, da prevenção e identificação precoce do risco de perturbações da relação e de doença mental na sua descendência.

Projetos no âmbito da promoção e prevenção na área da Primeira Infância como a consulta “Pais e Filhos” no CHVNG/E são uma mais-valia para a proteção e promoção do desenvolvimento psicoafetivo saudável das crianças filhas de pais com doença mental. Apesar da complexidade e dos múltiplos desafios inerentes à parentalidade neste grupo de alto risco, é fundamental devolver-lhes um fio condutor ao seu crescimento enquanto pais e filhos.

## REFERÊNCIAS

Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Org.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.317 – 346). Lisboa: Fim de Século.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Org.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17 – 49). Coimbra: Quarteto.

Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A (2005) Transposição para a parentalidade – Compreensão segundo Freud. In I. Leal (Org.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.225 – 256). Lisboa: Fim de Século.

Lopes, R. C. S., Prochnow, L. P., & Piccinini, C. A. A. (2010). Relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 295-304.

Kazemi A, Ghaedrahmati M, Kheirabadi G. Partner's emotional reaction to pregnancy mediates the relationship between pregnancy planning and prenatal mental health. *BMC Pregnancy Childbirth*.

Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*. 2010 Jun;26(3):357-66. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.006. Epub 2008 Sep 9. PMID: 18783860.

Guedes M, Canavarro MC. Risk Knowledge and Psychological Distress During Pregnancy Among Primiparous Women of Advanced Age and Their Partners. *J Midwifery Womens Health*. 2014 Sep-Oct;59(5):483-93. doi: 10.1111/jmwh.12205. Epub 2014 Sep 5. PMID: 25196229.

Alves S, Fonseca A, Canavarro MC, Pereira M. Dyadic coping and dyadic adjustment in couples with women with high depressive symptoms during pregnancy. *J Reprod Infant Psychol*. 2018 Nov;36(5):504-518. doi: 10.1080/02646838.2018.1490496. Epub 2018 Aug 1. PMID: 30068221.

Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *Am J Psychiatry*. 2016 Dec 1;173(12):1179-1188. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16040454. Epub 2016 Sep 9. PMID: 27609245.

Rodriguez-Cabezas L, Clark C. Psychiatric Emergencies in Pregnancy and Postpartum. *Clin Obstet Gynecol*. 2018 Sep;61(3):615-627. doi: 10.1097/GRF.0000000000000377. PMID: 29794819; PMCID: PMC6143388.

Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1989) *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Portugal: Terramar.

Camarneiro, A. P. (2011). Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia Lisboa.

Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2010). Padrões de vinculação pré-natal. Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o segundo trimestre de gestação na região Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.

Rost F, Luyten P, Fonagy P. The Anaclitic-Introjective Depression Assessment: Development and preliminary validity of an observer-rated measure. *Clin Psychol Psychother*. 2018 Mar;25(2):195-209. doi: 10.1002/cpp.2153. Epub 2017 Oct 23. PMID: 29057596.

Sliwinski A, et al. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* (2020) 17, 2675.

Graham KA, et al. Effects of maternal depression in the Still-Face Paradigm: A meta-analysis. *Infant Behavior and Development* 50 (2018) 154–164.

Lai YH, Carr S. A Critical Exploration of Child-Parent Attachment as a Contextual Construct. *Behav Sci (Basel)*. 2018 Dec 11;8(12):112. doi: 10.3390/bs8120112. PMID: 30544893; PMCID: PMC6315501.

Barnes J, Theule J. Maternal depression and infant attachment security: A metaanalysis. *Infant Ment Health J* 2019;1–16.

Field T. Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behavior & Development* 34 (2011) 1–14.

Hakanen, H. et al. How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? *Journal of Affective Disorders* 257 (2019) 83–90.

Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016 Jan;77:153-66.

Goodman JH. Perinatal depression and infant mental health. *Archives of Psychiatric Nursing* 33 (2019) 217–224.

Geerling I, Roberts RM, Sved Williams A. Impact of infant crying on mothers with a diagnosis of borderline personality disorder: A qualitative study. *Infant Ment Health J*. 2019 May;40(3):405-421

Newman-Morris V, Simpson K, Gray KM, Perry N, Dunlop A, Newman LK. Evaluation of early relational disturbance in high-risk populations: Borderline personality disorder features, maternal mental state, and observed interaction. *Infant Ment Health J*. 2020 Nov;41(6):793-810

Lebovici, Serge; Golse, B. *Éléments de la psychopathologie du bébé*. Paris: Éres, 1999. (Collection L'aube de la vie).

Dayton, C. J., Levendosky, A. A., Davison, W. S., & Bogat, G. A. (2010). The child as held in the mind of the mother: The influence of prenatal maternal representations on parenting behaviors. *Infant Mental Health Journal* 31(2), 220-241.

Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Ment Health J*. 2011 Jan;32(1):47-69.

- Alvarez-Monjarás, M., McMahon, T. J., & Suchman, N. E. (2019). Does maternal reflective functioning mediate associations between representations of caregiving with maternal sensitivity in a high-risk sample? *Psychoanalytic Psychology*, 36(1), 82–92
- Madigan, S., Cyr, C. et al. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 31(1), 23-51.
- Kluczniok, D., Boedeker, K., et al. (2018). Emotional availability in mothers with borderline personality disorder and mothers with remitted major depression is differently associated with psychopathology among school-aged children. *Journal of Affective Disorders*, 231, 63–73.
- Fonagy p, Slead m, Baradon t. Randomized controlled trial of parent-infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant ment health j*. 2016 mar-apr;37(2):97-114.
- Ransley R, Fonagy P. "What support would you find helpful?" The relationship between treatment expectations, therapeutic engagement, and clinical outcomes in parent-infant psychotherapy. *Infant Ment Health J*. 2019 Jul;40(4):557-572
- Newman, L., & Stevenson, C. (2008). Issues in Infant—Parent Psychotherapy for Mothers with Borderline Personality Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 505–514.
- Alakus C, Conwell R, Gilbert M, Buist A, Castle D. The Needs of Parents with a Mental Illness Who Have Young Children: an Australian Perspective On Service Delivery Options. *International Journal of Social Psychiatry*. 2007;53(4):333-339.
- Evenson, E., Rhodes, J., Feigenbaum, J., & Solly, A. (2008). The experiences of fathers with psychosis. *Journal of Mental Health*, 17(6), 629–642
- Nicolson, P. (1999). Loss, happiness and postpartum depression: The ultimate paradox. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 40(2), 162–178.
- Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I. Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sci*. 2021 Jan 4;11(1):47. doi: 10.3390/brainsci11010047. PMID: 33406713; PMCID: PMC7824357.
- Tait, L., & Lester, H. (2005). First episode psychosis in primary care: A survey of general practitioners' knowledge, attitudes and needs. Abstract from Society for Academic Primary Care.
- Erik Evenson, John Rhodes, Janet Feigenbaum & Anna Solly (2008) The experiences of fathers with psychosis, *Journal of Mental Health*, 17:6, 629-642, DOI: 10.1080/09638230701506259
- Seeman MV. Relational ethics: when mothers suffer from psychosis. *Arch Womens Ment Health*. 2004 Jul;7(3):201-10. doi: 10.1007/s00737-004-0054-8.
- Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler DG, Kuipers E, Dudley R. Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *J Abnorm Psychol*. 2005 Aug;114(3):373-384. doi: 10.1037/0021-843X.114.3.373. PMID: 16117574.
- Montag C, Brandt L, Lehmann A, De Millas W, Falkai P, Gaebel W, Hasan A, Hellmich M, Janssen B, Juckel G, Karow A, Klosterkötter J, Lambert M, Maier W, Müller H, Pützfeld V, Schneider F, et al, Cognitive and emotional empathy in individuals at clinical high risk of psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2020 Jul;142(1):40-51. doi: 10.1111/acps.13178. Epub 2020 May 12. PMID: 32339254.
- Fusar-Poli P. et al, The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*. 2013 Jan;70(1):107-20. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.269. PMID: 23165428; PMCID: PMC4356506.



Pierce M, Hope HF, Kolade A, Gellatly J, Osam CS, Perchard R, Kosidou K, Dalman C, Morgan V, Di Prinzio P, Abel KM. Effects of parental mental illness on children's physical health: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2020 Jul;217(1):354-363. doi: 10.1192/bjp.2019.216. PMID: 31610824.

Joy Welham, Matti Isohanni, Peter Jones, John McGrath, The Antecedents of Schizophrenia: A Review of Birth Cohort Studies, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 35, Issue 3, May 2009, Pages 603–623, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn084>

Brownell T, Schrank B, Jakaite Z, Larkin C, Slade M. Mental health service user experience of positive psychotherapy. *J Clin Psychol*. 2015 Jan;71(1):85-92. doi: 10.1002/jclp.22118. Epub 2014 Sep 30.

Lien YJ, Kao YC, Liu YP, Chang HA, Tzeng NS, Lu CW, Lin SJ, Loh CH. Relationships of perceived public stigma of mental illness and psychosis-like experiences in a non-clinical population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Feb;50(2):289-98. doi: 10.1007/s00127-014-0929-6. Epub 2014 Jul 23. PMID: 25053149. PMID: 25270758.

Frawley, E., Cowman, M., Lepage, M., & Donohoe, G. (2021). Social and occupational recovery in early psychosis: A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions. *Psychological Medicine*, 1-12. doi:10.1017/S003329172100341X

## **ICCA2022-66859 - Persistent cough: a diagnosis to bear in mind**

Diana H. Silva<sup>1</sup>, Raquel Branco<sup>1</sup>, Inês Oliveira<sup>1</sup>, Estela Veiga<sup>1</sup>, Teresa Gouveia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pediatria de Setúbal, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (PORTUGAL)*  
*dianahdasilva@gmail.com*

### **Abstract**

Cough is a frequent symptom in pediatric patients. Being able to distinguish between organic and psychosomatic causes may be challenging as it may imply a thorough investigation.

We present the case of a teenager with a 4-weeks-long dry persistent cough that was later diagnosed with Psychogenic Cough. This case report illustrates how hard it can be to distinguish between organic and psychosomatic causes.

Keywords: teenager; psychogenic cough; somatic cough disorder; persistent cough; family history.

### **INTRODUCTION:**

Cough is a frequent symptom in pediatric patients. Being able to distinguish between organic and psychosomatic causes may be challenging as it may imply a thorough investigation. This includes gathering information not only about personal and family history, but also about the symptoms evolution and therapeutic outcomes.

We present the case of a teenager with a 4-weeks-long dry persistent cough, that illustrates how hard it can be to distinguish between organic and psychosomatic causes.

### **CASE REPORT:**

A 12-years-old male, with a history of an anxiety disorder since the beginning of the COVID pandemic, was admitted at the hospital due to persistent cough. He had no other relevant background.

He had had a mononucleosis diagnosis two weeks before the cough started, which led to follow-up in the Pediatrics out-patient clinic. During this follow-up, he started persistent dry cough, that

disappeared while sleeping. Also complained of hypothermia, and foreign body feeling in the neck. He denied any other symptoms, such as dyspnea, weight loss, nocturnal sweating and gastroesophageal like-symptoms. Patients' physical examination had no remarks.

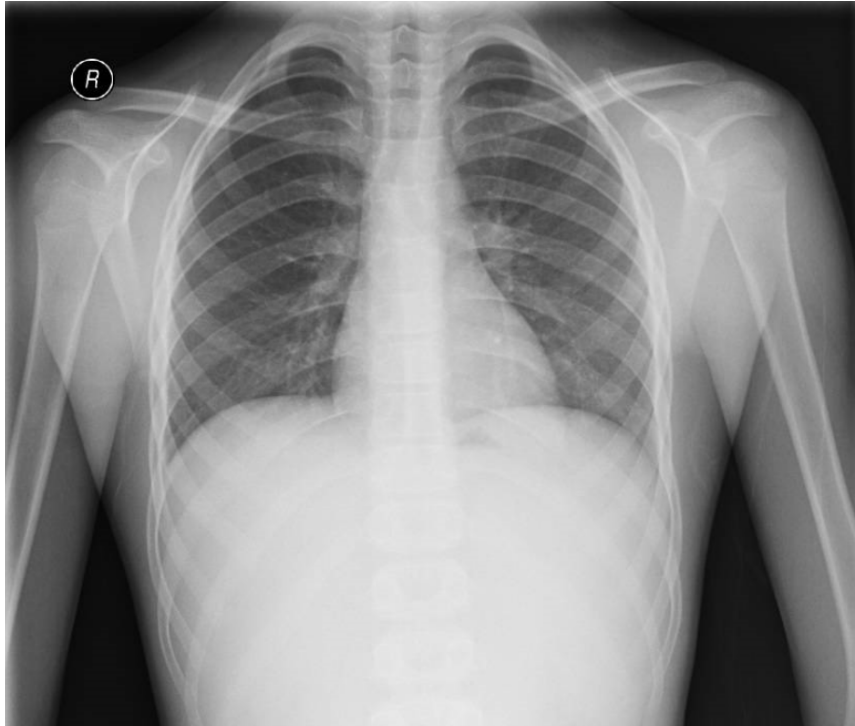
Relevant family history included: mother with depression, father with anxiety and personality disorders and brother with psychosis that had led to multiple hospital admissions.

Considering a *Mycoplasma* infection, he was first treated with oral azithromycin (10 mg/kg/day) for 5 days, without clinical improvement. Afterwards, thinking about an atopic etiology, started the following treatments: salbutamol inhaler (500 mcg, 6 times/day, ipratropium bromide inhaler (80 mcg, 3 times/day), beclomethasone inhaler (250 mcg, twice/day), hydroxyzine (25 mg, 3 times/day) and prednisolone (1 mg/Kg/day, twice/day) for 5 days, also without clinical improvement. Later, he started esomeprazole 20 mg/day an oral association of codeine 2,22 mg/ml and phenyltoloxamine 0,733 mg/ml (5ml twice/day).

Due to the persistence and severity of the cough, he was admitted for investigation. Laboratory studies, including thyroid function and allergy screening tests, did not reveal any abnormalities [WBC 5.900/ $\mu$ L, with 41.9% (2.500) neutrophils, 45.9% (2.710/uL) lymphocytes and 0.2% (12) eosinophils, platelet count 229.000/uL and C-reactive protein <0.02 mg/dL. D-Dimer 401,0 ng/mL; Total IgE 41 kU/L and negative Phadiatop tests]. Smear blood test showed no abnormalities as well.

A respiratory panel (real-time PCR/FilmArray) was also performed to exclude some of the most common respiratory agents (including *Adenovirus*, *Coronavirus 229E*, HKU1, NL63, MERS and OC43, *Human Metapneumovirus*, *Rhinovirus/Enterovirus*, *Influenza Virus A/B*, *Parainfluenza Virus 1/2/3/4*, *Respiratory Syncytial Virus*, *Bordetella parapertussis* and *pertussis*, *Chlamydia pneumoniae* and *M. pneumoniae*), which was negative. Serological tests to *SARS-COV*, *Herpes simplex virus* (HSV) 1/2, HIV, *Cytomegalovirus*, *Varicella zoster virus* (VZV) and *Mycoplasma pneumoniae*, were negative for acute infection. Also, the tuberculin skin test was negative and both chest x-ray (Fig.1) and cervical ultrasound showed no abnormalities.

**Figure 1 – Chest x-ray on the day of the admission.**



The rhino-pharyngo-laryngeal fibroscopy and Otorhinolaryngology assessment, showed no remarks, once more.

A week after being admitted, considering not only organic causes, but also psychosomatic causes, he was assessed by a Psychologist that also raised concerns about his mental health. That same day, the patient had another persistent and exuberant cough episode. Nebulization with an isotonic saline solution (Sodium Chloride 0.9%) was tried, with significant clinical improvement.

Considering a Psychogenic Cough, he was started on psychotherapy and referred to Psychiatry. After a week of psychotherapy, the cough stopped completely.

## **DISCUSSION:**

Diagnosing a Psychogenic Cough (also known as Somatic Cough Disorder)<sup>1</sup> tends to be challenging. Clinical symptoms include an exuberant, repetitive and persistent cough.<sup>1</sup> This persistent cough may lead to high levels of anxiety, decreasing both patient and patient's family quality of life.<sup>2</sup> However, this type of cough always stops while the patient is sleeping.

Considering DSM-5, in order for this diagnosis to be made, the patient needs to have one or more somatic symptoms that are distressing or result in significant disruption to daily life. There may be disproportionate and persistent thoughts about the seriousness of the symptoms, high levels of anxiety about symptoms or excessive time and energy devoted to the symptoms.<sup>2</sup> Our patient fulfilled this description entirely.

Regardless, Psychogenic Cough is an uncommon diagnosis that should only be considered after several differential diagnoses have been excluded<sup>1,3</sup>, including multiples causes of pediatric chronic cough.<sup>4</sup> This extensive investigation increases patients' anxiety and frustration while waiting for tests results and also the patient' care costs.

A thorough evaluation of the family, personal and social histories may reveal important clues to the diagnosis.

When this diagnosis is made, therapies such as behavioral therapy or referral to a psychologist and/or psychiatrist are recommended. <sup>1,2</sup>

This case report illustrates the wide investigation and therapeutic approach that making this diagnosis involves. It is important to bear in mind how difficult it may be to manage these cases. And also, that the prompt recognition of this condition may avoid an even bigger impact on the patient's life.

## REFERENCES:

1. Vertigan AE, Murad MH, Pringsheim T, et al. Somatic Cough Syndrome (Previously Referred to as Psychogenic Cough) and Tic Cough (Previously Referred to as Habit Cough) in Adults and Children: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2015;148(1):24-31. doi:10.1378/chest.15-0423
2. Vertigan AE. Somatic cough syndrome or psychogenic cough-what is the difference?. *J Thorac Dis*. 2017;9(3):831-838. doi:10.21037/jtd.2017.03.119
3. Miles W, Mutasim A. Pseudo-asthma: When Cough, Wheezing, and Dyspnea Are Not Asthma. *Pediatrics* October 2007; 120 (4): 855–864. Doi: 10.1542/peds.2007-0078
4. Chang AB, Oppenheimer JJ, Irwin RS. CHEST Expert Cough Panel. Managing Chronic Cough as a Symptom in Children and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2020 Jul;158(1):303-329. Doi: 10.1016/j.chest.2020.01.042.

## ICCA2022-71075 - Regulação emocional e competências sociais em crianças e jovens institucionalizadas

Ana Gaspar<sup>1</sup>, Tânia Pinto<sup>1</sup>, Rosina Fernandes<sup>2</sup>, Emília Martins<sup>2</sup> & Francisco Mendes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Técnica Superior de Educação Social (Portugal)

<sup>2</sup>ESEV e CI&DEI - Instituto Politécnico de Viseu (Portugal)

rosina@esev.ipv.pt

### Resumo

As situações de risco na infância e juventude caracterizam-se, frequentemente, pela omissão na satisfação de necessidades físicas e socioemocionais, com impacto no desenvolvimento das crianças e jovens. A institucionalização surge como uma medida de proteção, assumindo um papel fundamental na promoção da regulação emocional e desenvolvimento de competências sociais. Procurou-se, neste estudo quantitativo, não experimental e exploratório, avaliar a qualidade da regulação emocional e o domínio de habilidades sociais em crianças e jovens institucionalizadas. A amostra, de conveniência, incluiu 24 participantes, a frequentar o 2º ciclo (50%) e secundário (41.7%), com idades entre os 10 e os 21 anos (15.63±2.20), institucionalizadas em casa de acolhimento residencial para crianças e jovens do género feminino. Procedeu-se à constituição de dois grupos etários (ponto de corte 16 anos) para as comparações a efetuar. Preencheram a versão portuguesa do *Emotion Regulation Index for Children and Adolescents* (ERICA). O Questionário de Habilidades de Interação Social, para avaliação de competências sociais, foi preenchido pelas educadoras responsáveis pelas 24 crianças e jovens. Na análise de dados, recorreu-se ao SPSS – IBM 27, assumindo-se um grau de confiança de 95% na interpretação dos resultados dos testes não paramétricos utilizados. Na generalidade, as crianças/jovens apresentaram uma regulação emocional adaptativa e funcional, ainda que com valores moderados (3.20±0.52) atendendo à escala de 1 a 5 do instrumento. Destacou-se, pela negativa, a subescala do Controlo Emocional (2.96±0.68) e, pela positiva, porque próxima do nível elevado, a subescala da Responsabilidade Emocional (3.93 ±0.79). No que se refere às habilidades de interação social, na perspetiva das educadoras, as crianças/jovens apresentaram um nível moderado de competência social (3.09±0.33), numa escala de

resposta de 1 a 5, com melhores resultados nas Habilidades de Conversação (3.29 ±0.34). Por sua vez, as subescalas de Resolução de Problemas e Habilidades Sociais Básicas destacaram-se pela negativa (2.78±0.46 e 2.88±0.42, respetivamente). Não se verificaram diferenças na regulação emocional e competências sociais em função da idade ou do nível de escolaridade. Nesta última, excetua-se a subescala da Assertividade (p=.04), favorável às mais velhas. A regulação emocional mostrou-se positivamente correlacionada com as competências sociais ( $r_s=.48$ ,  $p=.015$ ) e respetivas subescalas de Assertividade ( $r_s=.49$ ,  $p=.013$ ) e Habilidades de Conversação ( $r_s=.53$ ,  $p=.007$ ); esta, por sua vez, correlacionou-se com as dimensões da escala de regulação emocional, Controlo Emocional ( $r_s=.42$ ,  $p=.041$ ) e Autoconsciência Emocional ( $r_s=.47$ ,  $p=.021$ ). A atenção e adoção de estratégias promotoras e reparadoras ao nível do desenvolvimento socioemocional deve assumir-se como uma preocupação central, a par da garantia da satisfação de necessidades de cuidado básicas, pelos profissionais das instituições de acolhimento, sobretudo nas competências menos desenvolvidas. Potenciar a regulação emocional destas crianças e jovens em risco terá efeitos no desenvolvimento de competências sociais, essenciais para a vida em sociedade, rompendo com padrões disfuncionais de relacionamento que, frequentemente, caracterizam as experiências precoces desta população. Palavras-chave: Regulação emocional, Competências sociais, Institucionalização, Crianças/jovens.

### Abstract

Risk situations in childhood and youth are often characterized by the failure in meeting physical and socio-emotional needs with an impact on children and young people development. Institutionalization emerges as a measure of promotion and protection, with a fundamental role in promoting emotional regulation and the development of social skills. This quantitative, non-experimental and exploratory study aimed to assess the quality of emotional regulation and the mastery of social skills in institutionalized children and young people. The sample was selected by convenience and included 24 participants, between 10 and 21 years old (15.63±2.20), institutionalized in a residential care home for female children and young people. Two age groups were organized (cutoff point 16 years) for comparisons to be made. Most attended the 2nd cycle (50%) and secondary (41.7%). They completed the Portuguese version of the Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA). The Social Skills Assessment Questionnaire was completed by professionals who accompanied the 24 children and youth. In the data analysis, SPSS – IBM 27 was used, with a confidence level of 95% in the interpretation of the non-parametric tests used. In general, children/young people showed an adaptive emotional regulation, albeit with moderate values (3.20±0.52) according to the instrument scale from 1 to 5. The Emotional Control subscale (2.96±0.68) stood out on the negative side, and the Emotional Responsibility subscale (3.93±0.79) on the positive side, as it was close to a high level. With regard to social interaction skills, from the perspective of the professionals, children/young people showed a moderate level of social competence (3.09±0.33), on a scale from 1 to 5, with better results in Conversation Skills (3.29 ±0.34). In turn, the Problem Solving and Basic Social Skills subscales were negative (2.78 ±0.46 and 2.88 ±0.42, respectively). There were no age differences or differences in terms of education level, in emotional regulation and social skills. In the latter, the Assertiveness subscale showed statistically significant differences (p=.04) as a function of age, favorable to the older ones. Emotional regulation was positively correlated with social skills ( $r_s=.48$ ,  $p=.015$ ) and respective subscales of Assertiveness ( $r_s=.49$ ,  $p=.013$ ) and Conversation Skills ( $r_s=.53$ ,  $p=.007$ ); this, in turn, correlated with the dimensions of the emotional regulation scale, Emotional Control ( $r_s=.42$ ,  $p=.041$ ) and Emotional Self-Awareness ( $r_s=.47$ ,  $p=.021$ ). The attention and adoption of promoting and restorative strategies in terms of socio-emotional development must be assumed as a central concern, alongside the guarantee of basic care needs, by the professionals of these institutions, especially concerning the less developed skills we found in our study. Boosting the emotional regulation of these children and young people at risk will have effects on the development of essential social skills for future adult life in society, breaking with dysfunctional patterns of relationships that often characterize the early experiences of this population.

Keywords: Emotional regulation, Social skills, Institutionalization, children/young people.

### INTRODUÇÃO

As situações de risco (iminência de perigo) e perigo (efetivação da ameaça) na infância e juventude comprometem o processo de desenvolvimento das crianças e jovens a todos os níveis (Biçakçi, 2016), sendo que o impacto no desenvolvimento socioemocional é frequentemente significativo (Harms et al., 2019) e acarreta implicações sérias para a vida adulta e inclusão plena na sociedade (Heikin et al., 2019). A literatura aponta efeitos nefastos dos maus-tratos na percepção, reconhecimento e atenção emocional, bem como na expressão de emoções e regulação de emoções

negativas e stress, ao que acresce a dificuldade no processamento do reconhecimento/apreço (Harms et al., 2019). Também o desenvolvimento social e respetivos processos de estabelecimento de relações ajustadas com adultos e pares, adoção de valores e normas no seio de grupos, assumindo um papel produtivo na sociedade, são frequentemente comprometidos nestas crianças e jovens (Safeguarding Children Partnership Board, 2019).

Neste contexto, a institucionalização em casa de acolhimento residencial (AR), enquanto medida de promoção e proteção, prevista na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo - LPCJP (Lei n.º 147/99, de 1/9, alterada pela Lei n.º 142/2015, de 8/9), e quando adequada, assume um papel fundamental na superação daquela ameaça (papel preventivo) ou na diminuição das consequências do perigo (função remediativa). Com efeito, pode constituir-se como forma de compensação de lacunas no processo de desenvolvimento, onde se inclui a promoção da regulação emocional e desenvolvimento de competências sociais, a par da satisfação de outras necessidades.

Pela importância que estas competências assumem no contexto do desenvolvimento, torna-se fundamental a monitorização permanente do efeito das intervenções neste domínio. Assim, o estudo aqui apresentado visa avaliar a qualidade da regulação emocional e o domínio de habilidades sociais em crianças e jovens femininas institucionalizadas em casa de acolhimento residencial da zona Centro de Portugal.

## **1. CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO E INSTITUCIONALIZAÇÃO**

O perigo verifica-se na confluência de várias situações de risco numa mesma criança ou jovem, podendo assumir várias manifestações, incluindo o abandono, negligência e outras formas de maus-tratos físicos e socioemocionais (Chatterjee & Jyoti, 2018). Para que se eliminem as situações de perigo existentes e se promovam os direitos das crianças/jovens, a LPCJP apresenta diferentes medidas de promoção e proteção, em meio natural e de colocação, que podem ser aplicadas pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) ou pelos Tribunais. Inserido nas medidas de colocação, o acolhimento residencial, é entendido como um dos últimos recursos, antes da adoção, quando todas as medidas anteriormente previstas se mostraram inadequadas/insuficientes para eliminar a situação de perigo. O objetivo essencial que se pretende com o acolhimento residencial é assegurar que a criança/jovem possa desenvolver-se de forma ajustada, a todos os níveis, enquanto a família não apresenta as condições necessárias para garantir este direito (Delgado et al., 2019).

Resende et al. (2019) apontam dificuldades no processo de desenvolvimento e aumento da probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, verificados em vários estudos, em crianças e jovens institucionalizados, nomeadamente: desenvolvimento de atribuições depreciativas e de autodesvalorização (baixa autoestima e autoconceito), desregulação do humor, irritabilidade, dificuldades na gestão da frustração e autocontrolo, ansiedade, comportamentos desadequados ou disruptivos, dificuldades de concentração, vulnerabilidade cognitiva, défice na autonomia, dificuldade na socialização e interação social, fracas capacidades de regulação emocional, maior probabilidade de consumo de substâncias psicoativas, entre outras problemáticas. Destaca-se aqui um conjunto de impactos no desenvolvimento socioemocional das crianças e jovens em acolhimento residencial, com repercussões no futuro.

## **2. INSTITUCIONALIZAÇÃO E DIFICULDADES DE NATUREZA SOCIOEMOCIONAL**

As competências pessoais, que incluem aspetos de natureza emocional, encontram-se relacionadas com o carácter da criança, a baixa dependência dos adultos, a empatia, o humor, entre outras. Por outro lado, entre as competências sociais encontram-se a assertividade, a capacidade de justificar as próprias ações, de se integrar num grupo, de participar em discussões ou de mostrar interesse pelos outros (Gonçalves, 2020).

De acordo com Pereira (2020), no decorrer da adolescência, o processo de formação de identidade e de desenvolvimento de competências pessoais e sociais está dependente do ambiente social em que os jovens se inserem. No que se refere ao desenvolvimento emocional, tal como afirmam García e Contreras (2020), a baixa autoestima é uma problemática frequente na adolescência, visto que nesta fase conturbada os adolescentes tendem a fazer julgamentos de autoavaliação, com base nas conversas ocorridas em contextos como a família e o grupo de pares, que desempenham um papel crítico na sua adaptação e qualidade de vida.

Em crianças e jovens institucionalizados, estas dificuldades ampliam-se, verificando-se diminuição acentuada dos níveis de autoestima e ainda dificuldades em gerir emoções pois, como referem Méndez et al. (2019), a perda total das figuras parentais e os problemas vividos na família afetam tanto o comportamento como o estado emocional. Na mesma linha de pensamento, Valdez et al. (2018) afirmam que as crianças e adolescentes que não regulam corretamente as suas emoções são mais propensas a apresentarem sequelas psicológicas negativas graves. Os mesmos autores referem, ainda, consequências a curto e longo prazo da desregulação emocional. Nos prejuízos visíveis a curto prazo, é previsível o desenvolvimento de ansiedade, deterioração cognitiva e défice de competências sociais. Neste sentido, verifica-se uma relação entre aspetos de natureza emocional e habilidades sociais. Por sua vez, no que concerne às sequelas a longo prazo, identifica-se o aumento do risco de desenvolvimento de ansiedade, depressão, comportamento alimentar disfuncional, comportamentos agressivos, personalidade limite (explosivo), etc.

A organização *Safeguarding Children Partnership Board* (2019) apresenta uma síntese dos resultados evidenciados na literatura sobre jovens vítimas de maus-tratos, institucionalizados, no âmbito das suas competências sociais e da regulação emocional que, de acordo com Singh (2022), se refere à capacidade de reconhecimento do estado emocional próprio e dos outros e utilização de estratégias para modular a resposta emocional. A referida Organização aponta problemas de natureza emocional e comportamental nestes jovens institucionalizados, que incluem ansiedade, depressão, agressividade, impulsividade, comportamento antissocial e perturbações de conduta. Acrescem a falta de capacidade para lidar com emoções intensas, labilidade emocional e mudanças repentinas de humor, com impacto na formação de uma identidade positiva, promovendo uma pobre autoimagem e baixa autoestima. Daqui decorre desconfiança em relação ao futuro, expectativas de insucesso na vida adulta, falta de objetivos (ou irrealistas) e de estratégias para os atingir. No que se refere às competências sociais, verificam-se dificuldades em manter relações com os pares, isolamento social ou excessiva dependência dos pares (ex. adoção de normas e comportamentos menos ajustados para conseguir aceitação), ambivalência nas relações, desconfiança e dificuldade em estabelecer relações com adultos, atraso no desenvolvimento moral e pouca preocupação com os outros, bem como dificuldade em cumprir normas sociais.

Em síntese, estas problemáticas relacionam-se com défices nas competências sociais característicos nesta população, onde se integra, ainda, a dimensão do autocontrolo e gestão da frustração. A falta de autocontrolo encontra-se associada a um abrangente conjunto de problemas que marcam a

sociedade contemporânea, tais como violência doméstica, comportamentos de risco, crime, insucesso escolar ou profissional e diversos problemas de saúde física e mental (Fonseca et al., 2017). Segundo a literatura, esse padrão de comportamento, quando não sofre qualquer intervenção, adquirir-se-á cedo na infância e permanecerá para o resto da vida, isto é, há uma consistência temporal, que remete para a necessidade de que as intervenções destinadas a promover o desenvolvimento do autocontrolo, para serem bem-sucedidas, terão de ocorrer antes do fim da infância, como forma de evitar prejuízos na vida adulta. Assim sendo, de acordo Gaspar e Matos (2015), um desenvolvimento positivo e saudável potencia a mudança de comportamento, de crenças e atitudes resultando de uma influência global das relações entre o indivíduo e os diferentes fatores (biológicos, psicológicos, familiares, comunidade, entre outros) e, neste âmbito, o papel das casas de acolhimento residencial revela-se crucial.

### **3. INSTITUCIONALIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SOCIOEMOCIONAL**

O artigo 27.º da Convenção dos Direitos da Criança (Organização das Nações Unidas, 1989) define que todas as crianças devem ter o “direito a um nível de vida suficiente, de forma a permitir o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social”. Ou seja, é um dever criar oportunidades de participação das crianças e jovens na vida cultural, artística, recreativa e de lazer, que promovam o seu desenvolvimento integral.

Segundo Resende et al. (2019), crianças e jovens institucionalizadas, devido ao afastamento e/ou abandono face à família, têm tendência a desenvolver transtornos depressivos, de comportamento e humor, como vimos anteriormente. Assim, torna-se evidente a importância e urgência de promover o bem-estar integral deste público, sendo que as atividades físicas/desportivas constituem um método preponderante para o alcance deste objetivo. Com efeito, as atividades físicas/desportivas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), apresentam benefícios para as crianças e adolescentes, não só a nível físico, como social e emocional. Quando se trata de jovens em situação de vulnerabilidade (como é o caso das crianças e jovens institucionalizadas), entre os benefícios podemos destacar a redução da ansiedade, tensão e depressão, além de aumentar a autoestima, bem-estar e humor (Meireles et al., 2020). Neste contexto, a intervenção nas casas de acolhimento residencial pode passar ainda pela dinamização de atividades culturais e artísticas promotoras de integração social e sensibilidade (Lopes & Berclaz, 2019). Também no que concerne à dimensão lúdica, que se sabe é intrínseca à educação, podemos apontar os benefícios das atividades dinamizadas em contexto institucional. Tem-se claro que a arte se constitui como um elemento indispensável ao estímulo do desenvolvimento da dimensão lúdica da criança, favorecendo a sua criatividade e a imaginação (Oliveira & Gonçalves, 2018), com efeitos não só ao nível socioemocional, mas também importantes no domínio cognitivo.

Independentemente das estratégias de intervenção utilizadas, cabe às instituições assegurarem uma avaliação diagnóstica atempada destas dimensões, por forma a delinearem a intervenção ajustada e precoce que permita prevenir e lidar com os problemas associados às dificuldades na regulação emocional e nas habilidades de relacionamento social, com impacto no futuro destes jovens.

### **4. METODOLOGIA**



Desenvolveu-se um estudo quantitativo, não experimental e exploratório, que permitiu avaliar a regulação emocional e as competências sociais de crianças e jovens em situação de acolhimento residencial.

#### 4.1. Participantes

A amostra, de conveniência, é constituída por 24 participantes, do género feminino, atendendo ao tipo de instituição em causa. A média de idades corresponde a  $15.63 \pm 2.20$  anos, com mínimo de 10 e máximo de 21 anos. Na Tabela 1, encontram-se os dados de caracterização relativos à idade e ano de escolaridade frequentado.

**Tabela 1. Caracterização da amostra**

Características		N	%
Idade	Mais novas ( $\leq 16$ anos)	17	70.8
	Mais velhas ( $> 16$ anos)	7	29.2
Escolaridade e	1º ciclo	1	4.2
	2º ciclo	1	4.2
	3º ciclo	12	50.0
	Secundário	10	41.7
	Total	24	100

#### 4.2. Variáveis

Nesta investigação, a regulação emocional e as competências sociais foram as variáveis dependentes estudadas, operacionalizadas através da pontuação obtida, respetivamente, no Questionário Emotion Regulation Index For Children and Adolescents (ERICA) e no Questionário Habilidades de Interação Social (QHIS). A idade em dois grupos (mais novas e mais velhas), com ponto de corte obtido pela mediana, e o ano de escolaridade frequentado, organizado em dois grupos (1º, 2º e 3º ciclos vs. secundário) foram as variáveis independentes.

#### 4.3. Procedimentos

A recolha dos dados foi realizada em fevereiro de 2021, em local conveniente e escolhido pela direção técnica, após os procedimentos éticos de solicitação de autorização aos autores dos instrumentos e aos responsáveis e técnicos da instituição de acolhimento residencial abrangida pelo estudo.

#### 4.4. Instrumentos

Na recolha de dados, utilizaram-se a versão portuguesa do Questionário Emotion Regulation Index For children and Adolescents – ERICA (MacDermott et al., 2010), adaptada e validada por Reverendo (2011) e o Questionário de Habilidades de Interação Social (QHIS) de Casares (2012), versão portuguesa de Garcês (2018).

O primeiro é uma medida de autorrelato que avalia a qualidade da regulação emocional em crianças e adolescentes (9 aos 16 anos), constituída por 16 itens e 3 subescalas: Controlo Emocional, Autoconsciência Emocional e Responsividade Situacional. A cotação refere-se à pontuação obtida

numa escala de *Likert* de concordância (de discordo totalmente – 1 a concordo totalmente - 5), em que valores mais elevados representam uma regulação emocional mais adaptativa e funcional. A autora obteve valores razoáveis de consistência interna, através do *alpha de Cronbach*.

O QHIS é destinado a crianças e jovens, desde o pré-escolar até ao ensino secundário, podendo, ainda, adaptar-se a indivíduos com idades e características distintas no domínio da Competência Social, sendo respondido através de uma escala de *Likert* (1 – nunca, 2 - quase nunca, 3 - muitas vezes, 4 - quase sempre, 5 – sempre). Uma pontuação alta indica um nível elevado de competências sociais. Este instrumento existe, também, numa versão de heteroavaliação, destinada ao professor ou outro adulto.

#### 4.5. Técnicas estatísticas e grau de confiança

Para a análise dos dados recolhidos recorreu-se ao SPSS-IBM 27, assumindo-se um grau de confiança de 95%. Utilizou-se a estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo) e, tendo-se verificado a violação de determinados pressupostos socorremo-nos de técnicas não paramétricas (Mann Whitney) e correlação (Rho de Spearman).

### 5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No que concerne ao ERICA, as crianças/jovens apresentam uma regulação emocional adaptativa e funcional, com média de  $3.20 \pm 0.52$ . Apesar da institucionalização, as participantes apresentaram resultados adequados, dentro dos valores de referência mesmo para crianças/jovens não institucionalizados, a que poderá não ser alheia a tendência apontada na literatura de resultados mais ajustados no género feminino (comparativamente ao masculino), mesmo quando experienciam tristeza ou ansiedade (Sanchis-Sanchis et al., 2020), sentimentos muito comuns em crianças e jovens institucionalizados. Destacam-se as subescalas de Controlo Emocional com o valor médio mais baixo ( $2.96 \pm 0.68$ ) e a de Responsabilidade Emocional no extremo mais elevado ( $3.93 \pm 0.79$ ), (Tabela 2). Com efeito, é comum a dificuldade no controlo emocional em situações de trauma, abuso sexual ou físico, negligência emocional na infância e juventude e stress pessoal (Paulus et al., 2021). Por outro lado, destaca-se o resultado favorável na responsabilidade emocional, que pode atuar como fator protetor, de acordo com Larrier e Lewis (2017), prevenindo comportamentos de risco mais tarde na vida.

**Tabela 2. Estatística Descritiva - ERICA**

ERICA	n	Mín.	Máx.	M	DP
Controlo Emocional	24	1.70	4.10	2.96	.68
Autoconsciência Emocional	24	1.00	4.30	3.05	.92
Responsabilidade Emocional	24	1.50	5.00	3.93	.79
Total	24	1.81	4.13	3.20	.52

Por sua vez, no que diz respeito ao QHIS, tendencialmente, as crianças/jovens apresentam um nível de competência social moderado ( $M=3.09 \pm 0.33$ ), situando-se no topo a subescala de Habilidades de Conversação ( $3.29 \pm 0.34$ ) e com valores médios mais baixos na subescala de Resolução de Problemas ( $2.78 \pm 0.46$ ), muito próxima da referente às Habilidades Sociais Básicas ( $2.88 \pm 0.42$ ). Nas

restantes subescalas (Assertividade e Fazer Amigos), as participantes apresentam resultados superiores ao valor médio da escala de resposta (Tabela 3).

**Tabela 3. Estatística Descritiva das subescalas do QHIS**

QHIS	N	Mín.	Máx.	M	DP
Total	24	2.55	3.65	3.09	.33
Habilidades de conversação	24	2.50	3.86	3.29	.34
Assertividade	24	2.29	4.00	3.18	.41
Resolução de problemas	24	2.00	3.71	2.78	.46
Habilidades sociais básicas	24	2.00	3.60	2.88	.42
Fazer amigos	24	2.30	3.80	3.20	.40

Apesar da história de maus-tratos, e do que seria expeável verificar, de acordo com a sistematização de dificuldades no âmbito das interações sociais apresentada pelo Safeguarding Children Partnership Board (2019), a institucionalização, nesta amostra parece atuar como resposta protetora das habilidades sociais destas crianças, assumindo o papel que está previsto enquanto medida de promoção e proteção prevista na LPCJ.

Comparados os resultados em função da idade, não se registam diferenças estatisticamente significativas nos valores médios alcançados na regulação emocional por ambos os grupos (Tabela 4), não obstante uma tendência de subida (exceto da responsabilidade emocional) com a idade (corroborando Sanchis-Sanchis et al., 2020). Igualmente, e reforçando em certa medida este resultado, as duas variáveis (idade e parâmetros emocionais) não se correlacionaram.

**Tabela 4. Estatística descritiva e inferencial (Mann-Whitney)  
Resultados ERICA em função da idade**

ERICA	N	Mín.	Máx.	M	DP	U	p
Total							
≤ 16 anos	17	1.81	3.94	3.08	.53	30.00	.06
> 16 anos	7	3.00	4.13	3.49	.35		
Controlo Emocional							
≤ 16 anos	17	1.70	4.00	2.79	.69	30.00	.07
> 16 anos	7	2.70	4.10	3.35	.43		
Autoconsciência Emocional							
≤ 16 anos	17	1.00	4.00	2.95	.94	45.50	.38
> 16 anos	7	2.00	4.30	3.28	.91		
Responsabilidade Emocional							
≤ 16 anos	17	1.50	5.00	3.92	.85	55.50	.80
> 16 anos	7	3.25	5.00	3.92	.64		

As comparações com base na escolaridade também não revelaram qualquer influência desta variável na regulação emocional (Tabela 5), reproduzindo o que verificamos na variável idade, atendendo até

à relação direta entre estas duas dimensões, o mesmo acontecendo em termos de interdependência entre regulação emocional e escolaridade.

**Tabela 5. Estatística descritiva e inferencial (Mann-Whitney)**

**Resultados ERICA em função da escolaridade**

ERICA	n	Mín.	Máx .	M	DP	U	p
Total 1º, 2º e 3º CEB Secundário	14 10	1.81 2.88	3.94 4.13	3.09 3.35	.58 .38	30.00	.0 6
Controlo Emocional 1º, 2º e 3º CEB Secundário	14 10	1.70 2.00	4.00 4.10	2.81 3.16	.73 .56	48.00	.2 1
Autoconsciência Emocional 1º, 2º e 3º CEB Secundário	14 10	1.00 1.30	4.00 4.30	3.02 3.10	.88 1.02	61.50	.6 3
Responsabilidade Emocional 1º, 2º e 3º CEB Secundário	14 10	1.50 3.25	5.00 5.00	3.89 3.97	.94 .53	59.50	.9 8

Sobre a influência da variável idade nas habilidades de interação social (QHIS) constata-se uma igualdade estatística (mais novas e mais velhas) nas dimensões avaliadas e escala global, à exceção da subescala Assertividade (U=27.00, p=.04), com supremacia para as mais velhas (Tabela 6), no mesmo sentido, Anastácio (2016), nem correlações significativas entre ambas as variáveis.

**Tabela 6. Estatística descritiva e inferencial (Mann-Whitney)**

**Resultados QHIS em função da idade**

QHIS	n	Mín.	Máx .	M	DP	U	p
Total ≤ 16 anos > 16 anos	17 7	2.62 2.55	3.65 3.63	3.04 3.18	.28 .43	44.50	.3 4
Habilidades de conversação ≤ 16 anos > 16 anos	17 7	2.81 2.50	3.86 3.81	3.29 3.27	.30 .44	56.50	.8 5
Assertividade ≤ 16 anos > 16 anos	17 7	2.29 2.86	4.00 4.00	3.06 3.44	.37 .38	27.00	.0 4
Resolução de problemas ≤ 16 anos > 16 anos	17 7	2.00 2.29	3.29 3.71	2.68 3.03	.39 .54	36.00	.1 5
Habilidades sociais básicas ≤ 16 anos > 16 anos	17 7	2.00 2.00	3.60 3.60	2.82 3.02	.33 .59	43.50	.3 2
Fazer amigos ≤ 16 anos > 16 anos	17 7	2.30 2.60	3.78 3.80	3.19 3.21	.37 .49	57.50	.9 0

O nível de escolaridade, também, não se revelou diferenciador das habilidades sociais (Tabela 7), nem com elas correlacionado.

**Tabela 7. Estatística descritiva e inferencial (Mann-Whitney)  
Resultados QHIS em função da escolaridade**

QHIS	n	Mín.	Máx	M	DP	U	p
Total 1º, 2º e 3º CEB Secundário	14 10	2.62 2.55	3.65 3.62	3.08 3.09	.29 .39	67.50	.8 8
Habilidades de conversação 1º, 2º e 3º CEB Secundário	14 10	2.81 2.50	3.86 3.81	3.30 3.26	.32 .39	70.00	1. 0
Assertividade 1º, 2º e 3º CEB Secundário	14 10	2.29 2.71	4.00 4.00	3.11 3.27	.40 .42	57.50	.4 7
Resolução de problemas 1º, 2º e 3º CEB Secundário	14 10	2.00 2.18	3.29 3.71	2.75 2.82	.39 .56	67.50	.8 9
Habilidades sociais básicas 1º, 2º e 3º CEB Secundário	14 10	2.00 2.00	3.60 3.60	2.84 2.94	.36 .50	65.50	.8 0
Fazer amigos 1º, 2º e 3º CEB Secundário	14 10	2.60 2.30	3.78 3.80	3.22 3.16	.30 .52	67.50	.8 9

Entre a regulação emocional (total) e as competências sociais (total) ( $r_s=.48$ ,  $p=.015$ ) e respetivas subescalas de Assertividade ( $r_s=.49$ ,  $p=.013$ ) e Habilidades de Conversação ( $r_s=.53$ ,  $p=.007$ ) verificou-se uma correlação positiva e significativa. A dimensão das Habilidades de Conversação, por sua vez, correlacionou-se com as dimensões da escala de regulação emocional, Controlo Emocional ( $r_s=.42$ ,  $p=.041$ ) e Autoconsciência Emocional ( $r_s=.47$ ,  $p=.021$ ). Estes resultados estão em linha com as considerações apontadas por Valdez et al. (2018).

## 6. CONCLUSÃO

No que concerne, especificamente, à institucionalização, é essencial que a atenção e adoção de estratégias promotoras e reparadoras ao nível do desenvolvimento socioemocional se assumam como uma preocupação central, a par da garantia da satisfação das necessidades de cuidados básicos, pelos profissionais das instituições, sobretudo com as competências aqui menos desenvolvidas (controlo emocional, resolução de problemas, habilidades sociais básicas). A intervenção na regulação emocional das crianças e jovens poderá ter efeitos no desenvolvimento de competências sociais essenciais para a vida em sociedade, rompendo com padrões disfuncionais de relacionamento que frequentemente caracterizam as experiências precoces desta população. Um dos principais e primeiros aspectos na promoção da regulação emocional deve ser a inteligência emocional, uma vez que empodera as crianças e jovens de conhecimentos sobre as suas próprias emoções e as dos outros, promovendo empatia e, conseqüentemente, a capacidade de lidar/interagir

com os outros (Auerswald, 2022). Programas estruturados de promoção da inteligência emocional e das suas dimensões, bem como de desenvolvimento de competências sociais, constituem-se boas opções pelo suporte da evidência científica. Podemos destacar, em Portugal, o Programa de Promoção de Competências Sociais (Baptista et al., 2011), o Gerar Percursos Sociais (GPS) (Rijo et al., 2007) e o Programa Umbrella, que apesar de originalmente desenvolvido em Espanha (Del Valle & Garcia Quintanal, 2006), tem sido um dos mais utilizados no nosso país, precisamente em casas de acolhimento residencial. Apesar de todos os esforços que têm sido desenvolvidos nos últimos anos, são fundamentais linhas de investigação e projetos que invistam na construção e validação deste tipo de intervenções. Destacamos, ainda, a pertinência em compreender a ligação/relação entre a inteligência emocional e o desenvolvimento da regulação emocional, como forma de potenciar as competências sociais.

## REFERÊNCIAS

- Anastácio, Z. (2016). Self-esteem, assertiveness and resilience in adolescents institutionalized. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 315-321. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.231>
- Auerswald, S. E. (2022). *Inteligência emocional: Controle das emoções no processo de aprendizagem*. Editora Viseu Lda.
- Baptista, N., Monteiro, C., Silva, M., Santos, F. & Sousa, I. (2011). Programa de promoção de Competências Sociais: Intervenção em grupos com alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0239.pdf>
- Biçakçi, M. Y., Er, S., & Aral, N. (2016). An Overview of Child Neglect and Abuse: Types, Causes, Impact and Prevention. *Studies on Ethno-Medicine*, 10(2), 221–228. <https://doi.org/10.1080/09735070.2016.11905491>
- Casares, M. I. M. (2012). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)*. CEPE.
- Chatterjee, A., & Jyoti, S. (2018). Child abuse and its consequences: A review. *International Journal of Current Advanced Research*, 7(5), 12686-12691.
- Delgado, P., Carvalho, J., & Correia, F. (2019). Viver em acolhimento familiar ou residencial: O bem-estar subjetivo de adolescentes em Portugal. *Psicoperspectivas*, 18(2). 10.5027/Psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1605
- Del Valle & Quintanal, G. (2006). *Programa Umbrella. Mirando al futuro com habilidades para la vida*. ASACI - Asociación Asturiana para la Atención y Cuidado de la Infancia
- Fonseca, A., Oliveira, M., & Silva, J. (2017). O Papel do Autocontrolo no Desempenho Académico na Transição da Adolescência para a Idade Adulta. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 51(1), 5–25. [https://doi.org/10.14195/16478614\\_511\\_1](https://doi.org/10.14195/16478614_511_1)
- Garcês, A. (2018). *Programa de Competências Sociais e o Seu Impacto em Adultos com Incapacidade Intelectual* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira]. Repositório da Universidade da Madeira. <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/2102/1/MestradoISABEL%20GARC%c3%8aS.pdf>
- García, A., & Contreras, A. (2020). Autoestima y habilidades sociales en adolescentes: El papel de variables familiares y escolares. *Pulso: Revista de Educación*, 43, 99–177.

- Gaspar, T., & Matos, M. (2015). «Para mim é fácil»: Escala de Avaliação de Competências Pessoais e Sociais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(2), 199–211.
- Harms, M., Leitzke, B., & Pollak, S. (2019). *Maltreatment and Emotional Development*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29489.33125>
- Heikin, R. E. (2019). The Effects of Child Maltreatment on Social Relationships in Emerging Adulthood. *Honors Projects Overview*, 157. [https://digitalcommons.ric.edu/honors\\_projects/157](https://digitalcommons.ric.edu/honors_projects/157)
- Jacobsen, H., Bergsund, H. B., Wentzel-Larsen, T., Smith, L., & Moe, V. (2020). Foster children are at risk for developing problems in social-emotional functioning: A follow-up study at 8 years of age. *Children and Youth Services Review*, 108, 104603. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104603>
- Larrier, Y., & Lewis, T. (2017). Social-emotional learning and at-risk children and youth. *Global Engagement and Transformation*, 1(1). <https://scholarworks.iu.edu/journals/index.php/joget/article/view/24271>
- Leuzinger-Bohleber, M., Läzer, K., Pfenning-Meerkötter, N., Neubert, V., Rüger, B., & Fischmann, T. (2016). Preventing socio-emotional disturbances in children at risk. The EVA study *Journal for educational research online*, 8(1), 110-131. [https://www.pedocs.de/volltexte/2016/12044/pdf/JERO\\_2016\\_1\\_Leuzinger\\_Bohleber\\_et\\_al\\_Preventing\\_socio\\_emotio](https://www.pedocs.de/volltexte/2016/12044/pdf/JERO_2016_1_Leuzinger_Bohleber_et_al_Preventing_socio_emotio)
- Lopes, A., & Berclaz, M. (2019). A invisibilidade do Esporte e da Cultura como Direitos da Criança e do Adolescente. *Revista Direito e Praxis*, 10(2), 1430–1460. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/40696>
- MacDermott, S., Gullone, E., Allen, J., King, N., & Tonge, B. (2010). The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A Psychometric Investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 301–314. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9154-0>
- Meireles, L., Saldanha, D., Menescal, D., Oliveira, R., & Gonzalez, R. (2020). Projetos esportivos sociais para adolescentes no Brasil: Impactos, implicações e barreiras. <https://e-revista.unioeste.br/index.php/cadernoedfisica/article/view/24020>
- Méndez, R., Vicencio, M., Broncano, J., & Mata, I. (2019). Vivencias en el proceso de institucionalización e Inteligencia Emocional en niños y adolescentes: Diferencias según variables sociodemográficas. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(2), 179–204. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i02.04>
- Moraes, A., Silva, P., Scheneiders, L., Elesbão, H., & Reuter, C. (2017). Atividades culturais e de lazer praticadas por alunos de escolas com diferentes estruturas esportivas em seu entorno. *Cinergis*, 18(4), 302–307. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.11308>
- Oliveira, L., Fernandes, R., Martins, E. & Mendes, F. (2020). Institutional care and autonomy in children and teenagers. *European Proceedings of International Conference on Education & Educational Sciences EpICEEPSY*, 2672-8141. 10.15405/epiceepsy.20111.28
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Atividade Física*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628252>
- Pereira, J. (2020). *Bullying e Cyberbullying: A Importância da Personalidade, Autoestima e Empatia em Jovens Vítimas e Ofensores* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Direito da Universidade do

- Porto]. Repositório da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131376/2/435355.pdf>
- Resende, A., Oliveira, L., & Franco, R. (2019). Crianças institucionalizadas e sintomas depressivos por meio do Rorschach e do CDI. *Psico - Editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (EDIPUCRS)*, 50(3), 1–15.
- Reverendo, I. (2011). *Regulação Emocional, Satisfação com a vida e Perceção da Aceitação—Rejeição Parental: Estudo de adaptação e validação da versão Portuguesa do Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA)* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18199>
- Rijo, D., Sousa, M., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M., Silva, M., Ricardo, N. & Massa, S. (2007). *Gerar Percursos Sociais. Programa de Prevenção e Reabilitação para Jovens com Comportamento Social Desviante*. Equal/ Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Safeguarding Children Partnership Board. (2019). *The Effects of Abuse and Neglect on Child Development*. <https://www.safeguardingcambspeterborough.org.uk/wp-content/uploads/2019/08/The-Effects-of-Abuse-and-Neglect-on-Child-Development.pdf>
- Sanchis-Sanchis, A., Grau, M. D., Moliner, A.-R., & Morales-Murillo, C. P. (2020). Effects of Age and Gender in Emotion Regulation of Children and Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11, 946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00946>
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projetos Sociais* (Vol. 7). Porto Editora.
- Singh, P. (2022). Emotion regulation difficulties, perceived parenting and personality as predictors of health-risk behaviours among adolescents. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02536-3>
- UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Comité Português para a UNICEF. [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-ao\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-ao_dos_direitos_da_crianca.pdf)
- Valdez, J., Guzmán, L., & Freyre, M. (2018). Validez de constructo de la versión corta de la Escala de Desregulación Emocional para niños y adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 19–31. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.vcvc>

## **ICCA2022-74220 - Is my kid on the spectrum? - parental perceptions about diagnostic's disclosure in child and adolescent psychiatry.**

Pedro Cotta<sup>1</sup>, Francisca Bastos Maia<sup>1</sup>, Graça Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar Universitário do Porto (PORTUGAL)*

*Correspondence email address: u14139@chporto.min-saude.pt*

### **Abstract**

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by persistent deficits in social interaction and communication and by repetitive and restricted patterns of interests, activities, and behaviours. Research in the field of autism focuses mainly on the objective issues of the pathology. More recently, qualitative information about the subjective aspects of the disease have begun to emerge. These qualitative data are mainly about issues related to how patients and families deal with the various aspects related to the diagnosis and treatment of this disorder. We carried out a non-systematic review of the literature in order to better understand the perceptions of parents when



an autism spectrum disorder was diagnosed in their children. The studies that we analysed showed that there are still some problems that extend throughout the diagnostic process of ASD. These problems have affective implications for parents. Adopting a systemic model in the treatment of mental disorders in childhood and adolescence emphasizes the need to recognize parents and their mental well-being as important elements in the therapeutic process. It is noticeable that, before a diagnosis, the fear of parents is based on stereotypes about autism whose content comes from the media or popular movies. These stereotypes that fill the imagination of parents can range from profound intellectual weaknesses to Savant syndromes. In conclusion, this theme is important since understanding the family's experiences during the autism diagnosis process helps clinicians become more knowledgeable about the disorder and how to help in the therapeutic process.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Parents, Family, Diagnosis.

## Resumo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por défices persistentes na interação social, na comunicação e por padrões repetitivos e restritos de interesses, atividades e comportamentos. A investigação na área do autismo centra-se principalmente nas questões objetivas da patologia. Recentemente, começaram a surgir dados qualitativos sobre a doença, que dizem respeito à forma como os pacientes e familiares lidam com os diversos aspetos relacionados com o diagnóstico e tratamento desta perturbação. Realizou-se uma revisão não sistemática da literatura com o objetivo de melhor compreender as percepções e vivências parentais quando uma PEA é diagnosticada nos seus filhos. Os estudos analisados demonstraram que há ainda alguns problemas que se estendem no decorrer de todo o processo diagnóstico de PEA. Estes problemas têm implicações afetivas importantes para os pais. Assim, a adoção de um modelo sistémico no tratamento das perturbações mentais na infância e adolescência enfatiza a necessidade de reconhecer os pais e o seu bem-estar mental como elementos importantes no processo terapêutico. É perceptível que, antes de um diagnóstico, o medo dos pais se baseia em estereótipos sobre o autismo cujo conteúdo advém dos media ou de filmes populares. Esses estereótipos que enchem a imaginação dos pais podem variar de profundas debilidades intelectuais a síndromes Savant. Concluindo, este tema é importante, pois compreender as experiências da família no decorrer do processo de diagnóstico de autismo ajuda os clínicos a conhecer melhor a perturbação e a melhor auxiliar os envolvidos no processo terapêutico.

Palavras-chave: Perturbação do Espectro do Autismo, Pais, Família, Diagnóstico.

## INTRODUÇÃO

A Perturbação do Espectro do Autismo está classificada na 5ª Edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais como uma perturbação em que as características principais são os défices na comunicação e interação social e as atividades e interesses repetitivos e restritos. Estando inscrita no capítulo das perturbações do Neurodesenvolvimento, esta perturbação tem de se manifestar desde o início do desenvolvimento e tem de cursar com algum impacto no funcionamento (American Psychiatric Association 2013). A história da Perturbação do Espectro do Autismo começa no século XX com a descrição de observações feitas por psiquiatras como Leo Kanner e Hans Asperger (Artigas-Pallares e Paula 2012; Harris 2018). No decorrer do século e até hoje, a informação que se obtém sobre a Perturbação do Espectro do Autismo provem da investigação científica, que pode ser quantitativa ou qualitativa. A pesquisa quantitativa lida com números e estatística (Lakshman et al. 2000), enquanto a pesquisa qualitativa lida com palavras, experiências e significados (Johnson e Waterfield 2004). A investigação em saúde, incluindo a investigação em Psiquiatria e saúde mental, foca-se sobretudo em estudos quantitativos, uma vez que os dados mensuráveis tornam-se mais fiáveis e possuem maior credibilidade científica (Lakshman et al. 2000; Peters 2010). Na Perturbação do Espectro do Autismo, têm vindo a ser solicitada mais investigação qualitativa de qualidade, permitindo dirigir a atenção para as necessidades e experiências de pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo e possibilitando perceber o impacto que essas experiências têm no dia-a-dia das

peças com autismo (Bölte 2014; Cascio, Weiss, e Racine 2021). A necessidade de perceber a vivência da pessoa autista tem vindo a ser apelada por pessoas autistas e não autistas, através daquilo a que se referem como o “double empathy problem”. Este problema reflete-se na dificuldade por vezes sentida por pessoas autistas em adequar-se à sociedade, não só porque têm uma maior dificuldade em perceber os outros, mas também porque os outros têm uma maior dificuldade em percebê-las (Milton 2012; Mitchell, Sheppard, e Cassidy 2021). Sabe-se que esta perturbação aumenta o stress parental, aumenta a probabilidade de doença física ou psicológica nos pais, tem repercussões económicas nas famílias e resulta em maior conflituosidade conjugal (Karst e Van Hecke 2012). Um estudo deparou-se com dados que demonstram que o conflito familiar influencia a sintomatologia ansiosa e depressiva em crianças com Perturbação do Espetro do Autismo e que essa sintomatologia agrava a severidade da doença. A coesão familiar relaciona-se indiretamente com a sintomatologia ansio-depressiva das crianças com Perturbação do Espetro do Autismo, mas essa associação já não se revela tão forte quando se inclui a variável do conflito familiar (Kelly et al. 2008). Do ponto de vista económico, as famílias com crianças portadoras do diagnóstico de Perturbação do Espetro do Autismo têm várias implicações financeiras. De facto, estas famílias enfrentam custos substanciais relacionados com a saúde. As crianças com Perturbação do Espetro do Autismo têm maior probabilidade de viver em famílias que reportam maiores dificuldades financeiras, necessitando de maior apoio económico (Cidav, Marcus, e Mandell 2012). A Perturbação do Espetro do Autismo dentro da família não afeta só os pais, mas também os irmãos. Sabe-se que é mais provável encontrar-se sintomas depressivos em irmãos de crianças afetadas pela doença. Os irmãos de crianças com Perturbação do Espetro do Autismo têm, portanto, maior probabilidade de demonstrar problemas emocionais e sintomas internalizantes (Lovell e Wetherell 2016). Apesar de se saber que a Perturbação do Espetro do Autismo tem um impacto nas famílias, alguns autores fizeram notar que existem poucos estudos que expliquem os pontos de vista parentais e a sua experiência sobre a divulgação de um diagnóstico de Perturbação do Espetro do Autismo (Poslawsky et al. 2014). O objetivo deste estudo é melhor perceber as perceções parentais sobre a divulgação de diagnóstico de Perturbação do Espetro do Autismo dos seus filhos.

## **MÉTODOS**

Uma revisão não sistemática foi realizada utilizando a base de dados PUBMED/Medline com os termos “autism”, “diagnosis” e “qualitative studies”. Foram selecionados e analisados os artigos relevantes para o artigo.

## **RESULTADOS**

Encontrou-se um artigo qualitativo que pretendeu explorar como se desenrola o processo de receber um diagnóstico de Perturbação do Espetro do Autismo e quais os problemas relacionados com o planeamento futuro da perturbação (Keenan et al. 2010). Este artigo encontrou experiências parentais variáveis ao longo do processo diagnóstico. 49% dos pais pensa que o processo diagnóstico não foi realizado de forma profissional ou que a informação não foi apresentada de forma clara. A maioria dos pais (77%) achou que a informação recebida sobre o diagnóstico não é suficiente, especialmente no que se refere aos benefícios financeiros. Quase a totalidade dos pais incluídos neste trabalho (99%) achou também que deveria haver mais suporte e aconselhamento durante o processo diagnóstico dos seus filhos com Perturbação do Espetro do Autismo. Todos os pais acharam que era

necessário haver mais troca de informação com os profissionais de saúde de forma a melhor apoiar as necessidades das famílias. Este estudo mostrou-se importante no sentido de mostrar que o processo diagnóstico foi pouco claro, stressante, difícil de perceber para pais e famílias e não levou a um claro esclarecimento sobre como proceder depois do diagnóstico.

Foi analisado um segundo artigo que pretendeu estudar, de um ponto de vista qualitativo, os problemas experienciados por pais de crianças com deficiência (Resch et al. 2010). O artigo aborda quatro temáticas que funcionavam como as barreiras mais importantes ao bem-estar parental: acesso a informação e serviços, barreiras financeiras, inclusão escolar e comunitária e suporte familiar. No que concerne o acesso a informação e serviços, os pais abordaram a dificuldade em perceber como ajudar os seus filhos. De facto, alguns pais abordaram a questão de como, muitas vezes, obter informação sobre a deficiência do seu filho pode ser um processo de aprendizagem difícil e que leva algum tempo. Para estes pais, foi complicado arranjar dados informativos e sobre serviços de apoio tendo sido mais difícil aceder a eles. Os progenitores sublinham alguma falta de comunicação e coordenação entre várias as entidades envolvidas no processo. No que toca aos apoios financeiros, os pais relatam o esforço financeiro agudo que sofrem devido ao facto de terem de suportar os custos económicos dos vários serviços necessários para o bem-estar e tratamentos dos seus filhos. Relativamente à inclusão escolar e comunitária, o estudo revelou que os pais de crianças com deficiência mostravam um sentido de causa bastante elaborado, sentindo estes que estariam a lutar pelos direitos humanos, em nome dos seus filhos. Neste campo havia também uma noção parental de fracas expectativas da sociedade relativamente aos seus filhos, ao contrário dos pais que demonstrariam altas expectativas e esperança relativamente ao futuro dos seus filhos. Por último, os pais refletiram sobre o suporte familiar que tinham. O diagnóstico de uma deficiência num membro da família com deficiência junta-se muitas vezes a uma falta de suporte familiar enquanto as famílias tentam lidar com estes stressores. De facto, receber o diagnóstico de uma deficiência num membro da família pode ser bastante difícil pela fraca previsibilidade associada à doença. Os pais sentem-se assoberbados, stressados ou deprimidos no momento do diagnóstico. Depois de conhecer o diagnóstico dos seus filhos, eles assumem ter de mobilizar recursos para procurar os apoios necessários para a sua descendência. No entanto, para muitas famílias, isto pode resultar em crescimento, atitudes proativas e advocacia dos direitos humanos. Alguns pais também relataram alguma stress conjugal e que alguns membros da família alargada não se encontravam disponíveis para dar suporte à família nuclear.

Num terceiro estudo em que se procedeu, de forma longitudinal, a entrevistas a 17 pais de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo antes do diagnóstico, imediatamente depois do diagnóstico e um ano após o diagnóstico, foram encontrados dados interessantes. De uma forma análoga aos outros estudos, pretendia-se avaliar os pontos de vista e experiências parentais acerca do diagnóstico de uma Perturbação do Espectro do Autismo nos seus filhos (Jacobs et al. 2020). Antes do diagnóstico, os pais estavam ansiosos por perceber o que se estava a passar com os seus filhos e admitiram esperar que o diagnóstico de autismo tivesse um efeito desculpabilizante. Anteriormente ao diagnóstico, os pais esperavam que este momento e as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde conseguissem providenciar-lhes as respostas que necessitavam. Os pais que já tinham um filho mais velho diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo expressaram alguma certeza de que lhes seria devolvido este diagnóstico. Estes pais não esperavam que um diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo fosse alterar as suas práticas educativas ou de parentalidade.

Depois do diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo nos seus filhos, todos os pais estavam satisfeitos com a segurança que o diagnóstico lhes deu, mas muitos pais também confessaram que esse diagnóstico fez com que eles vissem os seus filhos como mais vulneráveis. Como consequência de uma maior vulnerabilização da criança pelo diagnóstico, os pais sentiram-se mais responsabilizados. Apesar de perceberem a condição como crónica e biologicamente determinada, os pais incluídos neste trabalho relataram que o futuro desenvolvimental das suas crianças era algo do qual eles seriam responsáveis. Um ano após o diagnóstico todos os pais mostraram uma atitude pragmática relativamente ao diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo dos seus filhos, valorizaram a experiência dizendo que melhorou a relação que tinham com o filho, mas também estavam desapontados com os serviços disponibilizados no momento pós-diagnóstico.

Um quarto estudo procedeu a entrevistas semiestruturadas a 30 pais de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo no sentido de avaliar o impacto do diagnóstico nos pais (Aguiar e Pondé 2020). As mães reportam sentimentos de tristeza, angústia, desespero e desesperança quando lhes foi transmitido o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo dos filhos. Relativamente aos pais, a maioria deles descreveu o momento como difícil, triste, um choque. As mães consideraram que a comunicação do diagnóstico era muito importante para suavizar os aspetos negativos do diagnóstico, esperavam que os profissionais comunicassem informações sobre o problema, transmitindo-lhes esperança acerca deste e fossem sensíveis à sua dor. Ainda assim, as mães refletiram sobre o facto de os médicos ainda não estarem preparados para comunicar o diagnóstico. A maioria dos participantes procurou estratégias no sentido de diminuir o impacto do diagnóstico, seja adquirir informação sobre a doença, aceitar o diagnóstico, levar os seus filhos aos tratamentos ou procurar ajuda para os próprios.

Um outro artigo pretendeu avaliar a coesão ou disrupção biográfica dos pais quando estes lidam com o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo nos seus filhos (Rasmussen, Pedersen, e Pagsberg 2020). Este foi um estudo que avaliou, de forma qualitativa, a experiência de 20 pais dinamarqueses. A maioria dos pais experienciou sentimentos ambivalentes no que toca ao diagnóstico de autismo dos seus filhos. Explicaram como se sentiram enlutados depois de perceber como o seu filho tinha uma condição crónica e, simultaneamente, alguns pais relataram uma sensação de alívio depois de ouvirem as explicações sobre as dificuldades que os seus filhos tinham passado anteriormente ao diagnóstico. Para alguns pais, a experiência do diagnóstico ajudou a renovar a identidade parental e a reconstruir a capacidade dos pais de providenciar cuidados apropriados aos seus filhos. Para alguns pais, o alívio sentido após a comunicação do diagnóstico juntamente com sentimentos de tristeza e frustração ao perceber que os seus filhos tinham uma condição crónica foram os estados afetivos predominantes. A maioria dos pais explicou como o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo provou ser imprescindível naquilo que se verificou como a reconstrução da vida dos seus filhos e na auto-perceção parental. Alguns pais que já estavam à procura de uma clarificação diagnóstica há algum tempo confessaram que já se sentiam mais preparados para o diagnóstico de autismo e que o momento do diagnóstico foi algo que não lhes soou estranho. Outros pais sentiram que não havia nenhuma razão para que eles mudassem os seus papéis parentais uma vez que sempre apoiaram os seus filhos com base nas suas características únicas. Independentemente da resposta afetiva parental, os pais experienciaram o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo como um meio para obter suporte social e educacional para os seus filhos.

## DISCUSSÃO

A experiência de receber um diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo reveste-se, portanto, de considerações importantes. Com este trabalho percebe-se que a divulgação do diagnóstico não é o único componente da experiência diagnóstica dos pais com filhos com Perturbação do Espectro do Autismo. Existe um momento prévio ao diagnóstico em que há uma certa antecipação parental do diagnóstico de autismo (Jacobs et al. 2020; Rasmussen et al. 2020). O diagnóstico envolve também uma fase de avaliação que culmina na divulgação diagnóstica (Aguilar e Pondé 2020; Keenan et al. 2010). Após este momento, há uma fase pós-diagnóstica em que os pais têm de enfrentar alguns processos como procura de serviços e suporte social (Rasmussen et al. 2020; Resch et al. 2010). Como previamente dito, há uma antecipação do diagnóstico por parte dos pais. De certa forma, e quase invariavelmente, os pais percebem que há algo nos seus filhos que os preocupa e a maioria dos pais percebe que há um problema com eles. De facto, dois terços dos pais já suspeitam de uma causa etiológica específica (Harrington et al. 2006). Contudo, nem todos os pais pensam num diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo prévio, o que resulta numa maior disrupção do sentido de identidade dos seus filhos no momento do diagnóstico (Rasmussen et al. 2020). Até ao momento da divulgação diagnóstica dá-se um processo de avaliação em que alguns pais acabam por referir que não sabem quem é o profissional que está ao cargo do processo diagnóstico. Além do mais há a sensação subjetiva parental que a recolha da história clínica desenvolvimental é demasiado longa e exaustiva e que, ao longo desta, alguns juízos de valor são feitos. Alguns pais preferiam que lhes fosse comunicado previamente a natureza e o tipo de questões aos quais iriam ser sujeitos uma vez que estes relataram alguma dificuldade em recordar-se de alguns marcos desenvolvimentais precoces dos seus filhos. Por fim, também não é raro o contacto com mais do que um profissional ao longo do processo diagnóstico (Braiden, Bothwell, e Duffy 2010; Siklos e Kerns 2007). Algumas vezes e em determinados contextos o processo de avaliação diagnóstica pode ser mais curto, acontecendo em menos sessões e com menos tempo de observação clínica (Ha, Whittaker, e Rodger 2017). Outras vezes, o processo de avaliação diagnóstica pode ser percebido pelos pais como longo, tanto em termos de espera pela primeira consulta como em termos do número elevado de procedimentos diagnósticos efetuados (Wong et al. 2017). O momento do diagnóstico acaba por ser um processo bastante difícil para a maioria dos pais. Dependendo dos mecanismos de coping da família, do prognóstico, severidade da Perturbação do Espectro do Autismo, disponibilidade e conhecimento sobre apoios terapêuticos e financeiros, a resposta emocional acaba sempre por incluir respostas que vão desde o choque até a uma atitude proativa e resiliente, passando pela negação, culpa ou raiva (Bravo-Benítez et al. 2019). Explorar o sentimento de culpa pode ser interessante no sentido de perceber qual a sua origem. Daniel Stern, na sua obra *The Maternal Constellation* faz referência a uma reorganização psíquica materna aquando da gestação e nascimento de um filho, que faz com que a mãe mude o seu discurso interno para se adequar à sua nova função. Esta constelação materna, que dura de alguns meses a alguns anos, organiza-se num discurso que terá várias temáticas: o crescimento da vida (conseguirá a mãe manter a vida e assegurar o crescimento do bebé?), a relação primária (conseguirá a mãe envolver-se emocionalmente com o seu filho de forma a assegurar o desenvolvimento psíquico normativo deste último?), a matriz de suporte (conseguirá a mãe criar os sistemas de suporte necessários para suportar o desenvolvimento do seu filho?); reorganização identitária (a transformação da sua

identidade para poder desenvolver adequadamente as funções supracitadas) (Stern et al. 2001; Zeanah 2018). Um estudo de antropologia médica que tentou explorar os modelos explanatórios dos pais sobre o autismo dos seus filhos revelou que os pais acabam por relatar as causas biológicas conhecidas sobre o autismo e as mães, apesar de também as reconhecerem, acabam por introduzir a crença de que elas próprias terão tido alguma influência no outcome desenvolvimental dos seus filhos (Gray 1994). A culpa também pode ser explicada pela herança cultural da crença que as mães podem estar na origem desta perturbação. No século XX, alguns teóricos fizeram referência às “mães-frigorífico”: emocionalmente frias e distantes, estas mães levariam à patologia do seu filho através de sentimentos de hostilidade e rejeição (Cook e Willmerdinger 2015). Felizmente, já se sabe que esta teoria não corresponde à realidade mas os sentimentos de culpa podem continuar a manter-se uma vez que, apesar das mães já não serem acusadas de causar o autismo dos seus filhos, são frequentemente responsabilizadas a promover um normativo desenvolvimento dos seus filhos (Courcy e des Rivières 2017). Outras emoções no momento do diagnóstico podem também explicar-se pela representação que o autismo tem nos media. De facto, os autistas nos media podem ser representados como tendo características pouco realistas, exibindo características de síndrome de Savant, elevando a pessoa com autismo do seu diagnóstico que podia afetá-la negativamente, passando a pessoa a exibir uma condição que a mostra como mais interessante que uma pessoa normal. Outra representação nos media é a da pessoa diferente ou estranha. Estas pessoas agem de forma diferente por razões de escolha pessoal, de forma egossintónica, e não pelo seu diagnóstico médico. Estas personagens não são excluídas da sociedade, ao contrário de muitas pessoas com autismo que o são muito frequentemente (Prochnow 2014). Pelo contrário, outros pais podem ficar em choque porque o estereótipo que possuem sobre autismo é mais grave e o quadro que o seu filho apresenta não possui estas características (Bravo-Benítez et al. 2019). Isto mostra que a representação que muitas pessoas têm sobre a Perturbação do Espetro do Autismo vem dos media, misturando-se assim o que é facto e o que é ficção (Belcher e Maich 2014). Isto pode contribuir para estados afetivos de grande stress na altura do diagnóstico porque aquilo que os pais pensam que sabem sobre autismo provém de fontes que podem ser incorretas e mais romantizadas e a base compreensiva que eles possuem para perceber o quadro do seu filho não se adequa à natureza dos seus verdadeiros problemas. Após um diagnóstico de Perturbação do Espetro do Autismo, pode haver maior dificuldade e sofrimento quando os pais confrontam a informação que recebem do seu filho real com a fantasia que têm do seu filho imaginário. A criança imaginária agrega as fantasias dos pais acerca da mesma ao longo da gravidez e engloba o nome, o género desejado para a criança e uma série de atributos que os pais desejam que os seus filhos possuam no futuro (Lebovici 1995). Quando, na altura do diagnóstico, os pais aceitam a informação recebida isto pode favorecer a capacidade parental de ser responsiva aos sinais da criança porque permite aos pais ligarem-se à criança real, à criança que eles têm à sua frente com os seus pontos fortes e as suas dificuldades. No fundo, acaba por ser um filho com um diagnóstico que os pais aceitam e no qual eles estão mais disponíveis para investir, porque sintonizam-se mais facilmente com os seus estados internos (Di Renzo et al. 2020). Apesar de tudo, isto leva no pós-diagnóstico a um processo de luto com uma resposta emocional variada. Este período pode acompanhar-se de uma incerteza quanto ao futuro, preocupações, culpa mas também otimismo e aceitação progressiva (Fernández-Alcántara et al. 2016).

## CONCLUSÃO

A Perturbação do Espectro do Autismo é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por défices na interação e comunicação social e atividades e interesses restritos e repetitivos cuja repercussão familiar é sobejamente conhecida. Apesar de existir evidência científica quantitativa que atesta os diversos aspetos desta perturbação em termos nosológicos, alguns investigadores têm vindo a apelar à maior existência de investigação científica qualitativa. Esta última, pretende desvendar alguns aspetos subjetivos da vivência desta doença no próprio indivíduo bem como nos pais. Relativamente à vivência da divulgação diagnóstica de autismo aos pais, esta investigação qualitativa mostra que o diagnóstico não pode ser percebido como um momento transversal no tempo, mas antes como um processo que pode demorar algum tempo e comporta dimensões como a antecipação diagnóstica, a avaliação diagnóstica, a divulgação do diagnóstico e o período de luto pós-diagnóstico. A parentalidade está associada a algumas transformações psicológicas no sentido de estas melhor se adequarem ao desenvolvimento dos filhos. Há uma preocupação pessoal e um entendimento cultural que os pais providenciam suporte e afeto para que ocorra um ótimo desenvolvimento da criança e, quando tal não acontece, podem surgir sentimentos culpabilizantes. De facto, a adoção de um modelo sistémico no tratamento de doenças mentais nas crianças e nos adolescentes enfatiza a necessidade de reconhecer os pais e o seu bem-estar mental como importantes elementos do processo terapêutico. Ao mesmo tempo, a informação sobre autismo que passa para a população deve ser feita através de instituições reconhecidas, devendo-se também dar um maior enfoque às experiências familiares de quem coabita com um jovem com Perturbação do Espectro do Autismo.

## BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, Márcia, e Milena Pondé. 2020. «Autism: impact of the diagnosis in the parents». *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 69. doi: 10.1590/0047-2085000000276.
- American Psychiatric Association, ed. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Artigas-Pallares, Josep, e Isabel Paula. 2012. «El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 32(115):567–87. doi: 10.4321/S0211-57352012000300008.
- Belcher, Christina, e Kimberly Maich. 2014. «Autism Spectrum Disorder in Popular Media: Storied Reflections of Societal Views». *Brock Education: A Journal of Educational Research and Practice* 23(2):97–115.
- Bölte, Sven. 2014. «The Power of Words: Is Qualitative Research as Important as Quantitative Research in the Study of Autism?» *Autism* 18(2):67–68. doi: 10.1177/1362361313517367.
- Braiden, Hannah-Jane, Janice Bothwell, e Joe Duffy. 2010. «Parents' Experience of the Diagnostic Process for Autistic Spectrum Disorders». *Child Care in Practice* 16(4):377–89. doi: 10.1080/13575279.2010.498415.
- Bravo-Benítez, Jorge, María Nieves Pérez-Marfil, Belén Román-Alegre, e Francisco Cruz-Quintana. 2019. «Grief Experiences in Family Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD)».

*International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(23):E4821. doi: 10.3390/ijerph16234821.

Cascio, M. A., J. A. Weiss, e E. Racine. 2021. «Making Autism Research Inclusive by Attending to Intersectionality: a Review of the Research Ethics Literature | SpringerLink». Obtido 16 de Fevereiro de 2022 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s40489-020-00204-z>).

Cidav, Zuleyha, Steven C. Marcus, e David S. Mandell. 2012. «Implications of Childhood Autism for Parental Employment and Earnings». *Pediatrics* 129(4):617–23. doi: 10.1542/peds.2011-2700.

Cook, Kieran, e Alissa Willmerdinger. 2015. «The History of Autism». *Narrative Documents*.

Courcy, Isabelle, e Catherine des Rivières. 2017. «“From cause to cure”: A qualitative study on contemporary forms of mother blaming experienced by mothers of young children with autism spectrum disorder». *Journal of Family Social Work* 20(3):233–50. doi: 10.1080/10522158.2017.1292184.

Di Renzo, Magda, Viviana Guerriero, Giulio Cesare Zavattini, Massimiliano Petrillo, Lidia Racinaro, e Federico Bianchi di Castelbianco. 2020. «Parental Attunement, Insightfulness, and Acceptance of Child Diagnosis in Parents of Children With Autism: Clinical Implications». *Frontiers in Psychology* 11.

Fernández-Alcántara, Manuel, M<sup>a</sup> Paz García-Caro, M<sup>a</sup> Nieves Pérez-Marfil, Cesar Hueso-Montoro, Carolina Laynez-Rubio, e Francisco Cruz-Quintana. 2016. «Feelings of Loss and Grief in Parents of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD)». *Research in Developmental Disabilities* 55:312–21. doi: 10.1016/j.ridd.2016.05.007.

Gray, David E. 1994. «Lay conceptions of autism: Parents’ explanatory models». *Medical Anthropology* 16(1–4):99–118. doi: 10.1080/01459740.1994.9966111.

Ha, Vu, Andrea Whittaker, e Sylvia Rodger. 2017. «Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in Hanoi, Vietnam». *Journal of Child and Family Studies* 26. doi: 10.1007/s10826-017-0655-2.

Harrington, John W., Patricia A. Patrick, Karen S. Edwards, e Donald A. Brand. 2006. «Parental Beliefs about Autism: Implications for the Treating Physician». *Autism: The International Journal of Research and Practice* 10(5):452–62. doi: 10.1177/1362361306066609.

Harris, James. 2018. «Leo Kanner and Autism: A 75-Year Perspective». *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)* 30(1):3–17. doi: 10.1080/09540261.2018.1455646.

Jacobs, Delphine, Jean Steyaert, Kris Dierickx, e Kristien Hens. 2020. «Parents’ Views and Experiences of the Autism Spectrum Disorder Diagnosis of Their Young Child: A Longitudinal Interview Study». *European Child & Adolescent Psychiatry* 29(8):1143–54. doi: 10.1007/s00787-019-01431-4.

Johnson, Ros, e Jackie Waterfield. 2004. «Making Words Count: The Value of Qualitative Research». *Physiotherapy Research International* 9(3):121–31. doi: 10.1002/pri.312.

Karst, Jeffrey S., e Amy Vaughan Van Hecke. 2012. «Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation». *Clinical Child and Family Psychology Review* 15(3):247–77. doi: 10.1007/s10567-012-0119-6.

Keenan, Mickey, Karola Dillenburger, Alvin Doherty, Tony Byrne, e Stephen Gallagher. 2010. «The Experiences of Parents During Diagnosis and Forward Planning for Children with Autism Spectrum Disorder». *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 23(4):390–97. doi: 10.1111/j.1468-3148.2010.00555.x.



- Kelly, Adrian B., Michelle S. Garnett, Tony Attwood, e Candida Peterson. 2008. «Autism Spectrum Symptomatology in Children: The Impact of Family and Peer Relationships». *Journal of Abnormal Child Psychology* 36(7):1069–81. doi: 10.1007/s10802-008-9234-8.
- Lakshman, M., L. Sinha, M. Biswas, M. Charles, e N. K. Arora. 2000. «Quantitative vs Qualitative Research Methods». *Indian Journal of Pediatrics* 67(5):369–77. doi: 10.1007/BF02820690.
- Lebovici, S. 1995. «Les interactions fantasmatiques». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 8(2):94–98. doi: 10.1016/0987-7983(96)83637-1.
- Lovell, Brian, e Mark A. Wetherell. 2016. «The Psychophysiological Impact of Childhood Autism Spectrum Disorder on Siblings». *Research in Developmental Disabilities* 49–50:226–34. doi: 10.1016/j.ridd.2015.11.023.
- Milton, Damian E. M. 2012. «On the ontological status of autism: the 'double empathy problem'». *Disability & Society* 27(6):883–87. doi: 10.1080/09687599.2012.710008.
- Mitchell, Peter, Elizabeth Sheppard, e Sarah Cassidy. 2021. «Autism and the Double Empathy Problem: Implications for Development and Mental Health». *British Journal of Developmental Psychology* 39(1):1–18. doi: 10.1111/bjdp.12350.
- Peters, Sarah. 2010. «Qualitative Research Methods in Mental Health». *Evidence-Based Mental Health* 13(2):35–40. doi: 10.1136/ebmh.13.2.35.
- Poslowsky, Irina E., Fabienne B. A. Naber, Emma Van Daalen, e Herman Van Engeland. 2014. «Parental Reaction to Early Diagnosis of Their Children's Autism Spectrum Disorder: An Exploratory Study». *Child Psychiatry and Human Development* 45(3):294–305. doi: 10.1007/s10578-013-0400-z.
- Prochnow, Alexandria. 2014. «AN ANALYSIS OF AUTISM THROUGH MEDIA REPRESENTATION». *ETC: A Review of General Semantics* 71(2):133–49.
- Rasmussen, Pernille Skovbo, Inge Kryger Pedersen, e Anne Katrine Pagsberg. 2020. «Biographical Disruption or Cohesion?: How Parents Deal with Their Child's Autism Diagnosis». *Social Science & Medicine (1982)* 244:112673. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112673.
- Resch, J. Aaron, Gerardo Mireles, Michael R. Benz, Cheryl Grenwelle, Rick Peterson, e Dalun Zhang. 2010. «Giving Parents a Voice: A Qualitative Study of the Challenges Experienced by Parents of Children with Disabilities». *Rehabilitation Psychology* 55(2):139–50. doi: 10.1037/a0019473.
- Siklos, Susan, e Kimberly A. Kerns. 2007. «Assessing the Diagnostic Experiences of a Small Sample of Parents of Children with Autism Spectrum Disorders». *Research in Developmental Disabilities* 28(1):9–22. doi: 10.1016/j.ridd.2005.09.003.
- Stern, Daniel, Serge Lebovici, Frédérique Jacquemain, Antoine Guédeney, e Bernard Golse. 2001. «D'une constellation à l'autre.» *La psychiatrie de l'enfant* 44(1):307–26.
- Wong, V., Yue Yu, Melissa L. Keyes, e J. McGrew. 2017. «Pre-diagnostic and Diagnostic Stages of Autism Spectrum Disorder: A Parent Perspective». doi: 10.1080/13575279.2016.1199537.
- Zeanah, Charles H. 2018. *Handbook of Infant Mental Health, Fourth Edition*. Guilford Publications.

# ICCA2022-74799 - Hemorragia Uterina Anormal na consulta de Medicina do Adolescente

Catarina Teixeira<sup>1</sup>, Catarina Cordeiro<sup>1</sup>, Rita Coutinho<sup>1</sup>, Paulo Fonseca<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria Ambulatória do Hospital Pediátrico - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Portugal)

e-mail para correspondência: [catarina.teixeira@chuc.min-saude.pt](mailto:catarina.teixeira@chuc.min-saude.pt)

## Resumo

### Introdução:

As Hemorragias Uterinas Anormais são mais frequentes na adolescência comparando com a população geral.

### Objetivos:

Caracterizar uma amostra de adolescentes enviadas à Consulta de Medicina do Adolescente com hemorragia uterina anormal, quanto à etiologia, abordagem e tratamento.

### Métodos:

Análise retrospectiva dos processos clínicos das adolescentes com hemorragia uterina anormal enviadas pela primeira vez à consulta durante um período de 3 anos. Excluíram-se casos de amenorreia secundária a perturbações do comportamento alimentar.

### Resultados

Avaliadas 35 adolescentes, em metade dos casos a consulta foi pedida por outro motivo.

A maioria tinha queixas de hemorragia abundante (n=26), frequente (n=6) e prolongada (n=5). As queixas de hemorragia prolongada foram mais frequentes nas adolescentes mais jovens (p=0.03).

Realizou-se hemograma e estudo da coagulação em 33 adolescentes. Apresentaram anemia 13 e 24 tinham ferropenia, nenhuma apresentou coagulopatia. Observou-se que a anemia foi mais frequente nas adolescentes com hemorragia prolongada (p=0.009).

Quanto à etiologia, a maioria correspondia a situações de disfunção ovulatória fisiológica (n=31). Mais de metade realizaram tratamento com ferro oral (n=20) e iniciaram contraceptivo oral combinado (n=21).

### Discussão

A hemorragia uterina anormal na adolescência pode ser multifatorial, sendo fundamental excluir coagulopatia, endocrinopatias e uso de medicação. Na maioria das adolescentes, a etiologia foi atribuída a disfunção ovulatória fisiológica, o que está de acordo com a causa mais frequente neste grupo etário. Esta patologia é uma causa importante de anemia e de depleção das reservas de ferro, podendo implicar necessidade de internamento. Na amostra, embora nenhuma tivesse necessitado de internamento ou transfusão, 2/3 apresentavam anemia ou ferropenia.

Palavras-chave: hemorragia uterina anormal; adolescência; disfunção ovulatória; ferropenia.

## Abstract

### Introduction:

Abnormal uterine bleeding is frequent in adolescence compared to the general population.

We pretended to evaluate a sample of adolescents with abnormal uterine bleeding relatively to the approach, etiology, and treatment.

### Methods:

We made a retrospective analysis of adolescents who presented abnormal uterine bleeding and were sent for the first time to the Adolescent Medicine consultation in 3 years. Cases of amenorrhea secondary to eating disorders have been excluded.

### Results:

We evaluated 35 adolescents. In half, the consultation had been requested for another reason.

Most had complaints of abundant (n=26), frequent (n=6) and prolonged (n=5) hemorrhage. Complaints of prolonged bleeding were more frequent in younger adolescents (p=0.03).

A complete blood count and coagulation study were performed in 33 adolescents, 13 had anemia, and none had coagulopathy. Ferritin levels were evaluated in 28 and were low than 50 ng/mL in 24. Anemia was more frequent in adolescents with prolonged hemorrhage (p=0.009).

As for ethology, most correspond to situations of physiological ovulatory dysfunction (n=31). More than half did treatment with oral iron (n=20) and started a combined oral contraceptive (n=21).

### Discussion

Abnormal uterine bleeding in adolescence can be multifactorial, and it is essential to exclude clotting disorders, endocrinopathies and medication use. The attributed etiology was physiological dysfunction in most adolescents, which agrees with the most identified cause in this age.

Abnormal uterine bleeding is a cause of anemia and significant depletion of iron stores, implying the need for hospitalization. Although none required hospitalization or transfusion in the sample, 2/3 had anemia or iron deficiency.

Keywords: abnormal uterine bleeding, adolescence, ovulatory dysfunction, iron deficiency.

## INTRODUÇÃO

A hemorragia uterina anormal em duração, volume, frequência e/ou regularidade, na ausência de gravidez designa-se por hemorragia uterina anormal (HUA) segundo as recomendações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (Munro, Critchley, & Fraser, 2011).

As HUA são frequentes nas adolescentes comparativamente com a população geral, a sua prevalência é de de 37-40%, constituindo uma causa frequente de preocupação entre as jovens e a sua família (Deligeoroglou, Karountzos, & Creatsas, 2013; Haamid, Sass, & Dietrich, 2017; Karaman et al., 2016).

Segundo o esquema de classificação desenvolvido pela FIGO para avaliação da HUA, as suas etiologias podem ser divididas de acordo com o acrónimo PALM-COEIN (Haamid et al., 2017; Munro et al., 2011). A parte inicial do acrónimo refere-se a causas estruturais - pólipos, adeniose, leiomioma e neoplasia/hiperplasia - e que são pouco comuns nesta faixa etária. A segunda parte do acrónimo, diz respeito às causas não estruturais - coagulopatia, disfunção ovulatória, endometrial, iatrogénica, entre outras - constituindo o grupo de causas mais frequentes neste grupo (Haamid et al., 2017; Munro et al., 2011).

Relativamente à disfunção ovulatória, esta pode ser fisiológica, devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário (HHO) ou patológica (hiperandrogenismo, hiperprolactinemia, disfunção hipotalâmica, patologia da tiroide, patologia hipofisária, insuficiência ovárica prematura, iatrogenia) (ACOG, 2013). A disfunção ovulatória fisiológica constitui um diagnóstico de exclusão e é a causa mais comum de HUA nas adolescentes (Ramalho, Leite, & Aguas, 2021). Esta situação corresponde a ciclos anovulatórios que têm por base a imaturidade do eixo HHO, ou seja, não existe formação do corpo lúteo nem produção de progesterona na segunda metade do ciclo menstrual. A produção de estrogénio permite a proliferação do endométrio, mas a ausência de produção de progesterona e do seu efeito de estabilização do endométrio, pode conduzir a HUA (Ramalho et al., 2021). A existência de uma coagulopatia subjacente pode aumentar e/ou agravar esta situação (Ramalho et al., 2021).

A segunda causa mais comum são os distúrbios da coagulação, sendo que 5-36% das adolescentes com HUA têm doença de von Willebrand (Haamid et al., 2017; Karaman et al., 2016). Existe um risco de 20% de coagulopatia em adolescentes com HUA aguda, nomeadamente quando ocorre na menarca, se a hemoglobina for inferior a 10 g/dL ou se existir necessidade de suporte transfusional (Claessens A & Cowell CA, 1981).

Aquando do diagnóstico da HUA esta deve ser dividida em aguda, implicando risco de instabilidade hemodinâmica associada ou em crónica. A história clínica e exame físico detalhados auxiliam no diagnóstico diferencial (Elmaogullari & Aycan, 2018; Ramalho et al., 2021).

O estudo laboratorial deve excluir a presença de anemia e permitir investigar a etiologia da HUA. Deste modo, uma avaliação inicial deve incluir o hemograma, teste de gravidez, estudo da coagulação (tempo de protrombina e tempo de tromboplastina ativado) e determinação das reservas de ferro através do doseamento dos níveis de ferritina (Deligeoroglou et al., 2013; Elmaogullari &

Aycan, 2018; Ramalho et al., 2021). A doença de von Willebrand deve ser avaliada em adolescentes com história pessoal ou familiar sugestiva de coagulopatia (Deligeoroglou et al., 2013; Elmaogullari & Aycan, 2018; Ramalho et al., 2021). Na suspeita de endocrinopatia deve ser realizado estudo hormonal e se existir história sugestiva de infecções sexualmente transmissíveis, estas devem ser excluídas pelos métodos complementares de diagnóstico adequados. A ecografia pélvica deve ser realizada para excluir a presença de eventuais causas estruturais (Deligeoroglou et al., 2013; Elmaogullari & Aycan, 2018; Ramalho et al., 2021).

A HUA constitui uma causa importante de anemia na adolescência e em situações graves podem afetar a qualidade de vida destas doentes, motivando o absentismo escolar e inclusivamente necessidade de internamento para tratamento (Deligeoroglou et al., 2013; Ramalho et al., 2021). Desta forma, os médicos devem explicar às suas doentes o que esperar quanto ao padrão das suas primeiras menstruações assim como avaliar ativamente em cada consulta a sua história ginecológica (Ramalho et al., 2021). A gravidade da anemia e a causa subjacente determinam o tratamento. Para além da suplementação com ferro, os contraceptivos orais combinados, progestativos cíclicos e agentes hemostáticos endovenosos podem ser utilizados (Elmaogullari & Aycan, 2018).

Tendo em conta a frequência desta patologia na adolescência bem como as implicações na saúde da HUA e na qualidade de vida das adolescentes, este trabalho teve como objetivo caracterizar uma amostra de adolescentes enviadas à Consulta de Medicina do Adolescente em quem se identificou HUA, quanto à sua etiologia, abordagem e tratamento.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo com base nos processos clínicos de adolescentes enviadas pela primeira vez à CMA durante um período de cerca de 3 anos (janeiro de 2019 a novembro de 2021) em que se identificou a HUA como um dos diagnósticos na consulta. Excluíram-se os casos de amenorreia secundária a perturbações do comportamento alimentar.

Utilizaram-se as definições estabelecidas pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria que se encontram resumidas na Tabela 1.

**Tabela 1 - Definições de Hemorragia Uterina Anormal estabelecidas pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria.**

<b>Definições de Hemorragia Uterina Anormal</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>
<b>Alterações da regularidade</b>	Varição em dias, de ciclo para ciclo, nos últimos 6 meses; Normal $\leq 9$ dias
- Regular	Varição de ciclo para ciclo $\leq 9$ dias, num período de referência de 6 meses
- Irregular	Varição de ciclo para ciclo $> 9$ dias, num período de referência de 6 meses
- Ausente (amenorreia)	Ausência de hemorragia menstrual num período de 90 dias
<b>Alterações da frequência</b>	Normal: cada 24 a 38 dias, nos últimos 6 meses

- Frequente	Hemorragia com intervalos < 24 dias (mais de 7 episódios de hemorragia num período de 6 meses)
- Infrequente	Hemorragia com intervalos > 38 dias (4 ou 5 episódios de hemorragia num período de 6 meses)
<b>Alterações no volume de fluxo</b>	Normal: 5 a 80 ml
- Abundante	Hemorragia menstrual excessiva que interfere na qualidade de vida. Pode ocorrer isoladamente ou associada a outros sintomas
<b>Alterações na duração do fluxo</b>	Normal: até 8 dias, nos últimos 6 meses
- Prolongada	Hemorragia menstrual que ultrapassa os 8 dias de duração
<b>HUA Aguda</b>	HUA associada a perda hemática em quantidade suficiente para requerer intervenção imediata para controlo da perda
<b>HUA Crónica</b>	HUA que é anormal em duração, volume, e/ou frequência, presente nos últimos 6 meses

Legenda – HUA: Hemorragia Uterina Anormal.

**Fonte: (Deligeoroglou et al., 2013; Munro et al., 2011; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018)**

Foram recolhidos e analisados dados demográficos sobre a idade e a proveniência da referenciação, dados clínicos (motivo do pedido de consulta; co-morbilidades associadas; idade da menarca; caracterização da hemorragia menstrual; presença/ausência de dismenorrea; atividade sexual; etiologia), dados analíticos (hemograma, estudo da coagulação, doseamento de ferritina sérica e estudo hormonal) e dados do estudo imagiológico (realização de ecografia pélvica e alterações). Obtiveram-se dados sobre o seguimento em outras consultas (hematologia, endocrinologia e ginecologia), o tratamento realizado e necessidade de internamento.

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS Statistics® 27.0. Todos os resultados estão expressos sobre a forma de mediana e intervalo interquartis (IQR). Os dados clínicos e analíticos foram comparados através do teste não paramétrico Mann-Whitney U para amostras independentes. As variáveis categóricas foram comparadas entre si através do teste Qui-Quadrado. Definiu-se  $p < 0.05$  como nível de significância estatística.

## RESULTADOS

Foram avaliadas 35 adolescentes com diagnóstico de HUA com uma mediana de idade de 15,0 anos (14.0-16.0) (Tabela 2). Foram encaminhadas mais frequentemente a partir de outra consulta hospitalar (n=12), seguido do serviço de urgência (n=10) e médico de família (n=9) (Tabela 2).

Em metade dos casos (n=18) a consulta foi pedida por outro motivo.

**Tabela 2 – Características demográficas e clínicas das doentes referenciadas à consulta.**

<b>Caraterísticas demográficas</b>	<b>Mediana (IQR)</b>
<b>Idade (anos)</b>	15.0 (14.0-16.0)
<b>Idade menarca (anos)</b>	11.0 (10.0-13.0)
<b>Proveniência</b>	<b>n</b>

Outra consulta hospitalar	12
Serviço de Urgência	10
Médico de família	9
Médico particular	4
<b>Dados clínicos</b>	
<b>Hemorragia*</b>	<b>n</b>
Abundante	26
Frequente	6
Prolongada	5
Irregular	5
Amenorreia	2

\*as adolescentes podem apresentar mais do que um tipo de hemorragia

Todas as HUA avaliadas foram classificadas como crónicas. A maioria tinha queixas de hemorragia abundante (n=26), frequente (n=6) e prolongada (n=5), enquanto duas apresentavam amenorreia (Tabela 2). A dismenorreia estava associada em 22 casos.

Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre a idade e a presença de hemorragia prolongada, sendo mais frequente nas adolescentes mais jovens (14 anos versus 15 anos; p=0,03). Este resultado pode ser explicado, em parte, pelo tempo de maturação do eixo HHO até à normalização dos ciclos, com aumento das queixas de hemorragia mais prolongada em adolescentes mais jovens (Yasa & Gungor Ugurlucan, 2020).

Na Tabela 3 encontram-se descritos os exames complementares de diagnóstico realizados e as alterações encontradas.

A maioria (n=33) realizou hemograma e estudo da coagulação, 13 adolescentes tinham anemia (hemoglobina <12g/dL) e 4 apresentavam valores de hemoglobina inferior a 10g/dL. Nenhuma apresentou alterações do estudo da coagulação. O doseamento de ferritina foi realizado em 28 adolescentes, sendo que a maioria apresentava défice das reservas de ferro com níveis de ferritina inferior a 50 ng/mL (n=24).

Comparando a presença de anemia com o tipo de hemorragia, houve diferença estatisticamente significativa no grupo com hemorragia prolongada (p=0,009) (Tabela 4).

Quanto ao estudo hormonal, foi realizado em 30 doentes, encontrando-se alterado em 3. O estudo imagiológico com ecografia pélvica realizou-se em 11 casos, sendo que uma adolescente apresentou alterações na ecografia (quistos no ovário bilateralmente).

**Tabela 3 – Resumo dos exames complementares de diagnóstico realizados e respetivas alterações.**

<b>Exame complementar de diagnóstico/Alteração</b>	<b>n</b>
<b>Hemograma</b>	33
<b>Anemia</b>	13
Hemoglobina <10 g/dL	4
Hemoglobina 10 – 12 g/dL	9
<b>Estudo da coagulação</b>	33
<b>Coagulopatia</b>	0
<b>Doseamento da ferritina</b>	28
Ferritina <50 ng/mL	24
<b>Estudo hormonal</b>	30
Sem alterações	27
Elevação da testosterona	1
Elevação da prolactina	1
FSH e LH baixas	1
<b>Ecografia pélvica</b>	11
Normal	10
Presença de quistos no ovário	1

**Tabela 4 – Comparação entre o tipo de hemorragia e a presença de anemia.**

<b>Tipo de hemorragia</b>	<b>Anemia (n)</b>	<b>Sem anemia (n)</b>	<b>p*</b>
Abundante	11	14	0.9
Frequente	4	2	0.4
Prolongada	5	0	0.009

\*Valor de p obtido pelo teste de Qui-Quadrado

Relativamente à etiologia, durante o seguimento em CMA concluiu-se que a maioria das HUA correspondiam a situações de disfunção ovulatória fisiológica (n=31) (Tabela 5). Neste grupo inclui-se uma adolescente que apresentava quistos ováricos na avaliação ecográfica, com restante investigação normal, tendo sido enviada à consulta de ginecologia e iniciado tratamento com contraceptivo oral combinado.

Em 2 adolescentes a HUA devia-se a causas iatrogénicas. Num dos casos, em provável contexto de uso de anticoncepcional hormonal e noutra atribuiu-se à realização de medicação com risperidona com consequente elevação da prolactina (efeito secundário da risperidona descrito na literatura) (Bo et al., 2021).

Quanto aos casos de amenorreia, uma adolescente apresentava elevação da testosterona e da androestenediona com níveis de FSH e LH normais no estudo analítico, sem alterações na ecografia pélvica, encontrando-se ainda em investigação com seguimento em consulta de ginecologia. O segundo caso de amenorreia também era acompanhado em consulta de ginecologia, com história clínica e doseamento hormonal sugestivo de amenorreia secundária hipotalâmica funcional em

contexto de baixo aporte nutricional e stress emocional, sem alterações na ecografia pélvica. Ambas iniciaram tratamento com progestativo cíclico.

A Tabela 5 resume os dados relativos ao tratamento e ao seguimento noutras consultas. A maioria realizou tratamento com ferro oral (n=20) e iniciou tratamento com contraceptivo oral combinado (COC) ou com progestativos cíclicos (n=27). Metade apresentava seguimento noutras consultas (n=18).

**Tabela 5 – Descrição da etiologia e tratamento das HUA bem como do seguimento em outras consultas**

<b>Etiologia</b>	<b>n</b>
Disfunção ovulatória fisiológica	31
Iatrogénica	2
Amenorreia primária (em investigação)	1
Amenorreia secundária - hipotalâmica funcional	1
<b>Tratamento</b>	<b>n</b>
Ferro oral	20
Contraceptivo oral combinado	21
Progestativo cíclico	6
Transfusão de concentrado de eritrócitos	0
<b>Seguimento em outras consultas</b>	<b>n</b>
Ginecologia	9
Hematologia	8
Endocrinologia	1

## DISCUSSÃO

Foram avaliadas 35 adolescentes com HUA crónica, sendo a queixa mais frequente a de hemorragia abundante, que se define pela presença de hemorragia menstrual excessiva que interfere na qualidade de vida da adolescente, podendo ocorrer isoladamente ou em associação com outros sintomas. A hemorragia abundante é a forma de apresentação da HUA mais frequente (Elmaogullari & Aycan, 2018).

Relativamente às outras queixas de hemorragia, verificou-se que a hemorragia prolongada foi mais frequente nas adolescentes mais jovens (14 anos versus 15 anos), com diferença estatisticamente significativa ( $p=0.03$ ). Adicionalmente, o grupo com hemorragia prolongada apresentou anemia de mais frequentemente ( $p=0.009$ ).

O tempo necessário para a maturação do eixo HHO após a menarca, considerada um ciclo anovulatório, varia entre 6 meses a 3 anos, a partir do qual se pensa que ocorram ciclos ovulatórios com conseqüente normalização da menstruação (Yasa & Gungor Ugurlucan, 2020). Este tempo de maturação do eixo HHO e posterior normalização dos ciclos poderá explicar, em parte, a presença de queixas de hemorragia prolongada mais frequente no grupo mais jovem.



Praticamente todas as adolescentes realizaram a investigação laboratorial inicial preconizada com hemograma e estudo da coagulação (n=33) (Deligeoroglou et al., 2013; Elmaogullari & Aycan, 2018; Ramalho et al., 2021). A avaliação hormonal está indicada em doentes selecionados com suspeita de endocrinopatias (Deligeoroglou et al., 2013; Elmaogullari & Aycan, 2018; Ramalho et al., 2021). Na amostra, 30 adolescentes realizaram este estudo. A ecografia pélvica foi realizada em menos de metade dos casos (n=11), constituindo um ponto a melhorar no seguimento destas adolescentes na CMA.

Na amostra, embora nenhuma das adolescentes tivesse necessitado de internamento ou transfusão de concentrado de eritrócitos, dois terços apresentavam anemia ou diminuição das reservas de ferro, mostrando a importância da HUA como causa de anemia e sideropenia.

Nas adolescentes avaliadas, a causa mais comum de HUA foi a disfunção ovulatória fisiológica, o que está de acordo com os resultados descritos na literatura (Ramalho et al., 2021; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018). Nenhuma adolescente apresentou alteração do estudo da coagulação. Em duas adolescentes, a causa da HUA deveu-se a iatrogenia e outras duas apresentavam amenorreia.

Das adolescentes avaliadas, 27 iniciaram tratamento hormonal com COC ou progestativos cíclicos. Enquanto que o tratamento da HUA aguda é centrado na estabilidade hemodinâmica e no controlo da hemorragia, a HUA crónica raramente requer intervenção imediata (Ramalho et al., 2021). Nesta última, o tratamento hormonal é o tratamento médico de primeira linha (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018). Na HUA devido a disfunção ovulatória pode ser iniciada terapêutica com COC, progestativos cíclicos ou terapêutica com estrogénio, tendo como objetivo a estabilização do endométrio (Deligeoroglou et al., 2013; Huguelet, Buyers, Lange-Liss, & Scott, 2016; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Relativamente à anemia ferropénica, a maioria das adolescentes realizou tratamento com ferro oral. Independentemente da sintomatologia, todas as doentes com anemia ferropénica têm indicação para realizar tratamento. O mesmo ocorre nas situações de sideropenia com níveis de ferritina <50 ng/mL em que as doentes devem realizar reposição das reservas de ferro (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018). O uso de ferro oral constitui o tratamento mais simples e económico (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

A HUA na adolescência pode ser multifatorial, o que torna o seu diagnóstico diferencial desafiante, sendo fundamental excluir alterações da coagulação, endocrinopatias e uso de medicação (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018). Adicionalmente, tem sido demonstrado na literatura que uma abordagem multidisciplinar das adolescentes com HUA pode reduzir o tempo até ao diagnóstico e melhorar a orientação do doente (Moon, Perez-Milicua, & Dietrich, 2017; Ramalho et al., 2021). Assim, a discussão com a equipa de hematologia está recomendada para a interpretação dos resultados ou para avaliação adicional em caso de história sugestiva de distúrbio da coagulação (Ramalho et al., 2021). Metade das adolescentes seguidas em CMA apresentavam também seguimento em consulta de hematologia, ginecologia e endocrinologia. Este número pode ser explicado pela referenciação inicial a consultas de hematologia e/ou endocrinologia e o encaminhamento posterior para a CMA de modo a avaliar e orientar o tratamento hormonal da HUA. Metade das adolescentes tinha sido enviada à consulta por outro motivo que não a HUA. O diagnóstico nas adolescentes é frequentemente atrasado, uma vez que as adolescentes podem interpretar as suas alterações menstruais como “normais”. Além disso, a presença de irregularidades

do ciclo menstrual e desconforto na abordagem da história ginecológica e da atividade sexual também podem contribuir para o atraso no reconhecimento do problema (Haamid et al., 2017; Ramalho et al., 2021). Este resultado alerta-nos para a necessidade de avaliar ativamente a história ginecológica junto das adolescentes em cada consulta.

A pequena dimensão da amostra e o desenho retrospectivo constituem as principais limitações deste trabalho, o que não permite generalizar os resultados encontrados para a população geral.

Em conclusão, a HUA é uma patologia prevalente durante a adolescência, constituindo um problema muitas vezes detetado tardiamente. A investigação inicial passa pela realização de hemograma e estudo da coagulação, bem como avaliação das reservas de ferro e exclusão de causas estruturais através da ecografia pélvica. É uma causa importante de anemia ferropénica e de depleção das reservas de ferro, implicando a realização de tratamento e/ou suplementação com ferro oral. A estratégia de tratamento na HUA deve dar prioridade à estabilização hemodinâmica e controlo da hemorragia com posterior regularização da menstruação, onde o tratamento hormonal constitui a primeira linha.

Dadas as implicações graves para a saúde das adolescentes e frequente atraso no reconhecimento do problema, é importante a abordagem deste tema de forma ativa em cada consulta.

## REFERÊNCIAS

- ACOG. (2013). ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*, 121(4), 891-896. doi:10.1097/01.AOG.0000428646.67925.9a
- Bo, Q., Xing, X., Li, T., Mao, Z., Zhou, F., & Wang, C. (2021). Menstrual Dysfunction in Women With Schizophrenia During Risperidone Maintenance Treatment. *J Clin Psychopharmacol*, 41(2), 135-139. doi:10.1097/JCP.0000000000001344
- Claessens A, & Cowell CA. (1981). Acute adolescent menorrhagia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 139(3), 277-280.
- Deligeoroglou, E., Karountzos, V., & Creatsas, G. (2013). Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology. *Gynecol Endocrinol*, 29(1), 74-78. doi:10.3109/09513590.2012.705384
- Elmaogullari, S., & Aycan, Z. (2018). Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, 10(3), 191-197. doi:10.4274/jcrpe.0014
- Haamid, F., Sass, A. E., & Dietrich, J. E. (2017). Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 30(3), 335-340. doi:10.1016/j.jpag.2017.01.002
- Huguelet, P. S., Buyers, E. M., Lange-Liss, J. H., & Scott, S. M. (2016). Treatment of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents: What Are Providers Doing in Various Specialties? *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 29(3), 286-291. doi:10.1016/j.jpag.2015.10.021
- Karaman, K., Ceylan, N., Karaman, E., Akbayram, S., Akbayram, H. T., Kaba, S., . . . Oner, A. F. (2016). Evaluation of the Hemostatic Disorders in Adolescent Girls with Menorrhagia: Experiences from a Tertiary Referral Hospital. *Indian J Hematol Blood Transfus*, 32(3), 356-361. doi:10.1007/s12288-015-0583-5
- Moon, L. M., Perez-Millicua, G., & Dietrich, J. E. (2017). Evaluation and management of heavy menstrual bleeding in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 29(5), 328-336. doi:10.1097/GCO.0000000000000394

Munro, M. G., Critchley, H. O., & Fraser, I. S. (2011). The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding: Malcolm G. Munro, Hilary O.D. Critchley, Ian S. Fraser, for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. *Int J Gynaecol Obstet*, 113(1), 1-2. doi:10.1016/j.ijgo.2011.01.001

Ramalho, I., Leite, H., & Aguas, F. (2021). Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents: A Multidisciplinary Approach. *Acta Med Port*, 34(4), 291-297. doi:10.20344/amp.12829

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2018). Consenso nacional sobre hemorragias uterinas anormais. HUA: Orientação por faixa etária — da puberdade à idade reprodutiva. In Sociedade Portuguesa de Ginecologia (Ed.).

Yasa, C., & Gungor Ugurlucan, F. (2020). Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, 12(Suppl 1), 1-6. doi:10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0200

## ICCA2022-74905 - Agressão física: qual o impacto da pandemia SARS-CoV-2?

Carolina Oliveira Gonçalves<sup>1,2</sup>, Andreia Fiúza Ribeiro<sup>1</sup>, Helena Isabel Almeida<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Departamento da Criança e do Jovem, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (PORTUGAL)*

<sup>2</sup>*Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (PORTUGAL)*

*carolina.goncalves@hff.min-saude.pt*

### Resumo

**Introdução:** A pandemia SARS-CoV-2 conduziu a alterações socioeconómicas e familiares. Durante o confinamento, por aumento do conflito intrafamiliar e ausência de contacto com outros adultos protetores, houve aumento do risco de agressões familiares contra crianças e jovens. Concomitantemente, com o encerramento das escolas, houve uma diminuição do risco de agressão física escolar.

**Objetivo:** Comparar os episódios de urgência por agressão física em idade pediátrica no início do ano letivo antes e durante a pandemia SARS-CoV-2.

**Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo. Incluídas crianças e jovens com observação na Urgência por agressão física de setembro a novembro de quatro anos consecutivos (2018 a 2021).

**Resultados:** Incluídos 169 episódios de urgência (102 pré-pandemia vs. 67 durante a pandemia). Em 33% (n=56) existia história de agressão física prévia. A agressão escolar foi a principal forma de agressão (46% pré-pandemia vs. 40% durante), seguida da agressão familiar (30% vs. 31%) e da delinquência (23,5% vs. 28%). Os episódios foram considerados moderados a graves em 17% antes da pandemia e em 27% durante a pandemia. Verificou-se que, durante a pandemia, houve maior referência ao Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco ( $p=0.011$ ), maior número de crianças/jovens encaminhados para instituição ( $p=0.013$ ) e referenciados ao Ministério Público ( $p=0.023$ ).

**Conclusões:** Houve uma diminuição nos episódios de urgência por agressão física durante a pandemia. Verificou-se uma diminuição nas agressões escolares e aumento dos casos de delinquência. Não houve aumento das agressões em contexto familiar. Existe maior sensibilização dos profissionais de saúde para estes casos, com maior referência dos mesmos.

**Palavras-chave:** Agressão física, Pandemia SARS-CoV-2, Escolar, Familiar, Delinquência.

### Abstract

**Background:** SARS-CoV-2 pandemic has led to socioeconomic and family changes. During lockdown, due to increased intrafamily conflict and lack of contact with other protective adults, there

was an increased risk of child physical abuse. Concomitantly, with school closures, there was a decrease in the risk of physical aggression at school.

**Objective:** To compare pediatric emergency admissions due to physical abuse at the beginning of the school year before and during SARS-CoV-2 pandemic.

**Methods:** Retrospective and descriptive study. Children observed in the emergency department due to physical abuse between September and November of four consecutive years (2018 to 2021) were included.

**Results:** Included 169 emergency admissions (102 pre-pandemic vs. 67 during the pandemic). In 33% (n=56) there was a previous history of physical abuse. School aggression was the main form of aggression (46% vs. 40%), followed by family aggression (30% vs. 31%) and delinquency (23,5% vs. 28% during). The episodes were considered moderate to severe in 17% before the pandemic versus 27% during the pandemic. During the pandemic, there was a greater referral to the Hospital Center for Children and Teenagers at Risk ( $p=0.011$ ), a greater number of children/teenagers referred to an institution ( $p=0.013$ ) and to the Public Ministry ( $p=0.023$ ).

**Conclusions:** There was a decrease in emergency admissions due to physical abuse during the pandemic. There was a decrease in school aggression and an increase in cases of delinquency. There was no increase in intrafamilial physical abuse. There is greater awareness of health care professionals of these cases, with more referral.

**Keywords:** Physical abuse, SARS-CoV-2 pandemic, School, Family, Delinquency.

## INTRODUÇÃO

Os maus-tratos a crianças e jovens são definidos como qualquer ação ou omissão não acidental perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. [6] Os maus-tratos físicos correspondem a qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, que provoque ou possa vir a provocar dano físico. [6] A pandemia SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome - coronavírus 2) conduziu a alterações sociais, económicas e familiares a nível mundial.

Em contexto de zelo pela saúde pública, foram implementadas medidas restritivas para reduzir a transmissão do vírus, como o distanciamento social, o encerramento de escolas e empresas, o confinamento obrigatório e restrições de circulação. [1,5] Em Portugal, foi decretado o estado pandémico em março de 2020, com consequente ativação do estado de emergência e confinamento, encerramento das escolas e ensino exclusivamente através da telescola para todas as crianças e adolescentes. De abril a junho de 2020, procedeu-se ao desconfinamento, com regresso de alguns alunos ao regime presencial, mantendo-se os restantes em telescola. Só em setembro de 2020, com o início de um novo ano letivo, houve regresso em pleno ao regime presencial, com as devidas medidas de controlo de infeção. Por se ter verificado um aumento do número de casos de infeção a SARS-CoV-2 neste período, foi decretado novo estado de emergência no fim de novembro de 2020, tendo o encerramento das escolas só ocorrido em janeiro de 2021. Seguiu-se período de desconfinamento até abril de 2021, altura em que se reiniciou o ensino presencial em exclusivo. De setembro a novembro de 2021, o ensino manteve-se presencial, com número de casos de infeção relativamente estável (Figura 1).

As medidas implementadas impactaram a dinâmica familiar, com uma grande sobrecarga e stress parental por vários fatores, nomeadamente medo da infeção pelo vírus, dificuldades financeiras por perda de emprego, transição para teletrabalho e o desafio da escola virtual. [1,2] Este conjunto de fatores pôde impulsionar ou exacerbar conflitos intrafamiliares, sendo que, de acordo com a literatura, os maus-tratos são mais prováveis de ocorrer quando os cuidadores estão sobrecarregados, expondo as crianças e jovens confinadas a um risco aumentado de violência. [1,3] Adicionalmente, está documentado que as dificuldades económicas são um preditor de negligência infantil. [2] Durante o

confinamento, por aumento do conflito intrafamiliar e ausência de contacto com outros adultos protetores (como professores, psicólogos escolares, técnicos do serviço social), houve, portanto, um aumento do risco de agressões físicas intrafamiliares contra crianças e jovens, com sub-sinalização das mesmas. [2] Por outro lado, o medo de recorrer a serviços de urgência por doença não-COVID e o surgimento da telemedicina com a diminuição das consultas presenciais durante períodos de maior contágio conduziu a uma diminuição da notificação destas situações de risco por parte dos profissionais de saúde. [2]

Concomitantemente, com o encerramento das escolas, houve uma diminuição do risco de agressão física em contexto escolar. No entanto, aquando do aligeiramento das medidas restritivas e com o retorno em pleno à escola, foi documentada uma tendência de aumento da agressão física, por dificuldade na relação com os pares. [4] O início do ano letivo é um período importante de manifestações psicossociais por ser um período de transição e adaptação ao ambiente escolar.

O impacto dos maus-tratos infantis é complexo, tendo consequências a curto e longo-prazo nas atitudes e comportamentos da criança e jovem, nomeadamente com aumento do risco de agressividade, depressão, ansiedade e tentativa de suicídio na adolescência e jovem adulto. [2,6]

Perante o impacto negativo da violência no desenvolvimento psicossocial e afetivo das crianças e jovens, a prevenção é imperativa, sendo necessário saber identificar e caracterizar as situações de abuso físico.

## **OBJETIVOS**

O estudo teve como objetivo principal comparar os episódios de urgência por agressão física em idade pediátrica no início do período letivo antes e durante a pandemia SARS-CoV-2.

## **MÉTODOS**

Estudo retrospectivo e descritivo em que foram incluídas crianças e jovens com observação na urgência pediátrica de um hospital nível II da área metropolitana de Lisboa por agressão física nos 3 meses iniciais de 4 anos letivos consecutivos (setembro a novembro de 2018 a 2021). Procedeu-se à comparação dos episódios de urgência em 2 grupos: antes e durante a pandemia SARS-CoV-2 (2018 e 2019 vs. 2020 e 2021).

Como descrito anteriormente na introdução, em ambos os períodos de estudo durante o período pandémico (setembro a novembro de 2020 e setembro a novembro de 2021), o regime escolar era presencial, embora com diferentes características.

Os dados em estudo foram colhidos através da consulta do processo clínico. As variáveis analisadas incluem-se nas seguintes categorias: dados demográficos (idade, sexo, nacionalidade), fatores clínicos (existência de doença crónica, triagem no serviço de urgência, observação por outras especialidades médicas, realização de exames complementares de diagnóstico, destino), tipo de agressão física (intrafamiliar, escolar, outros; agressão única ou antecedentes de agressões recorrentes) e encaminhamento do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR). A gravidade dos episódios de urgência foi definida de acordo com a cor atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester, da seguinte forma: as cores azul e verde foram consideradas de gravidade ligeira, a cor amarela foi considerada moderada e a cor laranja foi considerada grave. Análise estatística realizada no SPSS Statistics®, versão 25.

## RESULTADOS

Obtivemos uma amostra de 169 crianças, com mediana de idade de 13 anos [mín. 1; máx. 17]. Destes, 66,3% (n=112) eram do sexo masculino e 83,4% (n=141) de nacionalidade portuguesa. Em 29,6% (n=50) havia antecedentes de doença crónica, dos quais 56,0% (n=28) apresentava doença do foro mental.

No período anterior à pandemia, houve 102 episódios de urgência por agressão física (42 episódios em 2018 e 60 episódios em 2019), comparativamente com um total de 67 episódios durante a pandemia (15 episódios em 2020 e 52 episódios em 2021). Em cerca de um terço dos casos da amostra global (33,1%, n=56) existia história de agressão física prévia, não se verificando diferença estatisticamente significativa antes e durante a pandemia (34,3% vs. 31,3%,  $p=0,688$ ). A mediana de idades foi semelhante entre os 2 grupos (12,0 [mín. 1, máx. 17] vs. 14,0 anos [mín. 2, máx. 17]), assim como a presença de antecedentes de patologia mental (65,4% vs. 45,8%,  $p=0,164$ ).

A agressão escolar foi a principal forma de agressão (46,1% antes da pandemia vs. 40,3% durante a pandemia), seguida da agressão familiar (30,4% antes da pandemia vs. 31,3% durante a pandemia) e por fim a agressão em contexto de delinquência (23,5% antes da pandemia vs. 28,4% durante a pandemia). No Serviço de Urgência, os episódios foram considerados moderados a graves em 17% dos casos antes da pandemia e em 27% durante a pandemia, sem diferença estatisticamente significativa ( $p=0,109$ ). A necessidade de observação por outras especialidades médicas (ortopedia, cirurgia, oftalmologia e otorrinolaringologia) foi sobreponível em ambos os grupos (38,2% no período pré-pandemia vs. 40,3% durante a pandemia), assim como a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico (34,3% pré-pandemia vs. 32,8% durante a pandemia). A taxa de internamento hospitalar foi ligeiramente superior no período anterior à pandemia (9,8%, n=10), em comparação com durante a pandemia (7,6%, n=5).

Verificou-se que houve maior referenciação ao NHACJR durante a pandemia (86,6%, n=58), com diferença estatisticamente significativa em relação ao período pré-pandemia (69,6%, n=71,  $p=0,011$ ). O encaminhamento destes casos feito pelo NHACJR encontra-se representado no gráfico 1. Durante a pandemia, destaca-se uma diminuição do encaminhamento para a Saúde Escolar e Núcleo Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR) da comunidade, bem como para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). No entanto, documentou-se maior número de crianças e jovens encaminhados para instituição ( $p=0,013$ ) e referenciados ao Ministério Público ( $p=0,023$ ) durante a pandemia, com diferença estatisticamente significativa em relação ao período pré-pandemia.

Verificou-se ainda aumento da referenciação para o tribunal durante a pandemia, no entanto sem significado estatístico comparativamente a antes da pandemia ( $p=0,078$ ).

## DISCUSSÃO

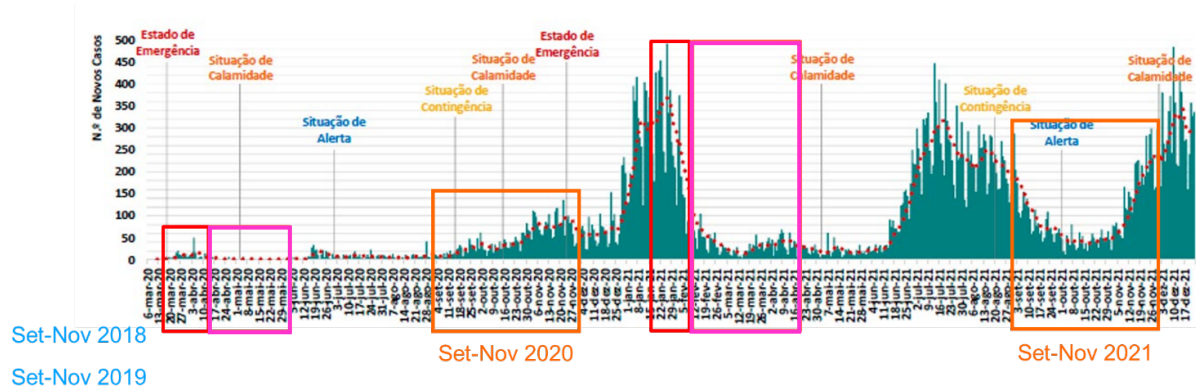
Houve uma diminuição nos episódios de urgência por agressão física no período da pandemia, principalmente no ano 2020, em que o retorno ao regime presencial na escola coincidiu com um aumento do número de infeções e, conseqüentemente, várias turmas terão permanecido em telescola para cumprimento do isolamento profilático. Verificou-se um aumento dos episódios de urgência por agressão em 2021, coincidente com o retorno em pleno à escola em regime presencial, com um número de infeções a SARS-CoV-2 mais estabilizado e também maior reconhecimento de situações de agressão física familiar por outros adultos protetores. Os períodos de permanência no domicílio em regime de escola virtual durante a pandemia explicam a ligeira diminuição nas agressões

escolares verificadas na amostra, sobreponível ao descrito na literatura. No entanto, não se registou aumento das agressões em contexto familiar durante o período da pandemia, tal como descrito na literatura, o que poderá ser justificado devido a uma menor visibilidade do abuso por parte de adultos protetores que poderiam sinalizar a situação.

Por outro lado, verificou-se um aumento dos casos de delinquência durante a pandemia, o que poderá justificar a maior gravidade dos mesmos, pelo aumento dos episódios de urgência considerados moderados a graves, sem repercussão, no entanto, na taxa de internamento. E, ainda, justifica o aumento dos casos encaminhados para instituição e referenciados ao Ministério Público e ao Tribunal durante a pandemia. Apesar de maior sensibilidade dos profissionais de saúde para a deteção e sinalização destes casos, demonstrado pela maior referenciação ao NHACJR, ainda houve casos de agressão não sinalizados, o que constitui um aspeto a melhorar nos cuidados prestados na urgência, perante situações de abuso físico.

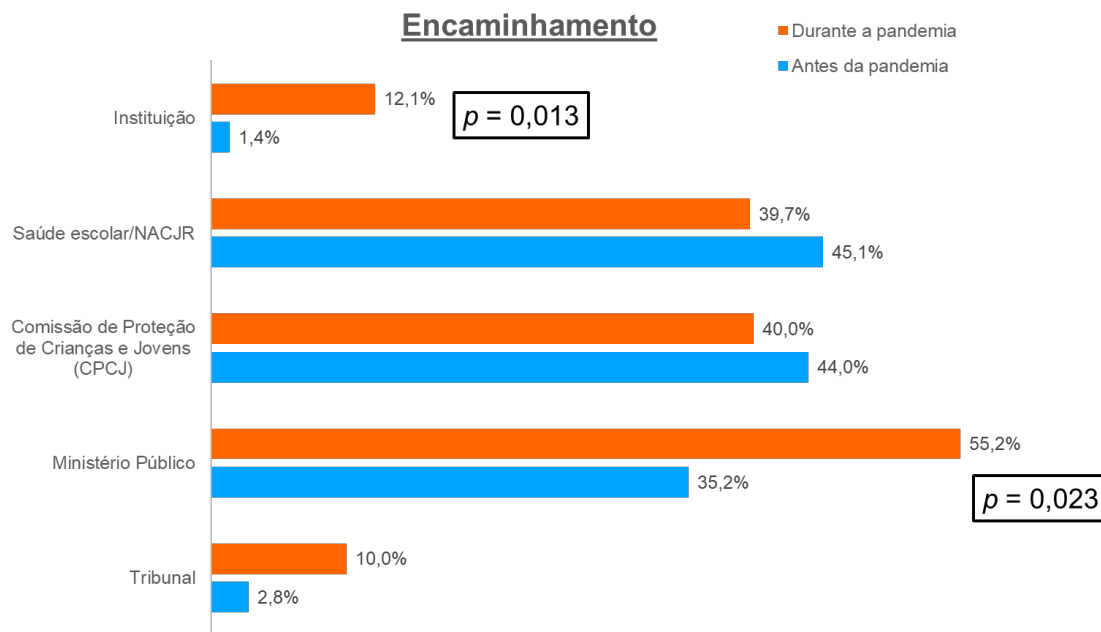
## FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

**Figura 1: Evolução do número de novos casos de Infecção SARS-CoV-2 em Portugal**



Períodos destacados: a vermelho estão identificados os períodos de confinamento; a rosa o período de desconfinamento gradual; a laranja os períodos de estudo durante a pandemia. Adaptado da seguinte fonte: BARLAVENTO Open Media 2019 (2021). Consultado em 3 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://barlavento.sapo.pt/algarve/covid-19-portugal-com-12-943-novos-casos-330-no-algarve>.

**Gráfico 1: Encaminhamento pelo NHACJR das agressões físicas antes e durante a pandemia**



## REFERÊNCIAS

1. Pereda N., DíazFaes D. (2020). Family violence against children in the wake of COVID19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 14:40. Consultado em 10 de janeiro de 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00347-1>.
2. Rapp A, et al. (2021). Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic - A Systematic Rapid Review. *Pediatr Clin N Am*, 68(5), 991-1009.
3. Romanou E., Belton, E. (2020). Isolated and struggling. Social isolation and the risk of child maltreatment, in lockdown and beyond. NSPCC Evidence team. Consultado em 10 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://learning.nspcc.org.uk/media/2246/isolated-and-struggling-social-isolation-risk-child-maltreatment-lockdown-and-beyond.pdf>
4. Evans M. (2021). Bullying and the pandemic: a picture of how bullying has changed during COVID-19. Anti-bullying Alliance. Consultado em 10 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://anti-bullyingalliance.org.uk/sites/default/files/uploads/attachments/Bullying%20in%20the%20pandemic.pdf>
5. Collings A. (2021). COVID-19 stay at home orders brought uptick in child abuse. Disponível em: <https://www.eurekalert.org/news-releases/930167>
6. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). Manual Crianças e Jovens Vítimas de Violência: compreender, intervir e prevenir. Consultado em 10 de janeiro de 2022. Disponível em: [https://www.apav.pt/pdf/Manual\\_Criancas\\_Jovens\\_PT.pdf](https://www.apav.pt/pdf/Manual_Criancas_Jovens_PT.pdf)



## ICCA2022-77997 - Porque Não Aprendo?

Barroca, I.1; Simões, D. 1; Maciel, P.2; Viana, M.2; Bastos, S.2; Macedo, A.3

*<sup>1</sup>Médica Interna da Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal*

*<sup>3</sup>Psicóloga Clínica e da Saúde, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal*

*<sup>3</sup>Coordenador da Consulta de Desenvolvimento, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal*

*mbarroca@chlo.min-saude.pt*

### Resumo

As dificuldades de aprendizagem estão inseridas numa cadeia de causas e consequências de diversas problemáticas ao longo do desenvolvimento. Têm sido identificados diversos fatores desencadeantes e de agravamento, relacionados à criança, à escola e ao contexto sociofamiliar, embora na prática clínica nem sempre seja possível a sua identificação clara. Objetivos: Avaliar e caracterizar fatores associados a dificuldades de aprendizagem numa amostra de crianças portuguesas em idade escolar. Métodos: Foram incluídos todos os utentes seguidos em Consulta de Pediatria do Desenvolvimento (PD) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) com idades compreendidas entre os 9 e 10 anos em 2019 que apresentassem dificuldades de aprendizagem e tivessem avaliações psicológicas realizadas no nosso Serviço. A recolha dos dados foi efetuada por médicos e psicólogos da Consulta de PD do CHLO, de outubro de 2020 a setembro de 2021, através da consulta dos dados nos processos clínicos. Para a análise estatística descritiva, recorreu-se ao *Microsoft Office Excell 2018*. Resultados: A nossa amostra incluiu 127 crianças, 58.3% do sexo masculino e 41.7% do sexo feminino. A maioria frequentava o 3º ano de escolaridade (50%), 39% estavam no 4º ano e 11% estava no 2º ano. A prematuridade ocorreu em 14 crianças, 8 das quais com idade gestacional inferior a 32 semanas. Apenas 50.9% das crianças tinha uma estrutura familiar nuclear e em 22 casos (17,3%) existiam contextos familiares disfuncionais, nomeadamente a nível de negligência/maus tratos. O diagnóstico mais frequente foi Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) (42.5% das crianças), seguido de Perturbações Específicas de Aprendizagem em 29.9%, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) em 14,2%, Perturbações da Linguagem ou da Fala em 10.2% e Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) em 5.5%. Em relação à coexistência de perturbação de neurodesenvolvimento em pais ou irmãos, verificaram-se 15 casos com familiares com dificuldades de aprendizagem não especificadas, 11 casos com dificuldades da leitura e/ou escrita, 9 casos de dificuldades de atenção e/ou concentração (a maioria relativamente a irmãos), 6 casos de PDI, 1 caso de dificuldades da linguagem e 2 casos de PEA. As retenções ocorreram em 34 das 127 crianças (26,7%), com particular incidência no 2º ano de escolaridade, em famílias não nucleares (37,8%) e disfuncionais (40,9%). A nível de intervenções, verificou-se que 27 das crianças tinham tido intervenção precoce, 65 beneficiaram de terapia da fala, 44 eram seguidas em psicologia, 17 em pedopsiquiatria e 80 das crianças tiveram apoio do ensino especial. Mais de 40% das crianças (42.5%) esteve medicada com psicoestimulante. Conclusões: As dificuldades de aprendizagem são muito frequentes, multifatoriais, em relação com a criança, com a escola e a família. É importante avaliar os vários domínios da vida da criança e estabelecer um plano terapêutico e pedagógico atempado e ajustado a cada caso. São necessárias mais e melhores escolas, mais e melhores recursos na comunidade, a par de uma política de combate à pobreza, desigualdade e exclusão social das crianças mais vulneráveis.

Palavras-chave: dificuldade de aprendizagem, fator de risco, escola, crianças.

### Abstract

Learning disabilities are part of a set of causes and consequences of several problems throughout children development. Several triggering and aggravating factors have been identified, related to child, school and family context, although it can be hard to identify them during clinical practice. Objectives: Our aim was to investigate and determine factors that might influence the development of learning disabilities in Portuguese school-age children. Methods: This study included patients that were followed up in Developmental Pediatrics Consultation at Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

(CHLO), aged between 9 and 10 in 2019, with learning disabilities and a psychological assessment carried out in our clinical service. Data was collected by physicians and psychologists from Developmental Pediatrics Consultation of CHLO, between October 2020 and September 2021 by consulting clinical files. For descriptive statistical analysis, we used *Microsoft Office Excell 2018*. Results: Our sample included 127 children, 58.3% male and 41.7% female; 50% of these children were in their 3rd year of school, 39% were in the 4th year and 11% were in the 2nd year. Prematurity occurred in 14 children, 8 of which were born before 32 weeks of pregnancy (very preterm). Only 50.9% of children had a nuclear family structure and in 22 cases (17.3%) there were dysfunctional family contexts, namely neglect/mistreatment. The most frequent diagnosis was Attention Deficit Hyperactivity Disorder (42.5%), followed by Specific Learning Disorders (29.9%), Intellectual Development Disorder (14.2%), Language or Speech Disorders (10.2%) and Autism Spectrum Disorder (5.5%). Regarding the coexistence of neurodevelopment disorders in parents or siblings, there were 15 cases with family members with unspecified learning disabilities, 11 cases with reading and/or writing difficulties, 9 cases of attention and/or concentration difficulties (the majority relative to siblings), 6 cases of Intellectual Development Disorder, 1 case of language difficulties and 2 cases of Autism Spectrum Disorder. School retentions occurred in 34 children (26.7%), with a particular incidence in the 2nd year of school, non-nuclear (37.8%) and dysfunctional (40.9%) families. It was found that 27 children had early intervention, 65 had speech therapy, 44 had psychology therapy, 17 had child/adolescent psychiatry consultations and n=80 had special education support. More than 40% of our sample (42.5%) were treated with a psychostimulant. Conclusions: Learning disabilities are very frequent and multifactorial, in relation to the child, school and family. It is important to assess the various domains of the child's life and establish a timely therapeutic and pedagogical plan tailored to each case. More and better schools and resources are needed within the community. Along with a policy to decrease poverty, inequality and social exclusion of the most vulnerable children. Keywords: learning disability, risk factor, school, children.

## INTRODUÇÃO

O processo de aprendizagem começa na infância e tem uma hierarquia natural de progressão, pelo que não podemos falar de aprendizagem sem falar de desenvolvimento (Harris et al., 2013; Mazer et al., 2009; von Hahn, 2021). Para este processo, que inclui processamentos de leitura, escrita, cálculo, entre outros, muitas vezes interdependentes entre si, são necessários diversos requisitos decorrentes do desenvolvimento, relacionados com a maturação dos sistemas sensoriais, de processamento e psicomotores (Harris et al., 2013; Mazer et al., 2009; von Hahn, 2021).

Quando existem dificuldades ao longo deste processo, podem surgir então dificuldades na aprendizagem, muitas vezes percebidas no momento do ingresso formal das crianças na escola (von Hahn, 2021). Este é um período crucial para o desenvolvimento, em que as crianças devem cumprir uma série de tarefas desenvolvimentais (ex. aquisição de competências nas relações interpessoais, aprender a ler e a escrever, cumprimento de regras) (von Hahn, 2021).

Embora não exista nenhum consenso para a definição de dificuldades de aprendizagem, de forma geral, são um grupo de perturbações de etiologia multifatorial que atentam contra a normalidade deste processo (tanto a nível de aquisição, como de recuperação ou utilização de informação), refletindo uma incapacidade ou impedimento para a aprendizagem da leitura, escrita ou cálculo ou para a aquisição de aptidões sociais, quaisquer que sejam os níveis cognitivos do indivíduo (Mazer et al., 2009; Torres et al., 2016; von Hahn, 2021). As dificuldades de aprendizagem estão inseridas numa cadeia de causas e consequências de diversas problemáticas ao longo do desenvolvimento (Harris et al., 2013; Mazer et al., 2009; Torres et al., 2016; von Hahn, 2021). Diversos fatores têm sido associados ao desenvolvimento e/ ou agravamento de dificuldades de aprendizagem, os quais podem estar relacionados à criança, ao ambiente familiar ou ao ambiente escolar. Por vezes, dada a presença de múltiplos fatores em simultâneo, à dificuldade na obtenção precisa dos dados da história pessoal e familiar da criança ou devido a determinadas características e/ou especificidades da criança, torna-se difícil identificar de forma clara a causa para as suas dificuldades de aprendizagem.

Assim, os objetivos deste estudo foram a avaliação e a caracterização de possíveis fatores associados a dificuldades de aprendizagem numa amostra de crianças portuguesas em idade escolar.

## **MÉTODOS**

### **Desenho do estudo e participantes**

Este estudo insere-se no âmbito de um projeto de investigação sobre as dificuldades de aprendizagem em crianças acompanhadas na Consulta de Desenvolvimento do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), sendo do tipo observacional, analítico e transversal. Ao longo do estudo, foram respeitados os princípios éticos e deontológicos preconizados para pesquisas na área das Ciências da Saúde, descritos na Declaração de Helsínquia, Organização Mundial da Saúde e Comunidade Europeia.

Recorreu-se à consulta dos dados através dos processos clínicos (informáticos) dos utentes seguidos em Consulta de Pediatria do Desenvolvimento do CHLO. A recolha dos dados foi realizada por médicos e psicólogos da Consulta de Desenvolvimento do CHLO, de Outubro de 2020 a Setembro de 2021. Antes do início da recolha dos dados, e ao longo deste período (sempre que necessário), foram realizadas reuniões com os vários elementos, de forma a definir e uniformizar o processo de recolha, preenchimento e seleção dos dados.

### **Critérios de inclusão/ exclusão**

Foram incluídos todos os utentes seguidos em Consulta de Pediatria do Desenvolvimento do CHLO que apresentassem dificuldades de aprendizagem, com idades compreendidas entre os 9 e os 10 anos no decorrer do ano de 2019. Definiu-se este grupo etário uma vez que seria um grupo representativo das crianças já com avaliação global de desenvolvimento realizada e diagnóstico definido nesta etapa do desenvolvimento, nomeadamente em relação a Perturbações de Aprendizagem Específicas (PAE). Para se obter e analisar dados com uma maior homogeneidade entre si, apenas foram consideradas as avaliações psicológicas realizadas no Serviço.

### **Análise estatística**

Foi realizada estatística descritiva, com recurso ao Microsoft Office Excell 2018.

## **RESULTADOS**

### **Seleção da amostra e recolha dos dados**

No decorrer do ano de 2019, foram realizadas 2779 consultas de Pediatria do Desenvolvimento, correspondentes a 1745 crianças. Destas, 275 crianças tinham idades compreendidas entre os 9 e os 10 anos e apresentavam dificuldades de aprendizagem, sendo que 127 tinham realizado uma avaliação global de desenvolvimento no Serviço, constituindo a amostra final deste trabalho.

### **Caracterização da amostra**

A amostra era constituída por 58.3% (n=74) crianças do sexo masculino e 41.7% (n=53) do sexo feminino (Tabela 1). Relativamente à idade, 45.7% (n=58) tinham 9 anos de idade e 54.3% (n=69) tinham 10 anos de idade, no ano de 2019 (Tabela 1). Relativamente ao ano de escolaridade, no ano letivo de 2019-2020, 11% (n=14) das crianças estavam no 2º ano, 50% (n=63) no 3º ano e 39% (n=50) no 4º ano (Tabela 1).

**Tabela 1 – Breve caracterização da amostra**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	74	58.3
	Feminino	53	41.7
<b>Idade</b>	9 anos	58	45.7
	10 anos	69	54.3
<b>Ano de escolaridade</b>	2º ano	14	11
	3º ano	63	50
	4º ano	50	39

**Estatística descritiva – fatores associados a dificuldades de aprendizagem**

## a) Fatores perinatais

Relativamente à idade gestacional, verificou-se que a grande maioria das crianças da amostra tinham nascido de termo (gravidez com duração igual ou superior a 37 semanas). Salientam-se, no entanto, 14 (11%) prematuros: 6 (4.7%) nascidos entre as 34-36 semanas (prematuros tardios) e 8 (6.3%) antes das 32 semanas de gestação (grandes prematuros). No grupo dos grandes prematuros, o peso médio à nascença foi 1073.5g (mínimo de 628g e máximo de 1638g), sendo que 6 crianças apresentavam muito baixo peso (< a 1500g).

## b) Fatores familiares

Relativamente à tipologia familiar (Tabela 2), verificou-se que a maioria (50.9%) das crianças pertencia a uma família nuclear. Das restantes crianças da amostra, 11.6% pertencia a uma família alargada, 11.6% a uma família monoparental (com a mãe), 8.9% a famílias reconstruídas, 7.1% tinha guarda partilhada e 5.4% viviam com membros da família que não os pais. Por fim, 4.5% das crianças da amostra não estavam incluídas em nenhuma das tipologias anteriores (ex. institucionalização).

**Tabela 2 – Tipologia familiar das crianças da amostra**

<b>Tipo de Família</b>	<b>%</b>
Nuclear	50.9
Alargada	11.6
Com outros membros da família que não os pais	5.4
Reconstruída	8.9
Guarda Partilhada	7.1
Monoparental (mãe)	11.6
Outros (ex. institucionalizados)	4.5

De uma breve caracterização das mães das crianças da amostra (Tabela 3), verificou-se que 51.9% tinha entre 30-39 anos, 36.1% entre 40-49 anos, 8.3% menos de 30 anos e 3.7% mais de 50 anos. No que diz respeito às habilitações literárias, 43.9% tinha o 3º ciclo, 24.6% o ensino secundário e

14% o ensino superior. Relativamente à nacionalidade, a grande maioria (89.8%) tinha nacionalidade portuguesa, seguida de nacionalidade brasileira (8.7%).

Analisando os mesmos parâmetros para os pais das crianças da amostra (Tabela 3), verificou-se que 48.5% tinha entre 30-39 anos, 38.4% entre de 40-49 anos, 11.1% mais de 50 anos e 2% menos de 30 anos. Quanto às habilitações literárias do pai (Tabela 4), 42.6% tinha o 3º ciclo, 25.5% o ensino secundário, 12.8% ensino superior e 12.8% o 2º ciclo. Relativamente à nacionalidade do pai, a grande maioria (92.1%) tinha nacionalidade portuguesa, seguida de nacionalidade brasileira (4.7%).

**Tabela 3 – Breve caracterização dos pais das crianças da amostra**

		% (Relativo ao nº de casos de mães)	% (Relativo ao nº de casos de pais)
<b>Idade</b>	<30 anos	8.3	2
	30-39 anos	51.9	48.5
	40-49 anos	36.1	38.4
	>50 anos	3.7	11.1
<b>Habilitações literárias</b>	1º ciclo	5.3	4.3
	2º ciclo	12.3	12.8
	3º ciclo	43.9	42.6
	Ensino Secundário	24.6	25.5
	Ensino Superior	14	12.8
	Analfabetismo	0	2.1
<b>Nacionalidade</b>	Brasil	8.7	4.7
	Moçambique	0.8	0.8
	Cabo Verde	0.8	0.8
	Angola	0	0.8
	EUA	0	0.8
	Portugal	89.8	92.1

Relativamente à existência de perturbações do neurodesenvolvimento em familiares das crianças avaliadas (Tabela 5), verificaram-se 15 casos com familiares com dificuldades de aprendizagem não especificadas, 11 casos com dificuldades da leitura e/ou escrita (a maioria relativamente a dificuldades de leitura), 9 casos de dificuldades de atenção e/ou concentração (a maioria relativamente a irmãos), 6 casos de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI), 1 caso de dificuldades da linguagem e 2 casos de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

**Tabela 5 – Casos com familiares com perturbações do neurodesenvolvimento**

Dificuldade/ Perturbação	N
Dificuldades de aprendizagem não especificadas	15

Dificuldades leitura e/ou escrita	11
Dificuldades atenção e/ou concentração	9
Perturbação do Desenvolvimento Intelectual	6
Dificuldades linguagem	1
P. Espectro Autismo	2

Nesta amostra, verificou-se algum tipo de disfuncionalidade familiar em 22 casos (17.3%), na maioria (n=8; 36.4%) relacionados com negligência/ maus-tratos físicos e/ou emocionais, seguidos de 2 casos (9.1%) de litígio parental, 2 casos (9.1%) de abuso sexual por um elemento da família ou próximo da família, 2 casos (9.1%) com pelo menos um dos pais detido, 1 caso em que um dos pais estava ausente da vida da criança com impacto na sua vida, 1 caso em que a família tinha dificuldades económicas graves com impacto na sua vida.

Em 6 casos, foram apurados outro tipo de disfuncionalidade familiar não especificados. De destacar que destes 22 casos onde foi identificado algum tipo de disfuncionalidade familiar, num total de 12 (54,5%) havia pelo menos um familiar com dificuldades de aprendizagem.

#### c) Diagnósticos

No que respeita aos diagnósticos efetuados nestas crianças com dificuldade de aprendizagem, a maioria (n=93; 73.2%) tinha pelo menos um diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento. Verificou-se que 42.5% (n=54) dos casos da amostra tinha uma Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), 29.9% (n=38) tinha o diagnóstico de uma Perturbação de Aprendizagem Específica, 14.2% (n=18) de PDI, 10.2% (n=13) de Perturbação da Linguagem ou da Fala e 5.5% (n=7) de PEA. Na maioria dos casos estas perturbações eram comórbidas entre si, conforme se pode observar na Tabela 6.

Realçam-se ainda 34 casos (26.8%) em que se verificaram dificuldades de aprendizagem sem critérios para diagnóstico de qualquer perturbação específica. Destes casos, 6 (17.6%) apresentavam algum tipo de disfuncionalidade familiar, 14 (41.2%) alterações do comportamento e 3 (8.8%) alterações emocionais.

**Tabela 6 – Distribuição dos utentes da amostra por diagnósticos**

Diagnóstico	N
PHDA	26
PHDA + Perturbação de Aprendizagem Específica	15
PHDA + PDI	6
PHDA + PDI + PEA	1
PHDA + Perturbação da Linguagem + Perturbação da Fala	1
PHDA + Perturbação da Linguagem + Perturbação da Fala + PEA	1
PHDA + Perturbação da Linguagem + Perturbação de Aprendizagem Específica	2
PHDA + Perturbação da Fala	1
PHDA + PEA	1

Perturbação de Aprendizagem Específica	17
Perturbação de Aprendizagem Específica + PEA	1
Perturbação de Aprendizagem Específica + Perturbação da Linguagem	1
Perturbação de Aprendizagem Específica + Perturbação da Fala	2
PDI	10
PDI + PEA	1
PEA	2
Perturbação da Linguagem	3
Perturbação da Fala	2

#### e) Intervenções

Relativamente a intervenções realizadas, 65 (51.2%) das crianças beneficiaram de Terapia da Fala, 14 (11%) de Psicomotricidade e 11 (8.7%) de Terapia Ocupacional - em 27 destes casos, foi iniciada uma intervenção precoce, maioritariamente entre os 3 e os 6 anos de idade. Numa grande proporção das crianças da amostra (n=60; 47.2%) foi feita intervenção psicofarmacológica (n=59 metilfenidato, em mono ou politerapia), 44 (34.6%) tiveram acompanhamento psicológico e 17 (13.4%) acompanhamento pedopsiquiátrico.

A nível escolar, 80 (63%) crianças, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 54/2018, tiveram apoio do Ensino Especial.

#### f) Impacto no percurso escolar

A nível escolar, verificou-se que 5 (3.9%) crianças tiveram adiamento da entrada no 1º ciclo e 34 (26.7%) tiveram pelo menos uma retenção - a maioria (64.7%) no 2º ano de escolaridade. De destacar também que uma percentagem significativa de retenções ocorreu em famílias não nucleares (37,8%) ou disfuncionais (40,9%).

## DISCUSSÃO

As dificuldades de aprendizagem dependem de um conjunto de multifatores, numa cadeia de causas e consequências individuais (a nível físico, genético, sensorial, neurológico, emocional, cognitivo), familiares, socioeconómicas, mas também institucionais e educacionais.

Relativamente ao sexo das crianças, na nossa amostra verificou-se uma ligeira prevalência de crianças do sexo masculino (58.3%). Sendo que na nossa amostra a maioria das crianças com dificuldades de aprendizagem tinha pelo menos um diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento, seria expectável a prevalência do sexo masculino, que vai de encontro com estudos epidemiológicos que apontam que perturbações do neurodesenvolvimento, como PHDA, PAE, PDI e PEA, são mais comuns em rapazes (L. Heyman, Susan, E. Levy, Susan, M. Myers, 2022; Lai DC, Tseng YC, Hou YM, 2012; Liderman J, Kantowitz L, 2005; Reigosa-Crespo V, Valdés-Sousa M, 2012; Xu G & L, 2018). Tem sido sugerida na literatura a hipótese de um subdiagnóstico destas perturbações no sexo feminino, por apresentações clínicas menos exuberantes (L. Heyman, Susan, E. Levy, Susan, M. Myers, 2022; Silver, 2004). No entanto, realçamos o número considerável de raparigas na nossa amostra, que poderá, em parte, refletir o esforço do corpo clínico da Consulta de Desenvolvimento do CHLO em diagnosticar e fazer intervenções adequadas às características individuais da criança, mesmo em casos com sintomatologia menos exuberante.

No que diz respeito à idade gestacional, embora a maioria das crianças da nossa amostra tenha nascido de termo, destacam-se os 11% de prematuros (6.3% grandes prematuros; 4.7% prematuros tardios), sendo que 62.5% das crianças do grupo dos grandes prematuros e 66,7% das crianças do grupo dos prematuros tardios tinham pelo menos uma perturbação do neurodesenvolvimento. A prematuridade está associada a maior incidência de perturbações do neurodesenvolvimento, nomeadamente PDI, PEA, Perturbações da Linguagem ou da Fala, Perturbações de Aprendizagem Específicas, PHDA e outras perturbações comportamentais e emocionais (Colvin M, McGuire W, 2004). A incidência varia inversamente com a gravidade dos quadros clínicos, com a idade gestacional e o peso à nascença (Harris et al., 2013).

Dada a relevância das alterações do neurodesenvolvimento nos prematuros, é essencial a referência destes recém-nascidos para programas protocolados que envolvam o seguimento em Consultas de Neurodesenvolvimento para promover diagnósticos precoces e intervenções atempadas (Harris et al., 2013). Os recém-nascidos nascidos no CHLO com idade gestacional inferior a 34 semanas e/ou muito baixo peso à nascença (<1500g) são referenciadas para a Consulta de Pediatria do Desenvolvimento e mantêm seguimento pelo menos até aos 8 anos de maneira a acompanhar a sua evolução ao longo do tempo, nomeadamente aquando da entrada no ensino escolar obrigatório e a avaliar as suas capacidades (ou dificuldades) a este nível.

É comum encontrar, em crianças com dificuldades de aprendizagem, a sobreposição de fatores de risco sociofamiliares, quer por influência genética, quer por processo de modelagem, hábitos escassos ou pouca estimulação de leitura/escrita em contexto familiar, e/ou exposição a fatores adversos de vida, nomeadamente de contextos de pobreza, conflitos familiares, maus tratos, entre outros. Nesta amostra específica de crianças com dificuldades de aprendizagem, os resultados relativos a fatores familiares associados surgem de encontro ao esperado, sendo um aspeto comum em muitas crianças da amostra. A importância da família no contexto da dificuldade de aprendizagem é um ponto fulcral, não só pelos aspetos referidos anteriormente, mas também porque a criança se espelha nas atitudes e comportamentos dos pais e outros familiares ou cuidadores próximos, e qualquer tendência negativa influencia o processo de baixa autoestima. Este cenário culmina, muitas vezes, numa complicação drástica do desenvolvimento escolar, sendo essencial uma conduta de incentivo e demonstração de afeto para a criança sentir-se segura mesmo com as dificuldades diariamente encontradas no ambiente escolar (Mazer et al., 2009; Torres et al., 2016).

As dificuldades de aprendizagem muitas vezes coexistem com perturbações, nomeadamente a nível do neurodesenvolvimento. Exemplo disso é a nossa amostra, em que mais de 40% tinha o diagnóstico de PHDA, 29.9% uma Perturbação de Aprendizagem Específica, 14.2% uma PDI, 10.2% uma Perturbação da Linguagem e/ou Fala e 5.5% uma PEA. De sublinhar que a PHDA tem sido descrita em vários estudos como um diagnóstico comum em crianças com dificuldades de aprendizagem. Comportamentos menos funcionais (como a hiperatividade e impulsividade), em conjunto com as dificuldades de atenção e concentração, frequentemente dificultam os processos de aprendizagem escolar (American Psychiatric Association, 2013; Torres et al., 2016).

A comorbilidade entre as perturbações do neurodesenvolvimento ocorreu em muitos casos da nossa amostra, tendo a associação PHDA e a Perturbação de Aprendizagem Específica sido a mais frequente. A co-ocorrência de perturbações pode apresentar-se com quadros mais graves e atípicos. É, por isso, fundamental o seguimento destas crianças por equipas especializadas, para maximizar o



estabelecimento de diagnósticos corretos e minimizar o impacto negativo destas perturbações no funcionamento das crianças (Macedo, 2016).

Relativamente a intervenções realizadas, será importante referir a escassa oferta de consultas de Psicomotricidade, Terapia Ocupacional ou Terapia da Fala no nosso Centro Hospitalar. Também a nível da comunidade, estes recursos são limitados, obrigando muitas vezes a um esforço financeiro por parte dos familiares que pode limitar a adesão às intervenções. Sabendo-se a relação que existe entre o início destas terapias e um melhor prognóstico, principalmente quando iniciado desde cedo, seria importante a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e do Sistema Educativo, com vista à oferta destas terapias de forma proporcional às suas necessidades.

Paralelamente com as dificuldades de aprendizagem, muitas vezes, as crianças manifestam distúrbios emocionais e/ou comportamentais, nomeadamente a nível da auto-estima, alterações do humor ou perturbações de ansiedade. Em algumas crianças da nossa amostra foi importante o acompanhamento simultâneo em psicologia e/ou pedopsiquiatria. Esta articulação é um ponto fulcral na avaliação e intervenção destes casos, permitindo uma compreensão mais abrangente e eficaz, pelo que tem sido um ponto basilar no funcionamento do nosso hospital. Aqui, os serviços de Pediatria do Desenvolvimento e Pedopsiquiatria encontram-se não só próximos geograficamente, mas também clinicamente, com reuniões conjuntas para discussão de casos, de forma mensal (Mazer et al., 2009; Torres et al., 2016).

A nível do impacto escolar destas dificuldades, sabe-se que um número significativo de crianças revela os primeiros sinais de problemas de aprendizagem e/ou de atrasos de outros aspetos do desenvolvimento ainda no pré-escolar. Quando existem estas preocupações, muitas vezes é adiada a entrada no 1º ciclo, de forma a se possibilitar mais tempo para aquisição e prática dessas competências, tal como aconteceu com 5 crianças da nossa amostra. Por outro lado, algumas dificuldades, nomeadamente a nível de compreensão e expressão verbal, são notadas de forma mais marcada no 1º ano de escolaridade. No entanto, como no sistema educacional de Portugal não há lugar a retenções no 1º ano de escolaridade, exceto se tiver sido ultrapassado o número limite de faltas (República, 2018), a grande maioria das retenções tem ocorrido no 2º ano de escolaridade, tal como se verificou com a nossa amostra.

Na nossa amostra uma percentagem significativa de crianças apresentava dificuldades de aprendizagem, sem clínica para estabelecimento de um diagnóstico do neurodesenvolvimento. Verificou-se algum tipo de disfuncionalidade familiar em 17.6% destas crianças, sendo também importante realçar alterações do comportamento e alterações emocionais, respetivamente, em 41.2% e 8.8% destes casos. Estes fatores sócio-familiares, emocionais e comportamentais poderão, em parte, justificar as dificuldades de aprendizagem na ausência de diagnósticos do neurodesenvolvimento. Muitas vezes, estas crianças têm sido descritas como pouco interessadas na escola e pouco motivadas, sobretudo quando não se consegue identificar nenhuma causa para as dificuldades académicas (Macedo, 2016). Na opinião dos autores, será importante colocar como hipótese a possibilidade de os métodos de ensino não estarem devidamente adaptados às diversas características destas crianças, cada vez mais exigentes e com planos curriculares mais preenchidos. Não obstante à importância dos dados apresentados anteriormente, não devemos esquecer que as conclusões apresentadas devem ser interpretadas com algum cuidado uma vez que a amostra não é suficiente para ser considerada representativa de todas as crianças. Futuramente, essa amostra deverá ser alargada, o que poderá permitir também uma análise mais aprofundada destes e outros

parâmetros. No entanto, consideramos que esta investigação é válida, como estudo piloto que pretende ser, podendo dar-nos informações importantes da realidade da população em estudo. Devemos ainda sublinhar que os fatores associados a dificuldades de aprendizagem podem ser inúmeros e coexistir em simultâneo, pelo que as dificuldades observadas nestas crianças podem enquadrar-se também noutros parâmetros além dos estudados.

Por último, gostaríamos de sublinhar que as dificuldades de aprendizagem são muito frequentes, multifatoriais, em relação com a criança, com a escola e a família. Assim, é importante avaliar os vários domínios da vida da criança e estabelecer um plano terapêutico e pedagógico atempado e ajustado a cada caso. São necessárias mais e melhores escolas, mais e melhores recursos na comunidade, a par de uma política de combate à pobreza, desigualdade e exclusão social das crianças mais vulneráveis.

## **AGRADECIMENTOS**

Deixamos o nosso agradecimento a todos os elementos da Consulta de Desenvolvimento do CHLO que participaram na criação, planeamento e/ou recolha de dados para o estudo realizado.

## **REFERÊNCIAS**

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5. In Artmed. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Colvin M, McGuire W, F. P. (2004). Neurodevelopmental outcomes after preterm birth. *BMJ*, 329(7479), 1390–1393.
- Harris, M. N., Voigt, R. G., Barbaresi, W. J., Voge, G. A., Killian, J. M., Weaver, A. L., Colby, C. E., Carey, W. A., & Katusic, S. K. (2013). ADHD and learning disabilities in former late preterm infants: A population-based birth cohort. *Pediatrics*, 132(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3588>
- L. Heyman, Susan, E. Levy, Susan, M. Myers, S. (2022). Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics* January, 145 (1)(e20193447).
- Lai DC, Tseng YC, Hou YM, G. H. (2012). Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disability in children: analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Res Dev Disabil*, 33(2301).
- Liderman J, Kantowitz L, F. K. (2005). Male vulnerability to reading disability is not likely to be a myth: A call for new data. *Journal of Learning Disabilities*, 38(2), 109–129.
- Macedo, A. (2016). Dificuldade de aprendizagem - Apresentação realizada na Reunião UCF.
- Mazer, S. M., Bello, A. C. D., & Bazon, M. R. (2009). Dificuldades de aprendizagem: revisão de literatura sobre os fatores de risco associados. *Psic. Da Ed.*, 28, 7–21.
- Reigosa-Crespo V, Valdés-Sousa M, B. B. (2012). Basic numerical capacities and prevalence of developmental dyscalculia: The Havana Study. *Developmental Psychology*, 48(1), 123–135.
- República, D. da. (2018). Decreto-Lei n.º 55/2018.
- Silver, L. B. (2004). ADHD: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment for Health and Mental Health Professionals (3.a Ed.). American Psychiatric Publishing, Inc, Edições Médicas Lda, Cartaxo.
- Torres, N. L., Soares, T. S., Henrique, F., & Conceição, G. (2016). Dificuldade de aprendizagem: além do Muro Escolar. II Encontro Científico Multidisciplinar.
- von Hahn, L. E. (2021). Specific learning disabilities in children: clinical features. In UpToDate.

Xu G, S., & L, L. B. (2018). Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children and Adolescents, 1997-2016. *JAMA Netw Open*, 1(e181471).

## **ICCA2022-78051 - Nudging social norms to redress peer-to-peer violence in schools**

H. Kathleen Manion

*Royal Roads University*

*Victoria, Canada*

*Kathleen.Manion@RoyalRoads.ca*

### **Abstract**

This paper explores ways to disrupt or nudge social norms that support peer-to-peer violence. Peer-to-peer violence in schools is a phenomenon that continues to persist (Firmin, 2017; SRSGVAC, 2016). Despite there being a range of ways to explore peer-to-peer violence and a range of ways to tackle it, there has been variable attention paid to this in academic literature.

Attention on the role social and gender norms may play in both perpetuating violence, and conversely in mitigating violence has lagged in academic literature, but it has recently been increasing. Social norms are informal rules that guide behaviour. These normative influences often lie below the surface or are hidden, yet they are powerful. "Many young people grow up in hegemonic societies where gender norms reinforce ideals of male strength and control as well as female vulnerability and need for protection" (Pulerwitz et al., 2019). Norms that perpetuate violence against children occur across a continuum. People follow social norms for varied reasons, but they are compelled to a particular action because they expect a social reward for following the rules and avoid punishments for breaking them (Cislaghi & Heise, 2018). Social issues are social constructs and social fictions prey to influence (Homer Dixon, 2020) and therefore can be leveraged to influence positive change in school settings.

As DeLamater and colleagues (2015, p.95) suggest, "school is the setting in which children are first exposed to universalistic norms and the regular use of symbolic rewards". Based on the findings from the Regional Research on Violence Against Children in Schools in South East Europe (Manion et al., 2021) young people reported significant and diverse levels of violence in and around schools in each of the eight countries studied, but more importantly they identified a range of social and gender norms that promote violent behaviour in schools or fail to stop it. Changing behavior can be challenging. It takes time and patience and there may be backlash. Based on a follow up project, Responding to Peer Violence among Children in Schools and Adjacent Settings, working on shifting social norms that promulgate violence against children should also be done alongside supporting victims, changing policies, and shifting attitudes on violence. Interventions are most effective when they spark collective action and respond to values, beliefs, behaviours, and norms within the community. However, rather than broad sweeping changes, more targeted feasible changes or 'nudges' could be more beneficial (Jachimowicz et al., 2019; Mills, 2021; Thaler & Sunstein, 2009). For instance, Perkins and colleagues (2011) found that exposing students to positive norms increases reporting, reduces peer support for, experiences of, and misperceptions on bullying.

This paper seeks to expand the literature on approaches to nudge social and gender norms to mitigate peer-to-peer violence in schools based on a review of the literature and two case studies that looked at ways to identify and disrupt social and gender norms that perpetuate violence against children.

Keywords: peer-to-peer violence, bullying, schools, social and gender norms.

### **INTRODUCTION**

Social norms are the social foundation for how we collectively navigate our shared space. They can both bolster or mitigate human dignity and equality. Social norms are informal rules that guide behaviour, while gender norms are norms that influence differential behaviour based on gender. The normative influences of both social and gender norms often lie below the surface or are hidden yet are powerful. As such, better understanding their influence and malleability provides opportunities to affect positive change.

Norms that perpetuate violence against children occur across a continuum. By recognising and untangling aspects of the complexity of social norms that perpetuate peer-to-peer violence among children and young people, this paper explores ways to disrupt or nudge social norms to mitigate peer-to-peer violence, particularly in schools and adjacent settings. The paper proposes that nudging social norms can be used to cement social processes that foster children's human dignity, equality and belonging in schools and mitigate the potential negative effects of normative behaviours that propagate violence.

Peer-to-peer violence in schools is a phenomenon that persists (Firmin, 2017; SRSGVAC, 2016). Despite a growing range of ways to explore and tackle peer-to-peer violence, there has been variable attention paid to this in academic literature. Lilleston and colleagues (2017) suggest that by exploring this issue through a public health lens we can better conceptualize violence as a systemic issue with leverage points for prevention. They further speculate that engaging children of all genders in a critical examination of gender norms and stereotypes can redress the social and gender dynamics that perpetuate violence against children.

Until recently academic literature has not included much focus on the role social norms play in propelling violent behaviour or how identifying and nudging these may support positive change. This has cleaved open space for inquiry into how gender norms perpetuate violence in both obvious and oblique ways and how we can alter this.

The following explores the literature that looks at the role social and gender norms play in perpetuating and mitigating violence in schools and explores two case studies drawn from projects in schools in South East Europe. As DeLamater and colleagues (2015, p.95) suggest, "school is the setting in which children are first exposed to universalistic norms and the regular use of symbolic rewards". Focusing on this setting, though findings from the literature, and two projects conducted from 2020-2022, including the Regional Research on Violence Against Children in Schools in South East Europe (Manion et al., 2021) and Responding to peer violence among children in schools and adjacent settings project (Currie et al., 2021), this paper lays out the lessons learned on promoting normative change to tackle peer-to-peer violence against children.

Findings from the literature and the case studies illustrate that changing behavior can be challenging, requiring time, patience and an ability to manage backlash. This requires shifting social norms to better mitigate violence against children to be done alongside supporting victims, changing policies, and shifting attitudes on violence. Effective interventions spark collective action and respond to values, beliefs, behaviours, and norms within the community. However, rather than broad sweeping changes, more targeted feasible changes or 'nudges' are more feasible and potentially more beneficial (Jachimowicz, et al., 2019; Mills, 2021). This paper explores how people can nudge social and gender norms to support more pro-social contexts in schools to reduce peer-to-peer violence and disrupt the status quo. The paper opens with an overview of the issue, i.e., peer-to-peer violence in schools, then outlines the role social and gender norms play in this discourse. With the context outlined, the paper outlines the idea of shifting social norms and reviews findings on effective approaches to do so. It then outlines the two case studies, reflects on the lessons learned on nudging social and gender norms to redress peer-to-peer violence in schools before concluding.

## ISSUE: PEER-TO-PEER VIOLENCE IN SCHOOLS

Violence, including peer-to-peer violence, happens in schools. It is gendered. The way girls experience and perpetuate violence is different from the way boys experience and perpetuate violence. We are also only beginning to understand the ways in which children and young people across a broader gender spectrum experience violence in different corners of the world. “Hegemonic societies where gender norms reinforce ideals of male strength and control as well as female vulnerability and need for protection” creating boundaries of appropriate dress, education, behavior, and occupations for children alike (Pulerwitz et al., 2019, p. 57), which children reinforce through norms. Despite an increase in number and types of interventions targeting violence against children and girls, Ellsberg and colleagues (2017) suggest few are holistic or successfully capture all genders. The power dynamics, gender inequality, childism, tacit acceptance of violent behaviour, social and psychological processes, and a lack of structural interventions reinforce violence against children (Lilleston et al., 2017) for both adult-on-child and peer-to-peer violence. Schools are one setting these dynamics can be unpacked.

Children and young people spend a significant amount of time in school settings, so it is unsurprising it is a place where they experience violence, most commonly from one another. Experiences of violence fall across a spectrum from minor and sporadic to intense and frequent. Exposure to gender-based violence also has a direct impact on educational and other outcomes (Berkowitz, et al., 2001). Given their remit and the amount of time children are in them, schools offer an ideal place to reduce and redress violence against children. Ellsberg and colleagues (2017) argue that structural factors, such as rigid gender norms and differential access to education and resources must include a gendered (and life course) analysis when looking at addressing violence against children and especially girls that considers the interplay of interpersonal, familial, generational, social and environmental contexts. These socially reproduced attitudes regarding gender norms, gender inequality and the acceptability of violence continue to propel violence against children and particularly girls (Jewkes et al., 2019).

The incidents, types, locations, and perpetrators of violence experienced in schools vary. The perpetrators of violence span peers, parents, teachers, and strangers, and includes intimate partner violence. For instance, in England, Scotland and Wales, Rogers and colleagues (2019) found concerning levels of physical, psychological/emotional and sexual abuse within the relationships of 13–17 year old youth. The factors that increase risk of experiencing violence vary. For instance, in the Caribbean and Latin America, Cid (2017) identified known risk factors for violence, including dropping-out from school, poor academic performance, lack of motivation, excess idle time, low quality/quantity adult supervision, and social isolation. The young participants in the case study discussed later noted that children from marginalised groups were more likely to experience violence (Manion et al., 2021) stressing the underlying discriminatory underbelly of violence in schools.

While the experiences of violence pertain to schools, these are not the only relevant settings. Routes to and from school also pose challenges. Plan International (2018) conducted a study on girls experiences of life in cities and like in schools, they found these are not safe places for girls (or women). Girls articulated their feelings of insecurity rooted in male behaviour that included groping, harassment, ‘cat-calling’. The most concerning finding was that the violence was normalised, and few bystanders intervened and actors representing structural supports were indifferent to action. This left girls (and women) to blame themselves for experiencing this behaviour. Similar experiences were

reported by girls participating in the two case study projects within school settings, but also on their routes to and from school. Gender discrimination often serves as a potent force against the capability development of adolescent girls (Harper & Marcus, 2018). Perhaps unsurprisingly given this apparent apathy, Ellsberg and colleagues (2017) found that most youth impacted by violence, across a range of settings, do not seek help or support when encountering violence.

Globally, there have been numerous calls to tackle violence against children more broadly, particularly in schools. For example, the Sustainable Development Goals (particularly #5) emphasise promoting gender equality and empowerment of women and girls by eliminating all forms of violence, harmful practice and exploitation of women and girls. In meeting these goals, INSPIRE (WHO, 2016) further promotes the use of a strategic approach to change attitudes and social norms alongside legislation and life-skills training. Target 5.1 focuses on ending all forms of discrimination against all women and girls by reducing acceptance of and experiences of violence, improving bystander intervention, better understanding abusive behaviours, and increasing support for gender equity and non-violent approaches to parental discipline.

Social norms are a critical driver of violence experienced in childhood (Lilleston et al., 2017), including peer-to-peer violence. Conversely, there are social and gender norms that can mitigate violence and support children's dignity, belonging, and equality. Child advocates and educators in schools are well positioned to disrupt abusive behaviours and destructive social and gender norms (Berkowitz, et al., 2001).

## **THEORY: SOCIAL AND GENDER NORMS**

Norms are the expected or accepted rules which guide, inform and permit behaviours, practices and attitudes (Harper & Marcus, 2018). Norms are what we believe we need to do because our peers, families, communities and societies expect it of us. They are socially developed and entrenched, referring to what it is to be 'normal' in society. The normative influences lie below the surface. Heise and Manji (2016) suggest social norms are social constructs or a shared belief of what others will do and believe they should do in response. People are socialised into social and gender norms throughout childhood and in the everyday practices of adulthood (Harper & Marcus, 2018). Various formal and informal institutional arrangements embed and uphold norms in societies (Harper & Marcus, 2018). Pulerwitz and colleagues (2019) highlight that social norms are entrenched through socialization. This is particularly acute for young people's sense of self and their place in the world and is commonly transmitted via peer-to-peer norms.

Values, attitudes, behaviours and beliefs are distinct, but related to social norms. Similarly, culture influences people's beliefs about typical and appropriate behaviour and shared social expectations that distinguish expected behaviour based on gender or group identity (Harper & Marcus, 2018).

People conform to group expectations, maintaining normative order either through perceived social approval or reward for following the rules or through disapproval or punishment for behaviour that breaks them (Heise & Manji, 2016; Cislighi & Heise, 2018; Harper & Marcus, 2018). Reference groups are those people whose opinion matters most. They hold a powerful, if unspoken, grasp on shaping appropriate behaviour (Heise & Manji, 2016). For adolescents, gender norms influence relationships and the way the reciprocal relationships evolve throughout their development (Pulerwitz et al., 2019). Theories surrounding social norms suggest social issues are social constructs and social

fictions prey to influence (Homer Dixon, 2020) and therefore can be influenced to support positive change in school settings.

Our normative behaviour does not always accord with our personal values, beliefs or attitudes. The norms we adhere to are based on our perception of what is expected, but our assumptions are sometimes incorrect, misperceived, or false and this provides an opportunity to shift normative behaviours. Rogers and colleagues (2019) highlight that the disconnect, or 'pluralistic ignorance' between what one perceives as being encouraged by a social group and the reality has a critical role in dysfunctional relationships dynamics. For instance, an individual may not agree with or support coercive, discriminatory or violent behaviour, but may tolerate it based on an erroneous perception that peers' behaviours are the same and condoned.

There is increasing interest in how social norms perpetuate harmful practices, especially gender norms. Given social and gender norms are powerful forces in influencing human behavior and are shaped by social interactions, proposals have emerged to alter them through evidence- and theory-driven programming (Lilleston et al., 2017). We have seen a growth of frameworks articulating relationships between social changes, social norms, gender continuum, and the contexts in which young people come of age in different areas (Pulerwitz, et al., 2019). This has recently extended to the continuum of social and gender norms that promulgate violence against children in schools, but it is still in its infancy.

By examining the social and gender norms, as experienced by children and young people in schools and adjacent settings, we can better conduct an explicit examination of power and influence over human behaviour, particularly paying attention to who holds power and how they enforce the adherence of social norms to foster alternate and pro-social and gender norms (Pulerwitz et al., 2019). This is malleable and therefore can influence positive change in school settings.

## **IDEA: NUDGING SOCIAL NORMS**

Nudge theory purports that people can nudge behaviour change, and social and gender norms can be shifted. This theory proposes the efficacy of minor changes to reduce destructive norms and behaviours and encourage positive ones to iteratively progress change. Social norms theory predicts that by correcting erroneous perceptions about people's presumed expectations of normative behaviour that lead to unhealthy behaviours, unhealthy or problem behavior can be decreased. Perkins and colleagues (2011) suggest that by changing what is perceived as the norm, you may change in personal attitudes and behaviors.

Thaler and Sunstein (2009) recognise that there is an inherent distrust of nudging social change as it smacks of paternalism, but they also suggest that nudging provides the individual choice while also influencing behaviour to improve lives. By focusing on making minor shifts, people can more easily achieve agreement because it does not restrict their choices (Lilleston et al., 2017). Ly and colleagues (2013) indicate that nudging behaviour is effective, and they outline four potential changes, that nudging can boost self-control or activate a desired behaviour, it can be externally or self-imposed, it can call for individuals to be mindful or mindless regarding their decision; and it can encourage or discourage a particular behaviour (p.30). Harper and Marcus (2018) suggest that 'norm entrepreneurs,' initiate this shift with a new norm becoming established at a point where enough people believe an action to be typical and appropriate and are prepared to undertake it themselves.

In progressing norm change, Pulerwitz and colleagues (2019) suggest the importance of recognizing the relational nature of social norm processes, considering how norms fit within a larger socio-structural system, and articulating ways to promote norms that foster positive change and address negative outcomes. Based on a review of academic and grey literature on the effectiveness of programs seeking to shift social norms to redress social and gender norms that perpetuate violence against children in schools, the following additional themes were distilled.

#### *Identify and understand social and gender norms*

A key component of any project focusing on social and/or gender norms is to identify what norms are in place and what impact they may have. Ellsberg and colleagues (2017) advise addressing multiple forms of violence and negative or discriminatory gender social norms in the review. In doing this, Read-Marshall and Marsh (2016) emphasize the importance of drawing on multiple perspectives, including different voices, but also examining different personal beliefs regarding specific norms, who influences these norms, who ensures adherence to people's behaviour, and what perceptions exist regarding how the community should behave. They recommend engaging young people, parents, family, peers, teachers, religious or social leaders (Read-Hamilton & Marsh, 2016).

#### *Be Gender Responsive*

Paying attention to and challenging discriminatory and damaging gender norms and dynamics is important. As violence is gendered, both Berkowitz and colleagues (2001) and Ellsberg and colleagues (2017) found that programs that focus on all genders with separate programming, or at least considerations for differing gendered experiences, are more effective. In considering the gendered nature of violence, Harper and Marcus (2018) remind readers that adolescent girls hold the least power to enact change and more commonly experience systematic denial and undermining of their voice. Seemingly innocuous and respectful actions by family encouraging respect for elders and parents, can concurrently silence them and undermine their needs. By focusing on a capabilities approach, Harper and Marcus (2018) suggest that the interplay between individual agency, gender norms and the wider institutional environment restricts girls' agency and their opportunities to fully develop their capabilities. To counter this, they suggest not just a focus on norms that quell their agency and voice, but also ones that expand their 'freedoms' and remove obstacles.

Berkowitz and colleagues (2001) also advocate for programs that focus on treating boys as partners in solutions. They suggest male-focused programs in schools can support the development of empathy for victims, teach the meaning of consent, reduce bystander behavior, and re-imagine "what it means to be male" (p.18). Berkowitz (2003) also suggests, "most males are mistaken about other male's attitudes and behaviors towards sex...[and] are uncomfortable with violence against women and with the attitudes, behaviors, and language of men who commit such violence" (p.1). They are also more likely to assume incorrectly that this is not the norm and they therefore do not share their feelings or act on them and "men who engage in verbal and physical violence against women incorrectly interpret other men's silence as approval" (p.1).

#### *Re-orient perceptions and raise awareness*

Rogers and colleagues (2019) highlight the relevance of re-orienting perceptions of normative assumptions. They found that when people were provided with information supporting the accurate perceptions of anti-abuse, people are more likely to prevent violence. Heise and Manji (2016) suggest that, "sometimes all that is required to change behaviour is to correct factually inaccurate information" (p.2). Attesting to this, Perkins and colleagues (2011) found that students assumed peer norms



regarding bullying were three to four times worse than they were and that there were twice as much pro-bullying attitudes than there were. Further they found that this over-assumption was related to personal bullying perpetration and attitudes. Perkins and colleagues (2011) found that by increasing exposure to social norm messaging, for instance posters displaying accurate norms based on survey results, was strongly correlated with greater change in the school. Perspective-taking exercises can also support change at the individual level. In shifting or correcting perceptions, Jewkes and colleagues (2019) propose that process was critical. Effective processes included offering a safe space for dialogue, using group learning, promoting accountable practices, integrating into existing activities, identifying and unlearning harmful norms, discussing gender, masculinities and sexual and gender based violence, engaging leaders, community members and whole communities, and ensuring enough time and resources.

Plan (2018) encourages programs that support men and boys to recognise that sexist behaviour is intolerable, increase respect for girls and women as equal, empower boys to be champions of change and to intervene in challenging group culture.

A range of awareness raising initiatives abound. Plan (2018) suggests everyone can be allies, champions and designers of change. Much of the literature explored leveraging traditional and social media to tackle wide-scale normative change, for instance in asking celebrities to share experiences of bullying and promote anti-bullying activities on social networks and to share effective approaches to mitigate its harm (SRSG, 2016).

#### *Include Reporting Structures and Follow up Support*

Identifying violence requires structures to allow young people to safely report. For instance, SRSG (2016) found success in using child helplines to stop bullying and cyber-bullying, while also raising societal awareness on bullying, particularly online. Perkins and colleagues (2011) found that exposing students to positive norms increased reporting, reduced peer support for bullying, experiences of bullying and misperceptions on bullying. Once identified, Jewkes and colleagues (2019) also highlight the importance of having a holistic, multi-sectoral approach to collaborating with victims and survivors of violence. Additional ideas for creating safety include setting up girl-friendly safe spaces or 'no-violence' spaces (Plan, 2018; Manion et al., 2021). Jewkes and colleagues (2019) also recommend directly engaging girls and couples experiencing/using violence while strengthening access to care and support.

#### *Promote Strengths*

Rogers and colleagues (2019) found that it was more effective to focus on and champion strengths, rather than demonising destructive behaviours. They also highlight the centrality of social norms in developing positive behavior and the promotion of healthy relationships (Rogers et al., 2019). In working with prevention programs with boys, Berkowitz and colleagues (2001) suggest they "are effective when they are comprehensive, intensive, relevant, and employ positive messages" (p.15).

Read-Hamilton and Marsh (2016) promote awareness building and consciousness raising to connect their experiences of violence and injustice through strengths-based shared values of respect for human dignity, fairness, and justice. Cid (2017) identifies mechanisms implicated in promoting positive effects on behaviour of at-risk youth in the Caribbean and Latin America in after-school programs, including team building; promoting self-regulation, self-monitoring, stress-release, personal mentoring, positive aspirations; increasing time with adult supervision and including the family in the program.

#### *Work with Reference Groups*

In leveraging change, it is important to know whose opinion is important for young people. Rogers and colleagues (2019) noted that peer groups are the key mechanism for shifting social norms in schools. They also emphasised the importance of aligning behavior and values within a reference group. Heise and Manji (2016) warn that if a person perceives their peers (or their reference group) to maintain a particular belief, then that person may continue the behaviour to receive their approval. Heise and Manji (2019) suggest that shifting knowledge or individual attitudes is often not enough but working with reference groups to nudge a social norm and create new beliefs can consolidate efforts.

Ellsberg and colleagues (2017) share examples of success in school-based approaches that focus on the different reference groups in specific focus areas, for instance dating violence, a girl's right to education, or in sports-based programming. In nudging change, they drew on positive role models chosen to best influence the reference groups to foster respectful relationships, improve gender-attitudes, and discourage the use of violence by young men.

People absorb social and gender norms from different reference group sources, both near and far. Working directly with individuals in a reference group can work in schools, but programs have also successfully drawn on TV and social media. WHO (2016) suggests community mobilization programmes, mass media/social mobilization, campaigns can support change. By focusing on various levels, advocates can look to both peers in schools and public role models to challenge stereotypes and perspectives on what 'normal' may be (Harper & Marcus, 2018).

#### *Focus on a Web of Meaning – A systems approach*

A systems approach encourages a more complex and nuanced understanding of the interrelationship between social and gender norms, behaviours and attitudes, encouraging a multipronged approach. Further, a public health approach promotes the use of multi-level strategies to target the structural causes of violence against women and girls as well as risk factors at the individual, relationship, and community levels (Read-Hamilton & Marsh, 2016).

Programs that uncover deeper level of understanding contextual elements of differing norms and attitudes held by young people (Rogers et al., 2019) and that recognise the interconnections between social groups and shifting individual perceptions show promise (Lilleston et al., 2019). Three key approaches included directly targeting social norms by correcting misperceptions on what people do or think (or do not do or think), by focusing on shifting attitudes and beliefs that support changing social norms, and by changing behaviors to shift social norms through structural interventions, processes and policies (Lilleston et al., 2019).

Pulerwitz and colleagues (2019) found that exploring the power dynamics and gender norms and dynamics involved in adherence to norms and who benefits helps target intervention, as is understanding the interrelations between individual, social, resource, and institutional domains.

#### *Ensure Contextual Understanding, Buy-in and Training*

Context is critical (Jewkes et al., 2019). Understanding the social and gender norms experienced by individuals makes interventions contextually relevant and paves the ways for community buy-in (Lilleston et al., 2019). Heise and Manji (2016) recommend clarifying values and building consensus, promoting critical reflection by using experiential learning to build strategies around "meta norms". Read-Hamilton and Marsh (2016) link human rights education to uncover local values, aspirations, familiar language and images to augment programs. Jewkes and colleagues (2019) engage formal services in the health and justice sectors to broaden coverage. Harper and Marcus (2018) focus on

community-level deliberation to lead coordinated agreements for change, alongside media messaging to influence attitudes or create awareness that people are widely following new norms.

In embedding supportive approaches, training is vital. Effective training for teachers, staff, parents and community action leaders, as well as community members to support non-violence was a common call (Ellsberg et al., 2017; Jewkes et al., 2019; Berkowitz, et al., 2001), including on what to look for, who to reach out to, how to practice non-violent discipline and how to shift normative behaviour (Berkowitz et al., 2002). Lilleston and colleagues (2017) and WHO (2016) incorporating bystander training.

#### *Structural Support*

Broad recommendations were made under the umbrella of structural supports. Ellsberg and colleagues (2017) encourage using multiple approaches, engaging multiple levels of the social-ecological framework and focusing on structural interventions addressing social determinants of violence against children. One-time presentations are insufficient to offer notable change (Berkowitz, et al., 2001). As such, Jewkes and colleagues (2019) urge sufficient duration, intensity and coverage of programming, as a longer-term approach is more likely to be effective (Ellsberg et al., 2017; Berkowitz, et al., 2001).

Several authors noted the importance of focusing on multiple levels of impact, for instance implementation of laws and judicial action (Harper & Marcus, 2018). At the broad level, WHO (2016) and Plan (2018) push for new laws and policies to be enacted making certain forms of violence, including gender-based violence a punishable offence and Plan (2018) urged that existing laws and policies on sexual harassment be enforced. At the narrower level, authors encourage creating school wide policies to combat gender-based violence, bullying and harassment including special protection from retaliation and strong and easy-to-follow reporting mechanisms and counselling for victims (Berkowitz et al., 2002; WHO, 2016). Lilleston and colleagues (2017) emphasized avoiding the boomerang effect. They also suggested incorporating messages to prevent violence in existing school curricula (attending to gender and race).

Lilleston and colleagues (2017) and Jewkes and colleagues (2019) call for theoretical-driven and evidenced-based intervention approaches and urge better sex-disaggregated data collection on childhood violence to be able to capture program effectiveness.

## **TWO CASE STUDIES**

### **Regional Research on Violence Against Children in Schools**

Case studies help to better understand the efficacy and relevance of looking at social and gender norms and the ways in which to nudge social norms. The Regional Research on Violence Against Children in Schools in South East Europe was an eight-country study conducted by Child Protection Hub for South East Europe (Child Hub), Terre des hommes (Tdh), local researchers, and the International Institute of Child Rights in Development (IICRD) in 2020-2021 in Bulgaria, Moldova, Croatia, Bosnia-Herzegovina, Kosovo, Albania, Serbia, and Romania (and led from Hungary and Canada). Researchers conducted research with the two schools in each country focusing on 12 to 18 year old children in those schools. The young participants, alongside teachers and other adult allies, were asked to define violence, share their experiences of witnessing violence, and identify the social and gender norms related to violence against children in schools and adjacent settings that they witnessed. They were also asked to explore ways to redress or change violence in schools (Manion et al., 2021).

Across all eight countries it was clear that there were significant gendered and diverse levels of violence in schools. There was also widespread tolerance of violence and victim-blaming. The participants identified a range of social and gender norms that promote violent behaviour in schools or mitigate reporting and stopping violence. The circles of protection that children reported varied across the eight countries, but in general they were small. These included both formal and informal supports. They also articulated that changing behavior can be challenging and can attract backlash. In keeping with studies of a similar nature, the research found that changing behaviors and social norms takes time, patience and targeted feasible change. Large numbers of the young participants reported that they did not have self-efficacy to redress violence in their city or in their schools. Children and young people were interested in the concept of advocacy for redressing peer-to-peer violence and other forms of violence experienced within schools, but they did not necessarily feel that they had the tools or support to address these issues. The research highlighted the importance of supporting victims with reporting mechanisms, protective policies and psychological support when attempting to shift social and gender norms. Including children and young people in defining violence and social and gender norms was an important step in outlining opportunities for change. The research also emphasized the usefulness of having supportive policy to support shifting social and gender norms in schools, while also shifting attitudes around violence against children.

### **REVIS: Responding to Peer Violence among Children in Schools and Adjacent Settings (2021)**

Based on the recommendations from the previous research, Tdh and Child Hub crafted a project to work more intentionally and intensely on redressing the social and gender norms. Working in four countries in South East European, Croatia, Bulgaria, Serbia, and Romania, with the support of IICRD, the project started by training eight trainers to work with 80 facilitators to work with teachers and children to promote normative change in schools to tackle violence. The initial training focused on activities to do with children and teachers to recognize and redress social and gender norms that perpetuate violence against children in schools. Facilitators worked with teachers and young people to understand how to identify and respond to peer-to-peer violence in schools by identifying and redressing social and gender norms affiliated with it. In 2022, children involved with the project developed a range of projects to redress violence against children and shift social norms and early findings also suggest a need to include parents in this work to support robust normative change within communities. At the time of writing this was an ongoing project, however early findings support the notion that there is appetite to do this work and that children have creative ideas and energy to make meaningful change.

### **REDRESS: REFLECTIONS ON NUDGING SOCIAL AND GENDER NORMS TO REDUCE PEER-TO-PEER VIOLENCE**

The stories we tell ourselves about violence matter. The social and gender norms around us keep violence happening. We can begin to nudge the change needed to redress the social and gender norms that perpetuate violence. “Building a new norm can often be easier and more strategic than attempting to dismantle a harmful one” (p.4) and “breaking one norm can make it easier to shift associated norms” (Heise & Manji, 2016, p.5).

By simply naming the things that are happening around schools with children and young people that promulgate violence we can begin to recognize, acknowledge, and nudge them. We can untangle the normative behaviours and challenge assumptions underlying this normative order at the structural, social, and individual levels.

To do this, we need to listen to each other and hold space for dialogue with a range of people who are impacted by this, but most importantly with children and young people who experience and witness violence. This includes understanding how they define violence, what they are experiencing or witnessing, where it is happening and under what circumstances, who is perpetuating it, who is failing to intervene or challenge it, and what impact it has on individuals. In doing this, we can make the behaviour we want to change visible. None of these things are consistent or universal and we need to make space for a plurality of voices, experiences, and opinions to find ways to tackle and redress things that are failing to help children. Understanding the local context is crucial and the more specific, the better. We can look to what people believe are facts about violence against young people and challenge them if they are incorrect. With this knowledge we are better positioned to identify the leverage points to nudge change. We can also better learn how to champion positive and strengths-based approaches that re-affirm dignity, belonging and equality. Adult allies, including teachers, parents and community members can be trained with tools to support children and young people to redress and challenge violence and inspire settings that help children and young people to thrive.

Communicating and championing change helps build momentum (Heise & Manji, 2016), particularly when we can target those individuals whose opinions matter most (Heise & Manji, 2016). Shifting norms can include simply sharing factually accurate information about impacts of violence or what people think about it. We know that norms are set by social groups, and social groups have the best chance of changing them. We know that people follow social norms because they believe it is what they need to do to fit in and because they care about what people think about them. We also need to heed the social sanctions that are in place that propel normative order and nudge them accordingly. With this in mind, we can then begin to change the story. Changing the narrative helps us to recalibrate the normative order at the heart of nudging social norms (Manion et al., 2021).

This paper highlighted the importance of sparking collective action and responding to values, beliefs, behaviours, and norms. It also proposed that normative change requires raising awareness at different levels, which is best done when messages are simple. However, rather than broad sweeping changes, more targeted feasible changes or 'nudges' may go a long way to support change (Jachimowicz et al., 2019; Mills, 2021).

## **CONCLUDING THOUGHTS**

A salient point that emerged in reviewing the reflections from the literature and from the two case studies is that it pays to notice the norms that help or hinder children and young people. Social norms reflect behaviors, attitudes, beliefs, and moral judgements about what behaviors are "right" and this profoundly influences behaviour. Behavior is what one does, whereas norms reflect what one think or believes others do, and by identifying and challenging harmful social and gender norms, this paper argues we can nudge change in norms to shift behaviour that better disrupts peer-to-peer violence against children and better fosters norms that enhance dignity, belonging, and equality. With the increasing number of programs attempting to focus on normative change in different sectors, the evidence is beginning to mount on its effectiveness. As Read-Hamilton and Marsh (2016) highlight,

this new generation of prevention programs focused on transformation of social and gender norms can directly address the structural and societal conditions that sustain gender inequality. Further, a systems approach provides the opportunity to unravel the existing power dynamics between victims and perpetrators within a given context while empowering individuals with resources and opportunities to make their own decisions (Lilleston et al., 2017). It is worth focusing on ways to foster social and gender norms that can mitigate violence and support children's dignity, belonging, and equality.

## REFERENCES

- Berkowitz, A. (2003) The social norms approach to violence prevention. Young Men as Allies in Preventing Violence and Abuse: Building Effective Partnerships with Schools. Available at <http://www.alanberkowitz.com/articles/BPI.pdf>
- Berkowitz, A., Jaffe, P., Peacock, D., Rosenbluth, B., & Sousa, C. (2001). Young Men as Allies in Preventing Violence and Abuse: Building Effective Partnerships with Schools with Case Studies by Expect Respect, the Family Violence Prevention Fund, GLSEN, Men Can Stop Rape, Mentors in Violence Prevention. <http://www.alanberkowitz.com/articles/BPIFinal.pdf>
- Cid, A. (2017). Interventions using Regular Activities to Engage High-risk School-age Youth: A Review of After-school Programmes in Latin America and the Caribbean. Background paper. Ending Violence in Childhood Global Report 2017. Know Violence in Childhood. New Delhi, India.
- Cislaghi, B., & Heise, L. (2018). Theory and practice of social norms interventions: eight common pitfalls. *Global Health* 14, (83). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0398-x>
- Currie, V., Manion, K., & Wright, L. (2021). Shifting Norms around Violence in Schools: A Guide for Trainers and Facilitators Working with Children and Young People. [Training Manual]. [https://childhub.org/sites/default/files/library/attachments/Shifting%20Norms%20around%20VAC%20in%20Schools%20Guide-%20REVIS-FINAL%20Participant%20Version\\_3Aug2021.pdf](https://childhub.org/sites/default/files/library/attachments/Shifting%20Norms%20around%20VAC%20in%20Schools%20Guide-%20REVIS-FINAL%20Participant%20Version_3Aug2021.pdf)
- DeLamater, J. D., Myers, D. J., & Collett, J. L. (2015). *Social psychology* (Eighth). Westview Press. <https://doi.org/10.4324/9780429493096>
- Ellsberg, M., Vyas, A., Madrid, B., Quintanilla, M., Zelaya, J., & Stöckl, H. (2017). Violence against adolescent girls: Falling through the cracks. Manuscript in preparation.
- Firmin, C. (2017). *Abuse Between Young People: A Contextual Account*. Routledge.
- Harper, C., & Marcus, R. (2018). What Can A Focus On Gender Norms Contribute To Girls' empowerment?. *Adolescent Girls In Developing Countries*, 22.
- Heise, L., & Manji, K. (2016). Social norms. GSDRC Professional Development Reading Pack, (31).
- Homer Dixon, T. (2020). *Commanding Hope: The Power We Have to Renew a World*. Knopf Canada.
- Jachimowicz, J., Duncan, S., Weber, E. U., Johnson, E. J. (2019). Defaults are not the same by default. *Behavioral Science*. <https://behavioralscientist.org/defaults-are-not-the-same-by-default/>
- Jewkes, R., Stern, E., & Ramsoomar, L. (2019). Preventing violence against women and girls: Community activism approaches to shift harmful gender attitudes, roles and social norms.
- Lilleston, P. S., Goldmann, L., Verma, R. K., & McCleary-Sills, J. (2017). Understanding social norms and violence in childhood: theoretical underpinnings and strategies for intervention. *Psychology, Health & Medicine*, 22(sup1), 122-134.
- Ly, K, Mažar,N., Zhao, M., Soman, D. (2013). *A practitioner's guide to nudging*. University of Toronto.

- Manion, K., Lee, L., Currie, V., Wright, L., Raman, W., & Cislighi, B., Gallopeni, B, Terzi-Barbarosie, D., Mateeva, A., Milojevic, S., Trbus, M., Costache, I., Lazor, T., Zecevic, I. (2021). Regional Research on Violence Against Children in Schools in South East Europe. Report prepared for Terre des hommes. [https://childhub.org/sites/default/files/library/attachments/Regionalis\\_Report\\_final\\_1%20%28%29.pdf](https://childhub.org/sites/default/files/library/attachments/Regionalis_Report_final_1%20%28%29.pdf)
- Mills, S. (2021). The future of nudging will be personal. *Behavioral Science*. <https://behavioralscientist.org/the-future-of-nudging-will-be-personal/>
- Perkins, H.W., Craig, D.W., Perkins, J.M. (2011). Using social norms to reduce bullying: A research intervention among adolescents in five middle schools. *Group Processes & Intergroup Relations*. 14(5):703-722. doi:10.1177/1368430210398004
- Plan International (2018). Unsafe in the City - Research into the everyday experiences of girls and young women. Plan International The State of the Worlds Girls. <https://plan-international.org/unsafe-city>
- Pulerwitz, J., Blum, R., Cislighi, B., Costenbader, E., Harper, C., Heise, L., ... & Lundgren, R. (2019). Proposing a conceptual framework to address social norms that influence adolescent sexual and reproductive health. *The Journal of Adolescent Health*, 64(4 Suppl), S7.
- Read-Hamilton, S., & Marsh, M. (2016). The communities care programme: changing social norms to end violence against women and girls in conflict-affected communities. *Gender & Development*, 24(2), 261-276.
- Rogers, M., Rumley, T. & Lovatt, G. (2019). The Change Up Project: Using Social Norming Theory with Young People to Address Domestic Abuse and Promote Healthy Relationships. *J Fam Viol*, 34, 507–519 <https://doi-org.ezproxy.royalroads.ca/10.1007/s10896-018-0026-9>
- Special Representative of the Secretary General on Violence Against Children (SRSGVAC) (2016). Ending the torment: tackling bullying from the schoolyard to cyberspace.
- Thaler, R. & Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness*, Penguin Books.
- World Health Organization. (2016). INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. World Health Organization.

## **ICCA2022-79536 - Considerações Culturais em Pedopsiquiatria – A Importância da Competência Cultural**

Maria do Rosário Monteiro<sup>1</sup>, Vânia Martins<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário do Porto (Portugal)

<sup>2</sup> Centro Hospitalar e Universitário do Porto (Portugal)

[mrosario.bmonteiro@gmail.com](mailto:mrosario.bmonteiro@gmail.com)

### **Resumo**

A crescente diversidade cultural na maioria das sociedades representa uma série de novos desafios para a oferta de serviços de saúde mental de qualidade. A compreensão do contexto cultural da vivência da doença é essencial para a avaliação diagnóstica e tratamento clínico. A influência cultural molda as definições de normalidade e patológico, a forma de expressão dos sintomas, a compreensão do sofrimento emocional e a consequente procura de ajuda.

A competência cultural é atualmente reconhecida como uma competência essencial para todos os profissionais de saúde mental. Um marco importante, a integração da Formulação Cultural, desde o manual DSM-IV, pretende avaliar as especificidades da identidade cultural do indivíduo e da família, conceptualizações culturais de sofrimento e do problema em questão, existência de stressores psicossociais e características culturais de vulnerabilidade e resiliência. Através da incorporação das especificações culturais, e respeitando a perspectiva da família sobre a criança, visa-se uma melhoria da validade da avaliação diagnóstica ao mesmo tempo facilitando o estabelecimento de uma aliança terapêutica.

Pretende-se a promoção da competência cultural, de maior importância para a crescente capacitação dos clínicos, através da descrição de alguns conceitos chave para a sua aplicação, nomeadamente através do uso da Entrevista de Formulação Cultural. Para tal, foi realizada uma pesquisa não sistemática da literatura disponível no *PubMed* utilizando as palavras-chave “*cultural competence*”, “*child and adolescent psychiatry*”, “*cultural formulation*”.

O trabalho nesta área continua a evoluir em paralelo com outras áreas (educação, serviço social, negócios), à medida que a importância da diversidade cultural é reconhecida nas sociedades.

Palavras-chave: Competência cultural, Saúde mental, Crianças, Adolescentes, Formulação cultural.

### Abstract

The growing cultural diversity in most societies represents a series of new challenges to the availability of mental healthcare services. Understanding the disease under distinct cultural contexts is essential to its diagnosis and treatment. The surrounding culture shapes the definitions of normality and pathological, the way in which symptoms are expressed, the understanding of emotional suffering, and the consequential search for help.

Cultural competence is nowadays recognised as an essential competence for all healthcare professionals. An important steppingstone, the integration of the Cultural Formulation, since the DSM-IV manual, looks to evaluate the specificities of cultural identity of an individual and its family, cultural conceptualizations of suffering and its root cause, the existence of psychosocial stressors and cultural characteristics of vulnerability and resilience. Through the incorporation of cultural specificities, and respecting the family's view of the child, an improvement of the validity of the diagnoses while facilitating the establishment of a therapeutic alliance is the desired outcome.

It is intended then, that cultural competence, of increasingly greater importance to the education of healthcare professionals, is promoted through the description of certain key concepts to their application, namely by the Cultural Formulation Interview. To achieve such, non-systematic research of literature available on *PubMed* was conducted using the key words “*cultural competence*”, “*child and adolescent psychiatry*”, and “*cultural formulation*”.

The research on this topic continues to evolve together with other topics (education, social services, business), as the importance of cultural diversity is increasingly recognised in societies.

Keywords: Cultural Competence, Mental health, Children, Adolescents, Cultural Formulation.

### INTRODUÇÃO

A crescente diversidade cultural na maioria das sociedades representa uma série de novos desafios para a oferta de serviços de saúde mental de qualidade. Cultura refere-se a sistemas de conhecimento, conceitos, regras e práticas que são aprendidos e transmitidos de geração a geração. Cultura inclui linguagem, religião e espiritualidade, estruturas familiares, estágios do ciclo da vida, rituais cerimoniais e costumes, bem como os sistemas morais e legais. Trata-se de um sistema dinâmico que passa por mudanças contínuas ao longo do tempo, especialmente no mundo globalizado atual, no qual a maioria dos indivíduos estão expostos a múltiplas culturas, as quais são usadas por eles para moldar as suas próprias identidades e dar um sentido àquilo que é vivido (Association, 2013; Mian, 2010). Atualmente, as crianças e adolescentes acompanhados em consulta de pedopsiquiatria compõem um grupo cada vez mais heterogêneo com necessidades únicas e diversificadas. É imperativo que a comunidade pedopsiquiátrica esteja preparada para o mundo em constante mudança de forma a fornecer cuidados clínicos adequados, acessíveis e de qualidade. O primeiro passo em direção a esse objetivo é o entendimento do papel da cultura e da competência cultural no atendimento clínico. Especificamente na área da pedopsiquiatria, conciliar pressupostos de saúde mental amplamente validados com valores culturais parentais divergentes representa um



desafio contínuo para os clínicos que trabalham com famílias imigrantes. À medida que o campo da competência cultural evolui, o objetivo altera-se de capacitar o médico numa abordagem mais categórica, isto é, de se tornar especialista em conhecimento, atitudes e práticas de um determinado grupo cultural de pacientes – para um foco no desenvolvimento da medicina adotando uma abordagem dos pacientes num contexto social, cultural e histórico. O objetivo primordial é o reconhecimento da dignidade e autonomia, e prestação de cuidados médicos de alta qualidade a todos os membros da sociedade, independentemente de sexo, raça, etnia, religião, orientação sexual, idioma, origem geográfica ou contexto socioeconómico (Mian, 2010).

## **INFLUÊNCIA CULTURAL NA PEDOPSIQUIATRIA**

É importante salientar que os pressupostos científicos nos quais assentam os diagnósticos psiquiátricos e os respetivos tratamentos são baseados em investigações envolvendo maioritariamente populações de origem europeia, pelo que a sua validade para populações emergentes minoritárias não está plenamente estabelecida (A. J. Pumariega, Rothe, E., Mian, A., Carlisle, L., Toppelberg, C., Harris, T., Gogineni, R. R., Webb, S., Smith, J., 2013). De facto, a influência cultural molda as definições de normal e patológico, assim como a forma de expressão dos sintomas. A compreensão de que um determinado comportamento é anormal e exige atenção clínica depende de normas culturais que são internalizadas pelo indivíduo e aplicadas por outros ao seu redor, incluindo familiares e clínicos. Como tal, o contexto social, cultural e desenvolvimental em que determinado comportamento ocorre é o que permite a distinção entre um comportamento normal ou patológico. Mesmo a expressão emocional normativa pode variar muito entre culturas, podendo ser mal interpretada pelo clínico que está a avaliar. Em última análise, decidir se determinado comportamento é inadequado ou se causa disfunção depende do julgamento social (Canino, 2008). Para além disso, os limiares de tolerância para os sintomas ou comportamentos são diferentes conforme a cultura, o contexto social e a família, assim como a compreensão do sofrimento emocional e a procura de ajuda. A título de exemplo, a taxa de diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Hong Kong é o dobro da taxa em outros países (por exemplo, Estado Unidos da América). Esta discrepância pode ser, em parte, explicada pelo facto de a supressão de comportamentos externalizantes ser estimulada na cultura chinesa, podendo condicionar os pais a um limiar inferior para os comportamentos de hiperatividade e, por conseguinte, aumentando a probabilidade de estes serem relatados como comportamentos perturbadores, suscitando atenção clínica (Canino, 2008).

De facto, os seres humanos não crescem, nem os adultos são pais, de forma isolada, mas em múltiplos contextos, e um notável contexto da parentalidade e da saúde mental infantil é a cultura. Os pais de diferentes panoramas culturais recebem diferentes tipos de orientações sobre práticas parentais, quer sob a forma de livros, comunicação social e sugestões de família e amigos (Bornstein, 2013). Por exemplo, pais de adolescentes Euroamericanos mais frequentemente adotam estilos parentais autoritativos que enfatizam a autonomização do jovem dentro de uma relação responsiva e de apoio, enquanto os Latino-americanos, Afro-americanos e Asio-americanos tendem a adotar uma parentalidade da linha autoritária, com ênfase na obediência e submissão (Steinberg, 1991). As crianças de origem americana são encorajadas a discutir as suas próprias emoções como forma de aumentar a sua compreensão emocional e regulação, já, por exemplo, as famílias chinesas encorajam uma sintonia de acordo com os sentimentos dos outros membros, como chave para a

harmonia do grupo, com contenção da expressão emocional (Chao, 1995). Para além disso, existem grandes variações nas normas culturais no que diz respeito ao desenvolvimento infantil, nomeadamente as diferenças nos marcos de desenvolvimento e na idade esperada para aquisição de determinados comportamentos de autonomização. Este desfasamento de expectativas varia conforme as experiências que os cuidadores proporcionam às crianças, mas também dos padrões e valores esperados dentro de determinada cultura (Bornstein, 2013).

No caso da saúde mental, as divergências entre clínico e família podem frequentemente ter origem no facto de as culturas diferirem substancialmente nas suas perceções dos sintomas e sua etiologia, assim como do seu prognóstico e tratamento. Exemplificando, alguns comportamentos típicos de Perturbação do Espectro do Autismo, como a evicção do contato visual, pode ser percebido como uma forma de respeito por figuras de autoridade, em vez de um sinal de desenvolvimento atípico em algumas culturas asiáticas. Tais diferenças culturais na forma de observar e explicar estas alterações influenciam a deteção e reconhecimento dos primeiros sinais de alerta (Ang, 2017; Schmengler, 2021). Como tal, é imperativo aprender mais sobre as práticas parentais e explicações dos sintomas em diversas culturas, de forma que quer clínicos, professores e outros técnicos que lidam com estas crianças de culturas diversas possam compreender melhor o contexto e atuar eficazmente.

Apesar das evidências apontarem para a prevalência de psicopatologia não variar significativamente entre diferentes raças e etnias, existe uma discrepância considerável na procura de cuidados de saúde mental, o que sugere a existência de múltiplas barreiras sistémicas e logísticas a interferir com o acesso atempado aos mesmos. Estas podem incluir localização e transporte, incompreensão dos procedimentos burocráticos necessários e ausência de apoio linguístico (A. J. Pumariega, Rothe, E. M., Song, S., Lu, F. G., 2010). Para além disso, os significados, costumes e tradições culturais podem contribuir para o estigma social e familiar da doença mental, e para o receio na procura de cuidados de saúde. Posto isto, estas famílias podem procurar apoio médico apenas pela pressão externa que lhes é imposta, por exemplo, pela escola, apoio social ou meios de justiça, ou durante uma situação emergente como resultado do adiamento da procura de apoio. Como tal, o tratamento pode frequentemente iniciar-se assente em condições adversas ou de forma mais urgente, implicando taxas mais altas de interrupção. Estes fatores têm implicações importantes na eficácia do tratamento, com uma melhoria sintomática, mas frequentemente sem remissão devido ao término prematuro, piorando o prognóstico e causando maior taxa de recorrência (A. J. Pumariega, Rothe, E. M., Song, S., Lu, F. G., 2010; Schmengler, 2021).

### **A importância da competência cultural**

O atual sistema de saúde ainda não responde eficazmente às necessidades de populações culturalmente diversas, apesar de já se ter iniciado alguma sensibilização nesse sentido. O reconhecimento das disparidades entre raças e etnias nos cuidados de saúde em geral levaram ao progressivo reconhecimento dessas mesmas discrepâncias nos cuidados de saúde mental. Em resposta a estes crescentes desafios clínicos e de prestação de serviços, a competência cultural tornou-se um dos princípios fundamentais dos sistemas de cuidados comunitários. A competência cultural é definida como a capacidade dos sistemas em fornecer um atendimento personalizado a utentes com diversos valores, crenças e comportamentos, atendendo às suas necessidades sociais, culturais e linguísticas (A. J. Pumariega, Rothe, E., Mian, A., Carlisle, L., Toppelberg, C., Harris, T., Gogineni, R. R., Webb, S., Smith, J., 2013). Uma avaliação culturalmente competente é um processo

complexo, exigindo adaptabilidade, um compromisso de abraçar as diferenças e esforços para ser desenvolvida uma base de conhecimento cultural. A Academia Americana de Pediatria definiu cuidados culturalmente eficientes como “the delivery of care within the context of appropriate physician knowledge, understanding, and appreciation of cultural distinctions leading to optimal health outcomes” (Pediatrics, 2013).

Para os médicos, são definidos alguns conceitos-chave para a implementação de uma avaliação tendo em conta a competência cultural, nomeadamente a consciência dos seus próprios valores culturais e da aceitação da diferença; compreensão da dinâmica da diferença no encontro clínico; algum conhecimento cultural relevante e a capacidade de adaptar a prática clínica ao contexto cultural do paciente (A. J. Pumariega, Rothe, E. M., Song, S., Lu, F. G., 2010). Evidências consideráveis apoiam a ideia de que as diferenças socioculturais entre o paciente e o médico podem influenciar a comunicação e a tomada de decisão clínica. Para além disso, a comunicação com o paciente e a sua família está diretamente ligada à satisfação e adesão terapêutica. Assim, quando as diferenças socioculturais entre o paciente e o clínico não são exploradas, compreendidas ou comunicadas no encontro médico, isso pode resultar em insatisfação, baixa adesão e piores resultados de saúde. Posto isto, não é apenas a cultura do paciente que importa, a “cultura” do clínico é igualmente importante (Mian, 2010).

Um marco importante na consideração da cultura em cuidados de saúde mental é o Esboço da Formulação Cultural, presente desde o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 4ª edição (DSM-IV), secção III. Trata-se de um conjunto de diretrizes desenvolvidas para avaliar as características culturais de um problema de saúde mental e como estas se relacionam com um contexto e uma história social e cultural. Tem o propósito de auxiliar na colheita sistemática de informações sobre:

Identidade cultural do indivíduo: Pretende descrever os grupos de referência racial, étnica ou cultural do indivíduo que podem influenciar as suas relações com os outros, o acesso a recursos, conflitos ou situações ao longo do seu desenvolvimento e atuais. Deve ter-se em conta o grau de envolvimento tanto da cultura de origem quanto da cultura na qual o indivíduo está atualmente inserido. As preferências de uso da linguagem são relevantes para identificar dificuldades no acesso ao atendimento, integração social e a necessidade de um intérprete. A comunicação entre o clínico e a família deve idealmente ser realizada na mesma língua, o que é fundamental para a obtenção de informações clínicas precisas e no estabelecimento de uma aliança terapêutica. Facilmente se percebe que as dificuldades na utilização da mesma língua entre o clínico e família vai impactar a colheita da história clínica, com possível entendimento errado do significado cultural e clínico dos sintomas e comportamentos. Comumente, a ausência de serviços de intérpretes suscita a utilização de familiares, irmãos ou mesmo a própria criança para traduzir. A tradução realizada pela criança ou jovem afetada nunca deve ser utilizada, dado o seu efeito deletério no funcionamento familiar. Da mesma forma, quaisquer instrumentos de classificação utilizados devem ser validados para a população em questão (Association, 2014; A. J. Pumariega, Rothe, E. M., Song, S., Lu, F. G., 2010). Outros aspetos clinicamente relevantes da identidade podem incluir a afiliação religiosa, origem socioeconómica, local de nascimento e crescimento do indivíduo e da família e status de imigração (Association, 2014). É importante avaliar o nível de aculturação tanto da criança/ adolescente quanto dos seus pais e restante família. A aculturação afeta diretamente a tarefa de desenvolvimento e consolidação da identidade, etapa crucial do período da adolescência.

Conceitos culturais de sofrimento: Referem-se à forma como os grupos culturais vivenciam, entendem e comunicam o sofrimento, problemas comportamentais ou emoções e pensamentos. Constituem diferentes pontos de vista relativamente à saúde mental baseados em diferentes modelos explicativos da vivência do sofrimento emocional. Podem ser distinguidos três tipos de conceitos culturais: os síndromes culturais, um grupo de sintomas concorrentes, relativamente invariáveis, encontrados num grupo cultural, numa comunidade ou num contexto específico, e que são reconhecidos localmente como padrões coerentes de experiência; os idiomas culturais de sofrimento, por sua vez, são formas coletivas e compartilhadas de expressão emocional que podem não envolver sintomas específicos; por fim, as explicações culturais, que são atribuições ou características de um modelo explicativo que indicam um significado ou etiologia culturalmente reconhecida para os sintomas, doença ou sofrimento. Entre diferentes grupos culturais, de facto, existem diferenças modeladas culturalmente nos sintomas apresentados, na forma de falar sobre o sofrimento e nas causas percebidas, as quais estão, por sua vez, associadas a estratégias para lidar com as situações difíceis (coping) e a padrões de procura de ajuda. Posto isto, o nível de gravidade e o significado das experiências de sofrimento devem ser avaliados em relação às normas dos grupos de referência cultural do indivíduo, exigindo uma abordagem e gestão abrangente. A ausência de consideração destes fatores pode levar os clínicos a julgar erroneamente a gravidade de um problema ou atribuir o diagnóstico errado (por exemplo, explicações espirituais pouco familiares para o clínico podem ser entendidas erroneamente como psicose). A avaliação dos padrões de coping e de procura de ajuda deve considerar o uso de apoio profissional, bem como fontes tradicionais, alternativas ou complementares (Association, 2014). Nas últimas décadas o interesse pelos síndromes culturais em psiquiatria tornou-se clara com a inclusão dos mesmos no DSM-IV (na altura denominados síndromes ligados à cultura)(Teodoro, 2020). Com o propósito de melhorar a precisão de diagnóstico e a abrangência da avaliação clínica, o DSM-5 apresenta, inclusivamente, um glossário que fornece exemplos de conceitos culturais de sofrimento bem estudados que ilustram a relevância da informação cultural para o diagnóstico clínico e algumas das inter-relações entre síndromes culturais, expressões idiomáticas de sofrimento e explicações causais. Portanto, o clínico deve determinar se os indivíduos que se apresentam com esses conceitos culturais preenchem os critérios do DSM-5 para uma perturbação específica. Após a determinação de algum diagnóstico, os termos e explicações culturais devem ser incluídos nas formulações do caso, auxiliando no esclarecimento dos sintomas e atribuições etiológicas, que, de outra forma, poderiam ser confusos para o clínico (Association, 2014).

Stressores psicossociais e características culturais de vulnerabilidade e resiliência: Uma importante fonte de variação na prevalência de determinadas patologias entre culturas pode estar relacionada com a variada exposição a diferentes fatores de risco e proteção associados à patogénese da doença (Canino, 2008). Este item identifica os principais stressores e apoios no ambiente social do indivíduo e o papel da religião, da família e de outras redes sociais (por exemplo amigos, vizinhos, colegas de trabalho) na oferta de apoio emocional, instrumental e informação. Os níveis de funcionamento, incapacidade e a resiliência devem ser avaliados à luz dos grupos de referência cultural do indivíduo. É de valorizar o stress provocado pelo processo de aculturação, conflito interno resultante da dualidade entre os valores culturais internos e a pressão para assimilação e adaptação à cultura dominante a que estão expostos através de meios de comunicação social e ameaças de discriminação e marginalização. O stress da aculturação pode aumentar o risco de psicopatologia

incluindo abuso de substâncias, depressão, ansiedade, suicídio, distúrbio de conduta e perturbação de stress pós-traumático. A investigação apoia que os melhores resultados adaptativos para os jovens estão associados ao desenvolvimento de uma identidade bicultural, em que o jovem permanece enraizado à sua cultura de origem, mas tem o conhecimento necessário e capacidades interpessoais para lidar de forma bem-sucedida com a cultura em que está atualmente inserido. Contudo, discrepâncias no nível de aculturação entre pais e filhos, com incongruências de valores e expectativas, podem resultar em conflitos e distanciamento intergeracional. Tais discrepâncias são mais proeminentes durante a adolescência, podendo ter um papel na sintomatologia apresentada pelo jovem. Para além disso, o stress parental e separações familiares podem agravar o stress de aculturação, enquanto relações familiares positivas podem amenizá-lo (A. J. Pumariega, Rothe, E., Mian, A., Carlisle, L., Toppelberg, C., Harris, T., Gogineni, R. R., Webb, S., Smith, J., 2013).

Aspetos culturais do relacionamento entre o indivíduo e o clínico: Identifica as diferenças na situação cultural, nomeadamente sociais e de linguagem entre um indivíduo e o clínico que podem causar dificuldades na comunicação e influenciar o diagnóstico e o tratamento. Em casos em que a apresentação clínica é pouco clara ou ambígua, os médicos podem, inadvertidamente, apoiar-se em estereótipos culturais, negligenciando as experiências únicas, apresentação clínica ou contexto sociocultural. É importante reforçar que os médicos devem estar cientes de que os estereótipos culturais podem interferir com o seu julgamento clínico, culminando num tratamento desigual e por vezes inadequado à situação, culminado invariavelmente em baixa adesão (Association, 2014; A. J. Pumariega, Rothe, E. M., Song, S., Lu, F. G., 2010).

Avaliação cultural geral: Pretende resumir todos os componentes das secções anteriores e quais as suas implicações para o diagnóstico, assim como outras questões ou problemas identificados que sejam clinicamente relevantes (Association, 2013). Portanto, dado o dinamismo cultural, uma formulação cultural que reconhece todas as relações que contribuem para a identidade de um paciente irá abordar mais profundamente as suas necessidades psicológicas de apoio (Aggarwal, 2010; A. J. Pumariega, Rothe, E. M., Song, S., Lu, F. G., 2010).

O DSM-5 não somente inclui a versão atualizada do Esboço da Formulação Cultural, como também apresenta uma abordagem mais prática para a sua avaliação, usando a Entrevista de Formulação Cultural (EFC), localizada na secção III do manual. A EFC é uma entrevista semiestruturada consistindo num protocolo de 16 questões abertas que serve como um guia para a avaliação sistemática dos fatores culturais no encontro clínico, sobre o impacto da cultura nos principais aspetos da apresentação clínica e do atendimento de um indivíduo, da sua própria visão e das visões dos outros na sua rede social. Tem o objetivo de melhorar a validade cultural da avaliação diagnóstica, facilitar o planeamento do tratamento e promover a adesão e a satisfação do indivíduo. Esta abordagem pretende evitar o estabelecimento de estereótipos, dado que o conhecimento cultural de cada indivíduo afeta a sua interpretação da experiência da doença e orienta quais os meios de procura de ajuda. A EFC pode ser especialmente útil quando as diferenças significativas na origem cultural, religiosa ou socioeconómica dificultam a avaliação diagnóstica, na distinção entre sintomas culturalmente peculiares e os critérios de diagnóstico, na dificuldade de avaliação do prejuízo dos sintomas no funcionamento. A entrevista consiste de quatro domínios, em que é pedido ao paciente (ou pessoas do seu ambiente mais próximo) que defina o seu problema de saúde na tentativa de obter as suas próprias explicações, incluindo as descrições não médicas. O protocolo da entrevista também menciona perguntas no sentido de identificar quaisquer fatores culturais que

possam ter afetado a capacidade de procura de ajuda no passado, incluindo cuidados médicos, grupos de suporte, grupos religiosos ou espirituais, curandeiros tradicionais entre outros.

No DSM-5 a entrevista está formatada em duas colunas de texto, a coluna da esquerda descreve os objetivos de cada domínio da entrevista, a coluna da direita contém exemplos de perguntas que ilustram como explorar esses domínios. Não tendo o objetivo de ser exaustiva, deve ser utilizada com a flexibilidade necessária para permitir um fluxo de informação natural entre o clínico e o indivíduo, podendo inclusivamente apenas serem incorporados alguns componentes à avaliação clínica quando necessário. As informações obtidas com a EFC devem ser integradas com todos os demais materiais clínicos disponíveis numa avaliação clínica abrangente e contextual (Association, 2014). A DSM-5 disponibiliza também a EFC – Versão do Informante para obter informações dos cuidadores, no caso de se tratar de uma criança/ adolescente, em indivíduos com perturbação psicótica descompensada ou com prejuízo cognitivo (Figuras 1 e 2). Para além da Entrevista de Formulação Cultural, o DSM-5 contém ainda nos critérios de diagnóstico e no texto descritivo informações sobre as variações culturais na prevalência, sintomatologia e conceitos culturais associados, chamando a atenção para outras condições que podem ser o foco da atenção clínica, nomeadamente problemas de aculturação, problemas na relação entre os pais e os filhos ou problemas religiosos/ espirituais.

**Figura 1. Entrevista de Formulação Cultural – Versão do Informante**

---

**Entrevista de Formulação Cultural (EFC) – Versão do Informante**

---

<b>Orientação para o Entrevistador</b>	<b>AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM <i>ITÁLICO</i>.</b>
<i>As perguntas seguintes objetivam esclarecer aspectos centrais do problema clínico apresentado segundo o ponto de vista do informante. Isso inclui o significado do problema, fontes potenciais de ajuda e expectativas de serviços.</i>	<b>INTRODUÇÃO PARA O INFORMANTE:</b> Eu gostaria de compreender os problemas que trouxeram seu familiar/amigo aqui para que eu possa ajudá-lo mais efetivamente. Quero saber sobre as <i>suas</i> vivências e ideias. Vou lhe fazer algumas perguntas sobre o que está acontecendo e sobre como você e seu familiar/amigo estão lidando com isso. Não há respostas certas ou erradas.
<b>RELACIONAMENTO COM O PACIENTE</b>	
<i>Esclareça o relacionamento do informante com o indivíduo e/ou família do indivíduo.</i>	1. Como você descreveria seu relacionamento com [INDIVÍDUO OU COM A FAMÍLIA]? <i>INVESTIGUE SE NÃO ESTIVER CLARO:</i> Com que frequência você vê [INDIVÍDUO]?
<b>DEFINIÇÃO CULTURAL DO PROBLEMA</b>	
<i>Obtenha a visão do informante sobre os problemas centrais e as preocupações principais.</i>	2. O que traz seu familiar/amigo aqui hoje? <b>SE O INFORMANTE DÁ POUCOS DETALHES OU APENAS MENCIONA OS SINTOMAS OU UM DIAGNÓSTICO MÉDICO, INVESTIGUE:</b> As pessoas frequentemente entendem os problemas da sua própria maneira, que pode ser semelhante ou diferente de como os médicos os descrevem. Como <i>you</i> descreveria o problema [DO INDIVÍDUO]?
<i>Foque na maneira própria do informante de entender o problema do indivíduo.</i>	
<i>Use o termo, expressão ou breve descrição obtida na pergunta 1 para identificar o problema nas perguntas posteriores (p. ex., “o conflito dele com seu filho”).</i>	
<i>Pergunte como o informante expõe o problema para membros da rede social.</i>	3. Às vezes, as pessoas têm formas diferentes de descrever o problema para a família, amigos ou outras pessoas na sua comunidade. Como <i>you</i> descreveria o problema [DO INDIVÍDUO] para eles?
<i>Foque nos aspectos do problema que mais importam para o informante.</i>	4. O que mais o incomoda em relação ao problema [DO INDIVÍDUO]?

## PERCEPÇÕES CULTURAIS DE CAUSA, CONTEXTO E APOIO

### CAUSAS

*Esta pergunta indica o significado da condição para o informante, o qual pode ser relevante para o atendimento clínico.*

*Observe que os informantes podem identificar múltiplas causas, dependendo do aspecto do problema que eles estão considerando.*

*Foque nas visões dos membros da rede social do indivíduo. Elas podem ser diferentes e variar em relação à visão do informante.*

5. Por que você acha que isso está acontecendo com [O INDIVÍDUO]? O que você acha que são as causas do seu [PROBLEMA]?

*INVESTIGUE MAIS, SE NECESSÁRIO:*

Algumas pessoas podem explicar o problema como resultado de coisas ruins que acontecem na sua vida, problemas com os outros, uma doença física, uma razão espiritual ou muitas outras causas.

6. O que outros familiares [DO INDIVÍDUO], seus amigos ou outras pessoas na comunidade acham que está causando o [PROBLEMA] [DO INDIVÍDUO]?

### ESTRESSORES E APOIOS

*Obtenha informações sobre o contexto de vida do indivíduo, focando nos recursos, apoios sociais e resiliência. Também podem ser investigados outros apoios (p. ex., de colegas de trabalho, da participação na religião ou espiritualidade).*

*Foque nos aspectos estressantes do ambiente do indivíduo. Também podem ser investigados, p. ex., problemas de relacionamento, dificuldades no trabalho ou escola ou discriminação.*

7. Existe algum tipo de apoio que melhora seu [PROBLEMA], como o apoio da família, amigos ou outros?

8. Existe algum tipo de estresse que piora seu [PROBLEMA], como dificuldades com dinheiro ou problemas familiares?

### PAPEL DA IDENTIDADE CULTURAL

Às vezes, aspectos da origem ou identidade da pessoa podem melhorar ou piorar o [PROBLEMA]. Por *origem* ou *identidade*, quero dizer, por exemplo, as comunidades às quais você pertence, as línguas que você fala, de onde você ou sua família são, seu gênero ou orientação sexual e sua fé ou religião.

*Peça ao informante que reflita sobre os elementos mais proeminentes da identidade cultural do indivíduo. Use essas informações para adequar as perguntas 9-10, quando necessário.*

*Investigue aspectos da identidade que melhoram ou pioram o problema.*

*Investigue quando necessário (p. ex., piora clínica em consequência de discriminação devido à condição de migração, raça/etnia ou orientação sexual).*

*Investigue quando necessário (p. ex., problemas relacionados a migração; conflito entre gerações ou devido a papéis de gênero).*

9. Para você, quais são os aspectos mais importantes da origem ou identidade [DO INDIVÍDUO]?

10. Existem aspectos da origem ou identidade [DO INDIVÍDUO] que fazem diferença para seu [PROBLEMA]?

11. Existem aspectos da origem ou identidade [DO INDIVÍDUO] que estão causando outras preocupações ou dificuldades para ele?



**ORIENTAÇÃO PARA O ENTREVISTADOR**

AS INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR ESTÃO EM *ITÁLICO*.

FATORES CULTURAIS QUE AFETAM A CAPACIDADE DE LIDAR COM SITUAÇÕES DIFÍCEIS (SELF-COPING) E A BUSCA DE AJUDA NO PASSADO  
CAPACIDADE DE LIDAR COM SITUAÇÕES DIFÍCEIS (SELF-COPING)

*Esclareça a capacidade de lidar com situações difíceis (self-coping) do indivíduo para o problema.*

12. Às vezes, as pessoas têm formas variadas de lidar com problemas como [PROBLEMA]. O que [O INDIVÍDUO] fez por sua conta para enfrentar seu [PROBLEMA]?

BUSCA DE AJUDA NO PASSADO

*Investigue várias fontes de ajuda (p. ex., atendimento médico, tratamento de saúde mental, grupos de apoio, aconselhamento no trabalho, curandeirismo, aconselhamento religioso ou espiritual, outras formas de cura alternativas).*

*Investigue quando necessário (p. ex., “Que outras fontes de ajuda ele usou?”).*

*Esclareça a vivência e a apreciação do indivíduo em relação à ajuda anterior.*

13. Frequentemente, as pessoas procuram ajuda em muitas fontes distintas, incluindo diferentes tipos de médicos, pessoas que ajudam ou curandeiros. No passado, que tipos de tratamento, ajuda, aconselhamento ou cura [O INDIVÍDUO] procurou para seu [PROBLEMA]?  
*INVESTIGUE CASO ELE NÃO DESCREVA A UTILIDADE DA AJUDA RECEBIDA:*  
Que tipos de ajuda ou tratamento foram mais úteis? E não úteis?

BARREIRAS

*Esclareça o papel das barreiras sociais à busca de ajuda e ao acesso a atendimento e problemas de adesão em tratamento anterior.*

*Investigue detalhes quando necessário (p. ex., “O que atrapalhou?”).*

14. Alguma coisa impediu [O INDIVÍDUO] de obter a ajuda de que precisava?

*INVESTIGUE QUANDO NECESSÁRIO:*

Por exemplo, dinheiro, compromissos profissionais ou familiares, estigma ou discriminação ou ausência de serviços que entendam sua língua ou origem?

FATORES CULTURAIS QUE AFETAM A BUSCA DE AJUDA ATUAL

PREFERÊNCIAS

*Esclareça as necessidades detectadas e as expectativas atuais de ajuda do indivíduo segundo o ponto de vista do informante.*

*Investigue caso o informante liste apenas uma fonte de ajuda (p. ex., “Que outros tipos de ajuda seriam úteis para [O INDIVÍDUO] neste momento?”).*

*Foque nas visões da rede social em relação à busca de ajuda.*

Agora, vamos falar sobre a ajuda de que [O INDIVÍDUO] precisa.

15. Que tipos de ajuda você acha que seriam mais úteis para ele neste momento para seu [PROBLEMA]?

16. Existem outros tipos de ajuda que a família dele, amigos ou outras pessoas sugeriram que seriam úteis para ele agora?

RELACIONAMENTO CLÍNICO-PACIENTE

*Investigue possíveis preocupações a respeito do clínico ou do relacionamento clínico-paciente, incluindo a percepção de racismo, barreiras de língua ou diferenças culturais que podem abalar a boa vontade, a comunicação ou a prestação do atendimento.*

*Investigue detalhes quando necessário (p. ex., “De que maneira?”).*

*Aborde as possíveis barreiras ao atendimento ou preocupações sobre o clínico ou sobre o relacionamento clínico-paciente levantadas anteriormente.*

Às vezes, médicos e pacientes entendem-se mal porque provêm de origens diferentes ou têm expectativas diferentes.

17. Você se preocupou com isso e existe alguma coisa que possamos fazer para prestar [AO INDIVÍDUO] o atendimento de que ele precisa?

Fonte: (Association, 2014)

## Tratamento culturalmente informado – Princípios gerais

O tratamento de crianças e adolescentes de minorias culturais tem necessariamente de ser contextual e integrativo, abordando as necessidades psicossociais e culturais, bem como psicológicas e biológicas. O stress relacionado com aculturação e os conflitos intergeracionais provocados pelos

diferentes níveis de aculturação intrafamiliar devem ser debatidos na avaliação e respetivo tratamento de crianças imigrantes e de minorias culturais. Uma abordagem culturalmente competente promove a incorporação de crenças, valores, práticas e rituais culturais no tratamento, utilizando estratégias psicoeducativas que criam a ponte entre a compreensão tradicional da doença e o seu tratamento e as conceptualizações do modelo médico-científico. Como tal, o processo de tomada de decisão partilhada, onde os aspetos culturais são integrados na implementação da prática clínica baseada na evidência é crucial para a melhoria dos cuidados, garantindo também uma melhor adesão ao tratamento. As modalidades de tratamento culturalmente adaptadas podem ter alguma melhoria na eficácia em comparação com intervenções padronizadas, embora a evidência ainda seja mista. Os clínicos podem eventualmente consultar e colaborar com curadores tradicionais (por exemplo xamãs ou curandeiros) e tentar incluir rituais e cerimónias em psicoterapia com as crianças/ adolescentes (A. J. Pumariega, Rothe, E., Mian, A., Carlisle, L., Toppelberg, C., Harris, T., Gogineni, R. R., Webb, S., Smith, J., 2013). Da mesma forma, os clínicos devem aconselhar e alertar as famílias sobre abordagens parentais naturalistas que podem ser aceitáveis na sua cultura de origem, mas que são consideradas inaceitáveis ou ilegais na cultura dominante do país atual. Dada a real dificuldade em incorporar nas intervenções psicoterapêuticas os valores e crenças das famílias, por vezes tão distintas das do clínico, o encaminhamento para médicos da mesma cultura ou programas comunitários orientados para grupos culturais específicos foi associado a melhor adesão. Não obstante, é importante reforçar que em algumas culturas, a psicoterapia é incomum e mesmo estigmatizante, pelo que, por vezes, as famílias podem aceitar e ter melhor adesão às abordagens terapêuticas com uma orientação prática focada no problema. Igualmente, as intervenções terapêuticas devem focar-se na melhoria das relações intrafamiliares dado constituírem um fator de bom prognóstico. As intervenções familiares têm sido utilizadas de forma bem-sucedida com adolescentes na abordagem dos conflitos intergeracionais, nomeadamente no distanciamento familiar aculturativo, nas separações familiares e efeitos da discriminação racial (A. J. Pumariega, Rothe, E., Mian, A., Carlisle, L., Toppelberg, C., Harris, T., Gogineni, R. R., Webb, S., Smith, J., 2013). O clínico deve apoiar os pais no desenvolvimento de estratégias parentais estejam de acordo com os seus próprios valores culturais, promovendo ao mesmo tempo a flexibilidade necessária para lidar com a criança/ adolescente que já adquiriu hábitos culturais do país atual. Psicoterapia de grupo, particularmente abordagens que integram temas de identidade cultural e étnica, psicoeducação e estratégias de coping em consonância com a cultura de origem, foram relatadas como sendo bem aceites e bem sucedidas (A. J. Pumariega, Rothe, E. M., Song, S., Lu, F. G., 2010).

Quanto ao uso de medicação, além da necessidade de ter em conta questões etnofarmacológicas, há inúmeros aspetos da farmacoterapia com crianças de minorias que requerem atenção. Estes incluem a colaboração familiar e o respetivo consentimento informado adequado, a desmistificação dos motivos pelos quais se está a propor medicação (não apenas sobre os mecanismos de ação, mas também abordando quaisquer suspeitas e mitos culturais); e *empowerment* das crianças/ adolescentes e respetivas famílias na tomada de escolhas informadas sobre o uso de medicação. Há ainda escassa pesquisa na área da psicofarmacologia em crianças e adolescentes de minorias étnicas, em grande parte provocado pela reduzida inclusão em ensaios clínicos (A. J. Pumariega, Rothe, E. M., Song, S., Lu, F. G., 2010).

## CONCLUSÃO:

O trabalho na área da competência cultural na saúde mental das crianças e adolescentes continua a evoluir e a desenvolver-se em paralelo com outros campos (tais como educação, serviços sociais, entidades empregadoras), à medida que se toma consciência da sua importância para a nossa sociedade multicultural. A pesquisa realizada no âmbito deste trabalho sugere que as questões relacionadas com a cultura e o contexto podem ser centrais na determinação da forma como a psicopatologia infantil se pode manifestar. Surpreendentemente, ainda não estão disponíveis linhas de orientação que abordem as considerações práticas ou teóricas sobre como as questões culturais e étnicas afetam a avaliação e o respetivo tratamento de perturbações psiquiátricas em crianças e adolescentes, para além do Esboço e a Entrevista de Formulação Cultural, presente no DSM-5. Na ausência destas diretrizes, o primeiro requisito é que os médicos determinem se os critérios diagnósticos têm validade face à população a ser avaliada. Para tal, o clínico deverá analisar o contexto dos comportamentos que parecem traduzir psicopatologia, nomeadamente se as características são inerentes às crenças culturais, se os comportamentos são funcionais ou se traduzem conflito e causam sofrimento (Canino, 2008). Como tal, os clínicos terão de estar necessariamente atentos às especificidades culturais na avaliação psiquiátrica, focando-se não apenas nos aspetos médicos e biográficos, mas também no contexto cultural. Variações no que é normativo em diferentes culturas desafiam as suposições sobre o que é universal e promovem a compreensão de como as relações pais-filhos se desdobram de maneiras culturalmente universais e específicas (Bornstein, 2013).

Há a necessidade de fornecer aos clínicos que trabalham com famílias culturalmente diversas informações claras e orientações práticas sobre até que ponto a origem cultural e o contexto afetam a expressão sintomática, e da possível existência de síndromes culturais. A utilização da Formulação Cultural é um importante progresso para a prática clínica. Contudo, há a necessidade de mais estudos sobre a sua aplicação, de forma a ser aperfeiçoada em todos os seus componentes. O estabelecimento de uma forte aliança terapêutica nos primeiros encontros com a família e a criança ou jovem; a identificação de fatores que pesam no fardo da doença e o reconhecimento de fatores promotores de maior adesão terapêutica continuam a ser um importante desafio futuro para os clínicos que trabalham com populações minoritárias.

## REFERÊNCIAS

- Aggarwal, N. K. (2010). Cultural Formulations in Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 306-309. doi:10.1016/j.jaac.2010.01.001
- Ang, W. (2017). Bridging culture and psychopathology in mental health care. *European Child Adolescent Psychiatry*, 26(2), 263-266. doi:10.1007/s00787-016-0922-6
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*.
- Association, A. P. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (Vol. 5ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Bornstein, M. H. (2013). Parenting and child mental health: a cross-cultural perspective. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(3), 258-265. doi:10.1002/wps.20071
- Canino, G., Alegria, M. (2008). Psychiatric diagnosis - is it universal or relative to culture? *Journal Child Psychology Psychiatry*, 49(3), 237-250. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01854.x

- Chao, R. K. (1995). Chinese and European American Cultural Models of the Self Reflected in Mothers' Childrearing Beliefs. *Ethos*, 23(3), 328-354.
- Mian, A. I., Al-Mateen, C. S., Cerda, G. (2010). Training child and adolescent psychiatrists to be culturally competent. *Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 19(4), 815-831. doi:10.1016/j.chc.2010.08.004
- Pediatrics, A. A. o. (2013). Enhancing pediatric workforce diversity and providing culturally effective pediatric care: implications for practice, education, and policy making. *Pediatrics*, 132(4), e1105-1116. doi:10.1542/peds.2013-2268
- Pumariaga, A. J., Rothe, E. M., Song, S., Lu, F. G. (2010). Culturally informed child psychiatric practice. *Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 19(4), 739-757. doi:10.1016/j.chc.2010.07.004
- Pumariaga, A. J., Rothe, E., Mian, A., Carlisle, L., Toppelberg, C., Harris, T., Gogineni, R. R., Webb, S., Smith, J. (2013). Practice parameter for cultural competence in child and adolescent psychiatric practice. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 52(10), 1101-1115. doi:10.1016/j.jaac.2013.06.019
- Schmengler, H., Cohen, D., Tordjman, S., Melchior, M. . (2021). Autism Spectrum and Other Neurodevelopmental Disorders in Children of Immigrants: A Brief Review of Current Evidence and Implications for Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry*, 12(328). doi:10.3389/fpsy.2021.566368
- Steinberg, L., Mounts, N. S., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1(1), 19-36.
- Teodoro, T., Afonso, P. (2020). Síndromes Psiquiátricas Ligados à Cultura e Conceitos Culturais de Sofrimento em Psiquiatria. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(3), 118-126. doi:10.51338/rppsm.2020.v6.i3.139

## **ICCA2022-79815 - A ansiedade nos adolescentes portugueses e o medo de falhar e da crítica**

Marta Oliveira<sup>1</sup>, Rita Almeida<sup>1</sup>, Fernando Barbosa<sup>1</sup>, Fernando Ferreira-Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratory of Neuropsychophysiology, University of Porto (Portugal)

*martafilipaoliveira@gmail.com*

### **Resumo**

As perturbações de ansiedade constituem as psicopatologias mais frequentes em crianças e adolescentes. Elevados níveis de ansiedade mantêm o indivíduo hipervigilante ao longo do tempo, levando-o a detetar potenciais ameaças mais rapidamente, mas lentificando o seu processamento cognitivo devido a um défice na regulação pré-frontal.

A interpretação que o indivíduo faz das ameaças sociais parece estar intimamente associada ao medo de falhar e da crítica, e sendo disfuncional, pode comprometer a adaptação do adolescente não só a nível social (ter medo de parecer idiota, ou ser gozado) mas também no seu rendimento académico (medo de reprovar num teste).

O presente trabalho analisa a associação entre os níveis de ansiedade do adolescentes e o medo de falhar e da crítica. Estes estados emocionais foram avaliados através dos instrumentos: "The Youth Anxiety Measure for DSM-5" (YAM-5; Muris et al., 2017b), adaptado para adolescentes portugueses, e "The Fear Schedule Survey for Children-Revised" (FSSC-R; Ollendick, 1983). Após ser obtida a

permissão do responsável legal e o assentimento do adolescente, 277 (11-16 anos) participantes preencheram um questionário online.

Os resultados mostram correlações positivas entre as dimensões avaliadas- ansiedade e medo de falhar e da crítica- bem como entre a ansiedade e outros tipos de medo (como o medo do desconhecido ou da morte), sugerindo que níveis mais elevados de ansiedade influenciam o nível de medo relatado, em várias dimensões.

Este trabalho reforça a importância de um rastreio sistemático das perturbações de ansiedade nos adolescentes devido à sua influência no ajustamento social e académico.

Palavras-chave: Medo de falhar e da crítica; Ansiedade; Adolescência

## Abstract

Anxiety disorders are the most common psychopathologies among children and adolescents, leading to a cognitive bias that brings the individual to a faster detection of threatening stimuli. On the other hand, cognitive processing is slower due to a pre-frontal regulation deficit, maintaining hypervigilance across time.

The fear of failure and criticism relates to individual interpretation of social threats and can compromise the adolescent's academic (fear of failing a test) and social adjustment (afraid of looking foolish or being teased).

The current work analyses the association between the fear of failure and criticism, and adolescent's anxiety. Emotional states of the participants were assessed through psychometric instruments: "The Youth Anxiety Measure for DSM-5" (YAM-5; Muris et al., 2017b), adapted for Portuguese adolescents, and "The Fear Schedule Survey for Children-Revised" (FSSC-R; Ollendick, 1983).

After the legal guardian's permission and adolescent's agreement, 277 (11-16 years) participants completed an online protocol.

Results show significant positive correlations between dimensions, namely anxiety and the fear of failure and criticism, as well as other fears (of death or the unknown), suggesting that higher levels of anxiety increases several types of fear.

This work enlightens the importance of an effective screening of anxiety disorders in adolescents due to its influence on social and academic adjustment.

Keywords: Fear of failure and criticism; Anxiety; Adolescents.

## INTRODUÇÃO

Das psicopatologias mais frequentemente diagnosticadas em crianças e adolescentes emergem as perturbações de ansiedade (Muris et al., 2017b). Estas partilham entre si características de medo excessivo, ansiedade, com resultantes alterações no comportamento (APA, 2013). De facto, a ansiedade provoca um enviesamento cognitivo que aumenta a vigilância do indivíduo, fazendo-o estar mais atento a potenciais ameaças, para uma deteção mais rápida destas, e alguma dificuldade em remover a atenção destes estímulos, com posterior evitamento do contexto associado (Lee & Park, 2011). Além disso, parece existir uma atividade neural específica destas condições, com redução da atividade do córtice pré-frontal e défice nos mecanismos "top-down" que controlam a atenção (Whalen, 2007).

Estas alterações podem provocar um prejuízo grave no funcionamento emocional, social e académico do adolescente, que, não sofrendo uma intervenção atempada, se pode tornar crónico, inclusive subsistindo até à idade adulta, e tornando o indivíduo mais vulnerável a outras psicopatologias comórbidas, particularmente a depressão (Muris et al., 2017b).

Dada a crescente importância que os adolescentes vão colocando nas relações com os seus pares e na perceção que estes possam ter sobre eles próprios, nomeadamente em relação ao seu papel nas interações sociais, torna-se evidente que o isolamento social forçado pela pandemia deixou estes adolescentes com poucas oportunidades para confirmar o seu papel nas relações e reforçar a autoconfiança e autoestima (Oliveira & Fernandes, 2020; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). Sintomas como a sensação de peso no peito, problemas em inspirar profundamente, sentir-se

sufocado, ou até a ocorrência de ataques de pânico, surgiram pela primeira vez ou agravaram-se pela pandemia, nomeadamente pelos confinamentos (Oliveira & Fernandes, 2020).

Esta sintomatologia tipicamente ansiosa influencia negativamente o ajustamento dos adolescentes, nomeadamente a nível social, como já foi referido, o que se revela crucial nas suas interações sociais, no seu papel e na forma como os outros os vêem.

Surgem, assim, medos específicos relativos às interações sociais, nomeadamente o medo de falhar e da crítica, que se relaciona com a interpretação que o indivíduo faz das situações sociais, da existência de potenciais ameaças e da sua interpretação destes contextos. Este medo inclui, por exemplo, o medo de ser gozado ou de parecer “idiota” e pode fazer com que o adolescente não se consiga adaptar eficazmente a nível social, comprometendo também o seu rendimento académico (Ollendick, 1983).

O principal objetivo deste estudo é perceber o impacto que os níveis de ansiedade do adolescente têm no seu ajustamento social. Para isso, foi avaliada a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia fóbica.

No que diz respeito à avaliação da ansiedade em crianças e adolescentes, vários instrumentos têm sido desenvolvidos como o “State-Trait Anxiety Inventory for Children” (STAI-C; Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori, & Platzek, 1973), a “Spence Children’s Anxiety Scale” (SCAS; Spence, 1998) ou o instrumento “The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder” (SCARED-71; Bodden, Bogels, & Muris, 2009).

Dadas as alterações na classificação das perturbações de ansiedade introduzidas pelo DSM-5 (APA, 2013), não previstas nos instrumentos anteriormente referidos, os autores traduziram e adaptaram um instrumento que tivesse em consideração estas alterações mais recentes, na classificação da perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de stress agudo e pós-traumático, agorafobia, mutismo seletivo e ansiedade de separação. Assim, o instrumento “The Youth Anxiety Measure for DSM-5” (YAM-5; Muris et al., 2017b), traduzido e adaptado pelos autores para adolescentes portugueses, foi utilizado para avaliar sintomas característicos das perturbações de ansiedade. Constituído por 28 itens na Parte 1, o YAM-5 inclui cinco subescalas: ansiedade social e ansiedade generalizada (utilizadas no presente estudo), ansiedade de separação, mutismo seletivo e perturbação de pânico. As suas propriedades psicométricas têm-se revelado boas ou aceitáveis em vários estudos (Çankaya & Cevik, 2018; Garcia-Lopez, Saez-Castillo & Fuentes-Rodriguez, 2017; Ivaki et al., 2021; Simon et al., 2017).

Para avaliar a sintomatologia fóbica, os autores utilizaram o questionário de auto-relato “The Fear Survey Schedule for Children- Revised” (FSSC-R; Ollendick, 1983; adapt. Dias & Gonçalves, 1999) que realiza uma triagem dos problemas de medo em crianças e adolescentes. É constituído por 80 itens distribuídos por cinco subescalas que caracterizam medos específicos: medo de falhar e da crítica, do desconhecido, de animais, da morte, e relacionados com atos médicos, sendo possível obter um índice global de medo. Tanto a versão original como a adaptação portuguesa revelaram coeficientes Alpha de Cronbach muito elevados (.90 e .96, respetivamente), enquanto que as respetivas subescalas apresentaram valores satisfatórios a elevados na versão portuguesa (entre .57 e .89). Muris e colegas (2014) confirmaram as qualidades psicométricas desta medida mais recentemente, obtendo valores de Alpha de Cronbach de .87/ .91 em amostras não clínicas e clínicas, respetivamente, enquanto que os valores das subescalas se revelaram satisfatórios ou bons (variando entre .63 e .82). Ainda noutro estudo (Muris et al., 2017a) onde foi avaliada a validade

concorrente do YAM-5, obtiveram-se correlações positivas do YAM-5 com o score total e as subescalas do FSSC-R, nomeadamente com a subescala “Medo de falhar e da crítica”.

Serão levadas a cabo análises de consistência interna para confirmar as boas qualidades psicométricas dos instrumentos. Também são exploradas as diferenças sexuais nas dimensões avaliadas, e por fim, são realizadas análises de correlação e regressão para explorar o grau de associação entre a ansiedade, nomeadamente nas suas dimensões de ansiedade social e generalizada, e o medo de falhar e da crítica, do desconhecido e da morte. São esperadas correlações positivas entre as várias dimensões (nomeadamente entre a ansiedade social e o medo de falhar e da crítica, uma vez que ambas se relacionam com défices sociais em contextos interpessoais, bem como uma prevalência superior da sintomatologia no sexo feminino).

## **METODOLOGIA**

### **Participantes**

Os participantes foram recrutados a partir em seis escolas públicas de dois Agrupamentos de Escolas da região Norte e Centro de Portugal, onde frequentavam o 3º ciclo de escolaridade. A amostra incluiu 277 adolescentes (174 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos (M= 13.11; DP= 1.20).

O estudo foi autorizado pela Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto e teve parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Após ter sido obtida autorização por parte dos Diretores do Agrupamento, foram entregues 944 consentimentos livres e esclarecidos aos Encarregados de Educação dos alunos do 3º ciclo de escolaridade, nos Agrupamentos do Norte (435) e do Centro (509) do país. Destes, 416 foram devolvidos aos Diretores de Turma, autorizando a participação dos respetivos alunos no estudo, tendo assentido na sua participação 277 alunos (representando 29% dos participantes elegíveis).

### **Instrumentos**

A sintomatologia ansiosa e fóbica foi avaliada através dos seguintes instrumentos de autorrelato preenchidos pelos adolescentes:

- *The Youth Anxiety Measure for DSM-5* (YAM-5; Muris et al., 2017b)

O YAM-5 inclui duas partes que avaliam, respetivamente sintomatologia ansiosa e sintomatologia fóbica; no presente estudo, apenas foi aplicada a Parte 1 do instrumento. Esta inclui 28 itens que descrevem sintomas das Perturbações de Ansiedade segundo a DSM-5 (APA, 2013), nomeadamente das Perturbações de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Ansiedade Social, Perturbação de Pânico e Ansiedade Generalizada. As respostas são assinadas numa escala de Likert de 4 pontos, que varia desde 1 Nunca até 4 Sempre. Pontuações mais elevadas refletem níveis mais elevados de ansiedade. Este instrumento tem revelado boa consistência interna, com valores de Alfa de Cronbach a variar entre .84 e .92 (e.g., Ivaki et al., 2021; Muris et al., 2017a; Soltani et al., 2020).

- *The Fear Survey Schedule for Children- Revised* (FSSC-R; Ollendick, 1983; adapt. Dias & Gonçalves, 1999)

O FSSC-R é um instrumento de autorrelato que rastreia os problemas de medo relativo a estímulos específicos (objetos ou situações) em crianças e adolescentes. Incluindo cinco fatores que se referem

a diferentes tipos de medo: medo de falhar e da crítica, do desconhecido, de animais, da morte e de atos médicos, a sua pontuação total revela o nível de medo global.

Em relação às qualidades psicométricas, foram obtidos Alfas de Cronbach superiores a .90 (na versão original e adaptação portuguesa), sendo que os coeficientes relativos às subescalas, na versão portuguesa, variaram entre .57 e .89.

Um estudo mais recente de Muris e colaboradores (2014) confirmou que o *FSSC-R* continua a ser uma medida válida, tendo sido obtidos valores de Alfa de Cronbach entre .63 e .82 em relação às subescalas e .87/.91 na pontuação total, em amostras da comunidade e clínicas, respetivamente.

O presente estudo focou-se na pontuação global do instrumentos, bem como nos scores de três subescalas: medo de falhar e da crítica, medo do desconhecido e medo da morte.

## **Procedimento**

*Tradução e adaptação de “The Youth Anxiety Measure for DSM-5” (Muris et al., 2017b)*

O processo de tradução do *YAM-5* baseou-se nas orientações da International Test Commission (2017). Assim, a versão original do *YAM-5* foi traduzida para português europeu por dois especialistas independentes (MO & RA), tendo sido feita a síntese destas traduções por um outro especialista (FB) fluente em inglês. A versão resultante foi avaliada por uma comissão de especialistas da área da Psicologia, tendo sido posteriormente realizada uma reflexão falada com 5 adolescentes. Após revisão de alguns itens, foi realizada a retroversão por um dos autores (FFS) e comparada com a versão original do instrumento (MO). Esta versão foi discutida com os autores originais, e após a sua concordância foi obtida a versão final do *YAM-5* em português.

O processo de adaptação incluiu um estudo piloto com 45 adolescentes, tendo-se verificado que a versão portuguesa do *YAM-5* era adequada para ser administrada aos participantes.

*Tratamento e análise dos dados*

Os resultados obtidos foram analisados utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences* (IBM-SPSS, v.26), tendo sido realizadas análises preliminares para avaliar as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, nomeadamente a consistência interna das dimensões em estudo, através de coeficientes de Alfa de Cronbach e correlações item-total. Foram exploradas diferenças entre participantes do sexo feminino e masculino, e realizadas análises de correlação. Após a evidência de associação entre as dimensões, foram realizadas regressões lineares simples e múltiplas que permitiram analisar o impacto da sintomatologia ansiosa sobre o medo de falhar e da crítica.

## **RESULTADOS**

Para as nossas análises focámo-nos nas dimensões de interesse dos instrumentos utilizados, tendo em conta os objetivos do estudo. Assim, além das pontuações globais, foram consideradas as duas dimensões do *YAM-5* “Perturbação de Ansiedade Social” e “Perturbação de Ansiedade Generalizada”, e as três dimensões do *FSSC-R* “Medo de falhar e da crítica”, “Medo do desconhecido” e “Medo do perigo e da morte”.

### **Análise da Consistência Interna**

Ambos os instrumentos utilizados no estudo revelaram boa consistência interna, com valores de Alfa de Cronbach superiores a .90 no score global, e entre .84 e .94 nas suas subescalas. Também os valores de correlação item-total se revelaram satisfatórios ou bons nas dimensões de ansiedade,



embora mais baixos no que diz respeito a alguns itens do FSSC-R e da subescala “Medo do desconhecido” (cfr. Tabela 1).

**Tabela 1. Consistência interna das dimensões relativas aos instrumentos YAM-5 e FSSC-R**

Dimensões	Número itens	Alfa de Cronbach	Correlações item-total
<i>FSSC-R</i>	80	.97	[.173; .670]
Medo de falhar e da crítica	17	.91	[.435; .690]
Medo do desconhecido	22	.89	[.252; .698]
Medo do perigo e da morte	25	.94	[.402; .749]
<i>YAM-5</i>	28	.92	[.421; .764]
Perturbação de Ansiedade Social	6	.84	[.461; .764]
Perturbação de Ansiedade Generalizada	6	.86	[.478; .724]

## Estudo das Diferenças Sexuais

Os níveis superiores dos sintomas de internalização no sexo feminino, em relação ao sexo masculino, têm sido verificados consistentemente em vários estudos.

No presente estudo, isto verificou-se em todas as dimensões avaliadas (tanto na sintomatologia ansiosa como na sintomatologia fóbica). Estas diferenças foram significativas, tendo sido obtido valores de tamanho do efeito (*d* de Cohen) moderados a elevados, tal como se pode verificar na Tabela 2.

**Tabela 2. Diferenças sexuais nas dimensões em estudo**

Dimensões	Feminino ( <i>n</i> = 174)		Masculino ( <i>n</i> = 103)		<i>t</i> (275)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	<i>FSSC-R</i>	58.43	29.47	41.16			
Medo de falhar e da crítica	16.25	8.16	12.30	6.77	-4.344		
Medo do desconhecido	8.85	7.41	5.33	5.70	-4.428		
Medo do perigo e da morte	23.82	11.87	17.57	10.75	-4.380	<.001	
<i>YAM-5</i>	28.76	13.67	20.27	11.52	-5.286		
Perturbação de Ansiedade Social	6.19	4.29	3.81	3.04	-5.393		
Perturbação de Ansiedade Generalizada	9.68	3.93	7.07	3.58	-5.520		

### **Análises de correlação entre sintomatologia ansiosa e fóbica**

Para verificar a existência de associações entre os sintomas de ansiedade e de medo, foram realizadas análises de correlação de Pearson, que revelaram coeficientes moderados a elevados entre ambas as tipologias de sintomas (Tabela 3.).

**Tabela 3. Correlações entre as dimensões de YAM-5 e FSSC-R**

Dimensões	YAM-5	Perturbação de Ansiedade Social	Perturbação de Ansiedade Generalizada
<i>FSSC-R</i>	.733	.621	.635
Medo de falhar e da crítica	.722	.700	.666
Medo do desconhecido	.677	.560	.545
Medo do perigo e da morte	.626	.486	.554

Nota:  $p < .001$  em todos os coeficientes

### **Análises de Regressão Linear Simples e Múltipla**

Como o objetivo de explorar o impacto da ansiedade na sintomatologia fóbica após se terem verificado correlações moderadas ou elevadas entre estas duas tipologias de sintomas, procedemos a análises de regressão. Através de análises de regressão linear simples, verificou-se que o nível global de ansiedade explica 52% da variância na dimensão “Medo de falhar e da crítica” [ $F(1, 276) = 299,251$ ;  $p < .001$ ;  $R^2 = .52$ ], enquanto que a ansiedade social explica 49% [ $F(1, 276) = 264,442$ ;  $p < .001$ ;  $R^2 = .49$ ] e a ansiedade generalizada 44% [ $F(1, 276) = 218,817$ ;  $p < .001$ ;  $R^2 = .44$ ]. Isto significa que as variáveis associadas à sintomatologia ansiosa, consideradas individualmente, predizem em cerca de 50% os resultados obtidos na variável dependente.

A análise de regressão linear múltipla incluiu as três variáveis que avaliam a ansiedade (nível global, social e generalizada), mostrando que o nível global de ansiedade não faz parte do modelo, e as outras duas dimensões de ansiedade (social e generalizada) explicam 57% da variância na variável dependente, confirmando que o modelo se ajusta aos dados. Ainda, os sintomas de ansiedade social constituem o melhor preditor do medo de falhar e da crítica, como se pode verificar pela Tabela 4.

**Tabela 4. Preditores do medo de falhar e da crítica**

<i>Medo de falhar e da crítica (VD)</i>	Coeficiente (B)	Erro Padrão	Coeficiente Padronizado ( $\beta$ )
YAM-5-I	0.11	0.06	.194 <sup>a</sup>
Perturbação de Ansiedade Social	0.72	0.14	.368 <sup>***</sup>
Perturbação de Ansiedade Generalizada	0.52	0.15	.262 <sup>**</sup>

## CONCLUSÕES

Dada a elevada prevalência das perturbações de ansiedade nos adolescentes e a possível relação destas com o ajustamento social durante este vulnerável período de desenvolvimento, o presente estudo focou-se em explorar a associação entre a sintomatologia ansiosa e os medos do adolescente, nomeadamente o medo de falhar e da crítica que pode mais facilmente comprometer o seu funcionamento a nível das interações sociais.

Assim, após garantir as boas qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, analisaram-se as diferenças sexuais que revelaram, tal como era esperado, resultados significativamente superiores nas raparigas do que nos rapazes, tanto na sintomatologia ansiosa como na sintomatologia fóbica.

Foram obtidos valores moderados a elevados de correlações de Pearson entre todas as dimensões avaliadas, o que significa que níveis elevados de ansiedade (tanto a nível global como na ansiedade social e ansiedade generalizada) se associam a níveis elevados de medo (global e especificamente o medo de falhar e da crítica, bem como do desconhecido e da morte), o que já tinha sido relatado previamente noutro estudo (Muris et al., 2014).

Embora todas as variáveis relacionadas com a ansiedade tenham contribuído individualmente para explicar a variância da variável medo de falhar e da crítica, o nível global de ansiedade não fez parte do modelo quando se incluíram estas variáveis em conjunto como predictoras. Assim, a ansiedade social e a ansiedade generalizada, em conjunto, predizem o medo de falhar e da crítica, sendo que a ansiedade social é a melhor preditora.

Os resultados deste estudo realçam a importância do rastreio efetivo das perturbações de ansiedade nos adolescentes, dado o seu impacto no ajustamento e, conseqüentemente, a promoção de programas de intervenção eficazes na redução da ansiedade, com melhoria das relações com os pares.

Finalmente, dado o enviesamento cognitivo que os adolescentes mais ansiosos experienciam, a redução dos níveis de ansiedade poderá melhorar também o seu desempenho académico, reforçando as suas competências e promovendo um desenvolvimento saudável.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2013). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5<sup>th</sup> Ed.). Climepsi Editores.
- Bodden, D., Bogels, S., & Muris, P. (2009). The diagnostic utility of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71 (SCARED-71). *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.015>
- Çankaya, E. M., & Cevik, E. (2018). Test Review: The Youth Anxiety Measure for the DSM-5 (YAM-5). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 37(4), 530–534. <https://doi.org/10.1177/0734282918777169>
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa.

In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI; pp. 553-564). Assoc. Psicólogos Portugueses.

Garcia-Lopez, L.-J., Saez-Castillo, A. J., & Fuentes-Rodriguez, G. (2017). Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (YAM-5-I) in a community sample of Spanish-speaking adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 208, 455–459. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.045>

International Test Commission (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests* (2<sup>nd</sup> Edition). [www.IntestCom.org]

Ivaki, M., Poursharifi, H., Bakhsipour, A., Simon, E., & Moloodi, R. (2021). Validity and reliability of Youth Anxiety Measure for DSM-5 in Iranian non-clinical children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01102-5>

Lee, S., & Park, G. (2011). Psychophysiological markers of anxiety disorders and anxiety symptoms. In V. Kalinin (Eds.), *Anxiety Disorders* (pp. 203–226). Retrieved from: <http://www.intechopen.com/books/anxiety-disorders/psychophysiologicalmarkers-of-anxiety-disorders-and-anxiety-symptoms>

Muris, P., Mannens, J., Peters, L., & Meesters, C. (2017a). The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Correlations with anxiety, fear, and depression scales in non-clinical children. *Journal of Anxiety Disorders*, 51, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.001>

Muris, P., Ollendick, T., Roelofs, J., & Austin, K. (2014). The short form of the Fear Survey for Children-Revised (FSSC-R-SF): An efficient, reliable, and valid scale for measuring fear in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 957-965. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.0204>

Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale III, W., & Schmeitz, K. (2017b). The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0648-1>

Oliveira, M., & Fernandes, C. (2020). Managing the Coronavirus Pandemic in Portugal: a step-by-step adjustment of health and social services. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 536-538. <https://doi.org/10.1037/tra0000879>

Ollendick, T. H. & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 44-58. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01305-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01305-1)

Ollendick, T. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90087-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90087-6)

Simon, E., Bos, A. E. R., Verboon, P., Smeekens, S., & Muris, P. (2017). Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5) in a community sample. *Personality and Individual Differences*, 116, 258–264. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.058>

Soltani, E., Bazrafshan, A., Sarani, E. M., Hedayati, A., & Sheikholeslami, S. S. (2020). Psychometric properties of the Persian version of Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5) in non-clinical sample. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 58-65. <https://doi.org/10.12740/APP/118576>

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545–566. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00034-5)

Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). STAIC- Preliminary manual for the state-trait anxiety inventory for children ("How I feel questionnaire"). Consulting Psychologists Press.

Whalen, P. (2007). The uncertainty of it all. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 11(12), 499-500. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.08.016>

## **ICCA2022-81215 - Enquadramento jurídico do direito de proteção da criança refugiada**

Isabel Maria Loureiro Restier Grijó Poças

*PORTUGAL*

*isabelrestierpocas@gmail.com*

### **Resumo**

De acordo com a UNICEF em 2019, 33 milhões de crianças eram migrantes internacionais. Uma em cada 8 migrantes internacionais é uma criança. As crianças refugiadas terão uma probabilidade 5x maior de não irem à escola relativamente às outras crianças. As crianças migrantes e também as deslocadas enfrentam muitos perigos: podem ser forçadas ao trabalho infantil, a um casamento precoce, expostas ao contrabando, submetidas ao tráfico de pessoas e colocadas em situação de risco e exploração. Muitas vezes, a educação e os cuidados médicos ficam em segundo plano e as dificuldades que sentem ao chegar a uma nova comunidade, aprender um novo idioma e adaptarem-se a uma nova cultura constituem situações com consequências que a pandemia COVID-19 veio agravar, tais como a xenofobia e a discriminação. O artigo pretende fazer um enquadramento jurídico internacional, regional e nacional da criança refugiada, tendo como matriz a Convenção Sobre os Direitos das Crianças - o instrumento jurídico mais aprovado e/ou ratificado a nível mundial - nos seus vários direitos humanos, nomeadamente no seu direito à segurança e direito à vida.

Palavras-chave: Criança, refugiada, direito, proteção.

### **Abstract**

According to UNICEF in 2019, 33 million children were international migrants. One in every 8 international migrants is a child. Refugee children will be 5x more likely to be out of school than other children. Migrant children and also displaced children face many dangers: they may be forced into child labour, early marriage, exposed to smuggling, subjected to human trafficking and placed in situations of risk and exploitation. Education and medical care often take a back seat and the difficulties they experience in arriving in a new community, learning a new language and adapting to a new culture are situations with consequences that the COVID-19 pandemic has aggravated, such as xenophobia and discrimination. The article aims to provide an international, regional and national legal framework on refugee children, based on the Convention on the Rights of the Child - the most approved and/or ratified legal instrument worldwide - on their various human rights, namely his/her right to safety and right to life.

Keywords: Child, refugee, right, protection.

## **2. ENQUADRAMENTO JURÍDICO DO DIREITO DE PROTEÇÃO DA CRIANÇA**

### **2.1. A nível internacional:**

A Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10/12/1948 prevê, nomeadamente os Artigos 3.º - direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal, 14.º - direito de asilo e 15.º - direito a uma

---

<sup>9</sup>NAÇÕES UNIDAS (2009). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>

nacionalidade assim como o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos de 16/12/1966 10 - Artigo 2.º n.º1 - princípio da não discriminação, Artigo 6.º n.º1-direito à vida, Artigo 9.º n.º1-direito à liberdade e segurança da sua pessoa, Artigo 16.º - direito ao reconhecimento, em qualquer lugar da sua personalidade jurídica, Artigo 24.º n.ºs1 e 3 - criança tem direito a medidas de proteção e o direito a adquirir uma nacionalidade e Artigo 26.º- princípio da igualdade perante a lei e igual proteção legal e o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais 16/12/1966 11 - Artigo 10.º n.º 3 - crianças e adolescentes tem direito a proteção e assistência, sem discriminação, inclusive proteção contra a exploração económica e social., Artigo 12.º n.º 2,al.d) - acesso à saúde, Artigo 13.º - acesso à educação

Igualmente a Convenção Sobre os Direitos das Crianças de 1989 <sup>12</sup> que prevê nos Artigos 2 – princípio da não discriminação, 3 – superior interesse da Criança, 6 - direito à vida, sobrevivência e desenvolvimento e 12- direito de participação. Este direito de participação, constitui uma matriz de proteção que deverá pautar toda a atividade envolvente de proteção da criança, esteja ela numa situação de “criança separada”<sup>13</sup> (criança separada de ambos os pais ou do seu anterior cuidador legal ou principal, mas, não necessariamente de outros familiares), ou seja podendo estar acompanhada de outros membros adultos da família, “criança desacompanhada”<sup>14</sup> (criança separada de ambos os pais e outros parentes e não estar a ser cuidada por nenhum outro adulto, o qual por lei ou costume seja responsável por o fazer, “refugiada” (é uma pessoa que devido a uma certeza fundada no medo de ser perseguida por razões de raça, religião, nacionalidade, filiação num específico grupo social ou de opinião política, se encontra fora do país da sua nacionalidade e incapaz de ou, devido a esse medo, indisponível para beneficiar de proteção desse país (Artigo 1A da Convenção do Refugiado de 1951<sup>15</sup>), uma “requerente de asilo”(pessoa que requereu asilo e está a aguardar por uma decisão para saber se é ou não refugiada. A determinação de um estatuto de refugiado só pode ser de natureza declarativa. De facto, qualquer pessoa é refugiada dentro do quadro de um dado instrumento se estiver abrangido pelos requisitos de definição de refugiado nesse instrumento, seja ele considerado refugiado ou não (Nota da UCNUR-Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados – Quanto à Determinação do Estatuto de Refugiado ao Abrigo dos Instrumentos Internacionais<sup>16</sup> ou “migrante” (qualquer pessoa que se encontra em movimento ou atravessou uma fronteira internacional ou dentro do Estado longe do seu local habitual de residência,

---

<sup>10</sup>GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO E DIREITO COMPARADO. Consultado em 14/09/2020. Disponível em <http://gddc.ministeriopublico.pt/faq/pacto-internacional-sobre-os-direitos-civis-e-politicos-pidcp-conteudo>

<sup>11</sup>MINISTÉRIO PÚBLICO. Consultado em 14/09/2020. Disponível em <http://www.ministeriopublico.pt/instrumento/pacto-internacional-sobre-os-direitos-economicos-sociais-e-culturais>

<sup>12</sup>MINISTÉRIO PÚBLICO. Consultado em 14/09/2020. Disponível em <http://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca-1>

<sup>13</sup>UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (2019). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/77274>

<sup>14</sup>UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (2004). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://www.unhcr.org/protection/children/4098b3172/inter-agency-guiding-principles-unaccompanied-separated-children.html>

<sup>15</sup>AGÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. Consultado em 14/09/2020. Disponível em [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao\\_relativa\\_ao\\_Estatuto\\_dos\\_Refugiados.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf)

<sup>16</sup>UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (1977). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://www.unhcr.org/excom/scip/3ae68cc04/note-determination-refugee-status-under-international-instruments>

independentemente de 1- o estatuto legal da pessoa; 2- se o movimento é voluntário ou involuntário; 3 – quais são as causas do movimento ; ou 4 – qual é a duração da estadia<sup>17</sup>.

Também a Convenção de Genebra de 28/07/1951-Estatuto do Refugiado-aprovada para adesão pelo DL n.º 43.201 de 01/10/1969<sup>18</sup> - Artigos 31 e 33, o Protocolo Adicional À Convenção de 31/01/1967-aprovado para adesão pelo DL n.º 207/75 de 17/04<sup>19</sup> - Artigo II, o Estatuto do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados de 14/12/1950 <sup>20</sup> - Artigo 8 e a Declaração das Nações Unidas sobre Asilo Territorial de 14/12/1967<sup>21</sup> são instrumentos legislativos internacionais de proteção das crianças refugiadas.

A Convenção das Nações Unidas contra a Criminalidade Organizada Transnacional, aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 32/2004 <sup>22</sup>, de 02/04, ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 19/2004, de 02/04 <sup>23</sup> e publicada no Diário da República I-A, n.º 79, de 02/04/2004 <sup>24</sup>, o Protocolo Adicional Relativo à Prevenção, à Repressão e à Punição do Tráfico de Pessoas, em especial de Mulheres e Crianças, de 15/11/2000 (igualmente aprovado para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 32/2004, de 02/04) <sup>25</sup> e o Protocolo Adicional contra o Tráfico Ilícito de Migrantes por Via Terrestre, Marítima e Aérea, de 15/11/2000 (igualmente aprovado para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 32/2004, de 02/04) <sup>26</sup> devem ser tidos em conta.

A Convenção Internacional relativa à proteção dos direitos de todos os trabalhadores migrantes e membros das suas famílias, o qual abrange os direitos das crianças migrantes, quer em situações regulares, quer em situações irregulares, durante todo o processo migratório <sup>27</sup>, a qual Portugal até 31 de dezembro de 2017, não havia procedido à sua assinatura ou ratificação – Artigos 29.º, 30.º, assim como os Princípios Orientadores para os deslocados internos – aplicáveis sobretudo em situações de

---

<sup>17</sup>INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>

<sup>18</sup>DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO (1969). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/514732>

<sup>19</sup>DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO (1975). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/162326>

<sup>20</sup>GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO E DIREITO COMPARADO. Consultado em 14/09/2020. Disponível em <http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/estatutoacnur.pdf>

<sup>21</sup>GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO E DIREITO COMPARADO. Consultado em 14/09/2020. Disponível em <http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/declaracao-asiloterritorial.pdf>

<sup>22</sup>DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO. (2004). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/216869>

<sup>23</sup>DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO. (2004). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/216870>

<sup>24</sup>DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO. (2004). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/216869>

<sup>25</sup>DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO. (2004). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/216918>

<sup>26</sup>DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO. (2004). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/216918>

<sup>27</sup>GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO E DIREITO COMPARADO. Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convencaomigrantes.pdf>

conflito armado<sup>28</sup> assumem uma elevada importância no domínio do Direito do Trabalho abrangendo as crianças migrantes.

## 2.2. A nível regional:

A Convenção Europeia dos Direitos do Homem de 1953 <sup>29</sup> aprovada para ratificação pela Lei n.º 65/78, de 13/10 e publicada no Diário da República I, n.º 236, de 13/10/1978 (retificação publicada no DR n.º 286, de 14/12/1978), que protege o direito à vida - a Artigo 2º, direito à liberdade e segurança - Artigo 5º e o direito à proibição de discriminação – Artigo 14º constitui o ponto de partida para a proteção a nível regional das crianças refugiadas.

Também é deveras relevante a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia de 2000 <sup>30</sup> que reúne os direitos fundamentais protegidos no âmbito da União Europeia e reconhece, desse modo, direitos, liberdades e princípios sob seis Títulos: Dignidade – que consta do Artigo 1º e engloba o Direito à Vida - Artigo 2º, Direito à integridade do ser humano - Artigo 3º, Liberdades – Direito à liberdade e à segurança – Artigo 6º, Direito de Asilo – Artigo 18º, Direito de Proteção em caso de afastamento, expulsão ou extradição, Igualdade – Igualdade perante a lei – Artigo 20º, Direito à Não Discriminação – artigo 21º, Direitos das Crianças – Artigo 24º nº 1-As crianças tem direito à proteção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar. Podem exprimir livremente a sua opinião, que será tomada em consideração nos assuntos que lhes digam respeito, em função da sua idade e maturidade. 2. Todos os actos relativos às crianças, quer praticados por entidades públicas, quer por instituições privadas, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança, Solidariedade, Cidadania e Justiça.

A Agenda da União Europeia para os Direitos da Criança <sup>31</sup> visa assegurar o cumprimento pela União Europeia das disposições da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia e foca-se em diversas ações concretas em áreas como a justiça amiga das crianças para atingir tal objetivo.

A Carta Social Europeia (1965) <sup>32</sup>, aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 64-A/2001, de 17/10, ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 54-A/2001, de 17/10 e publicada no Diário da República I-A, n.º 241, 1.º suplemento, de 17/10/2001 (Resolução da Assembleia da República n.º 64-A/2001), foi criada para proteger os direitos sociais e económicos de todas as pessoas, com uma particular objetivo de proteção das pessoas vulneráveis como as crianças e os jovens – Parte I, 17 - As crianças e adolescentes têm direito a uma protecção social, jurídica e económica apropriada, Parte II – Artigo 7.º - Direito das crianças e dos adolescentes à protecção, Artigo 17.º - Direito das crianças e adolescentes a uma protecção social, jurídica e económica.

---

<sup>28</sup>AGÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS (1998). Consultado em 14/09/2020. Disponível em [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugueses/BD\\_Legal/Documentos\\_da\\_ONU/Principios\\_orientadores\\_relativos\\_aos\\_deslocados\\_internos\\_1998.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugueses/BD_Legal/Documentos_da_ONU/Principios_orientadores_relativos_aos_deslocados_internos_1998.pdf)

<sup>29</sup>GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO E DIREITO COMPARADO. Consultado em 14/09/2020. Disponível em [http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convention\\_por.pdf](http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convention_por.pdf)

<sup>30</sup>EUROPEAN PARLIAMENT. (2000). Consultado em 14/09/2020. Disponível em [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_pt.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf)

<sup>31</sup>ACESSO AO DIREITO DA UNIÃO EUROPEIA. (2011). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM%3A2011%3A0060%3AFIN%3AEN%3APDF>

<sup>32</sup>GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO E DIREITO COMPARADO (2002). Consultado em 14/09/2020. Disponível em [https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/carta\\_social\\_europeia\\_revista.pdf](https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/carta_social_europeia_revista.pdf)



O Sistema Europeu de Asilo<sup>33</sup> composto por um quadro legal por meio de Diretivas e Regulamentos, alguns dos quais relevantes para crianças em migração contínua e forçada, tal como a Diretiva “Estatuto do Refugiado” (Diretiva 2004/83/CE do Conselho, de 29 de abril de 2004)<sup>34</sup> e o Regulamento de Dublin (Regulamento (CE) n.º 343/2003 do Conselho, de 18 de fevereiro de 2003<sup>35</sup>, e a Agenda Europeia Sobre a Migração <sup>36</sup> que se baseia em quatro pilares de atuação: combater as causas da migração irregular, reforço da gestão das fronteiras, proteção e asilo e migração legal e integração.

### **2.3. A nível nacional:**

A Constituição da República Portuguesa<sup>37</sup>– Artigos 15.º a 33.º, em particular, os artigos 24.º- Direito à vida e 27.º n.º 1-Direito à liberdade e à segurança, artigo 41.º- Liberdade de consciência, de religião e de culto e artigo 69.º - Infância.

Igualmente a Lei n.º 26/2014 de 05/0538 (Republicação da Lei n.º 27/2008 de 30/06)–Lei de concessão de asilo - artigo 2.º als.ii), ii), iii), iv), v), l), m), y), ad) e ag) – menor, menor adotado e menor não acompanhado; Artigo 5.º,nº2 f) – Atos de perseguição, Artigo 13.º n.ºs 4 e 6 – Apresentação do pedido, Artigo 26.º n.º2 – Efeitos do pedido e da decisão, Artigo 35.º-B, n.º 6 - Condições de colocação ou manutenção em centro de instalação temporária, artigo 52.º - assistência médica e medicamentosa, Artigo 53.º - Acesso ao ensino, Artigo 59.º - Garantias suplementares em matéria de alojamento, Artigo 61.º, n.º 4- Competências, Artigo 70.º, n.º1 - Acesso à educação, Artigo 73.º - Cuidados de saúde, Artigo 78.º - Menores e Artigo 79.º - Menores não acompanhados, contemplam o procedimento de concessão de asilo e os direitos das crianças nessa situação.

O DL n.º 14/2021, de 12/0239– Entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional: Artigo 15.º n.º 2 – Boletim de registo, Artigo 19.º n.º 3 – Título de viagem para refugiados, Artigo 23.º - Pedido de título de viagem para refugiados, Artigo 31.º - Entrada e saída de menores, Artigo 36.º - Limites à recusa de entrada, Artigo 52.º, n.º 1a).g) - Condições gerais de concessão de vistos de residência, de estada temporária e de curta duração, Artigo 81.º, n.º 2 – Pedido de autorização de residência ,Artigo 99.º - Membros da família, Artigo 100.º n.º1 – União de facto, Artigo 107.º n.º 3, Artigo 107.º-Residência dos membros da família, Artigo 113.º, n.º 2 - Direitos do titular de autorização de residência, Artigo 114.º – Menores, Artigo 122.º, n.º 1, als. a), b), e) e k),

---

<sup>33</sup>EUROPEAN COMMISSION. (2014). Consultado em 14/09/2020. Disponível em [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/docs/ceas-fact-sheets/ceas\\_factsheet\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/docs/ceas-fact-sheets/ceas_factsheet_pt.pdf)

<sup>34</sup>ACESSO AO DIREITO DA UNIÃO EUROPEIA. (2004). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004L0083&from=RO>

<sup>35</sup>ACESSO AO DIREITO DA UNIÃO EUROPEIA. (2003). Consultado em 14/09/2020. Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003R0343&from=P>

<sup>36</sup>EUROPEAN COMMISSION. (2018). Consultado em 14/09/2020. Disponível em [https://ec.europa.eu/home-affairs/news/european-agenda-migration-continuous-efforts-needed-sustain-progress\\_en](https://ec.europa.eu/home-affairs/news/european-agenda-migration-continuous-efforts-needed-sustain-progress_en) e EUROPEAN COMMISSION. (2019). Consultado em 14/09/2020. Disponível em [https://ec.europa.eu/portugal/news/migrationeu-eu-needs-to-sustain-progress-made-over-the-past-4-years\\_pt](https://ec.europa.eu/portugal/news/migrationeu-eu-needs-to-sustain-progress-made-over-the-past-4-years_pt)

<sup>37</sup>PROCURADORIA GERAL DISTRITAL DE LISBOA. (2005). Consultado em 14/09/2020. Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=4&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=4&tabela=leis)

<sup>38</sup>PROCURADORIA GERAL DISTRITAL DE LISBOA. (2014). Consultado em 14/09/2020. Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?artigo\\_id=1584A0086&nid=1584&tabela=leis&ficha=1&nversao=](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=1584A0086&nid=1584&tabela=leis&ficha=1&nversao=)

<sup>39</sup>PROCURADORIA GERAL DISTRITAL DE LISBOA (2021). Consultado em 27/03/2022. Disponível em: [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=3378&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3378&tabela=leis&so_miolo=)

n.ºs 2, 5 e 6 - Autorização de residência com dispensa de visto de residência Artigo 123.º, n.º 2 – Regime excepcional, Artigo 124.º - Menores estrangeiros, Artigo 135.º, n.º1, als. b) e c) – Limites à expulsão, Artigo 146.º-nºs 3 e 7 – Condições de detenção, Artigo 160.º, n.º s 4 e 5 – Cumprimento da decisão, Artigo 185.º-A, n.º 3 - Utilização da atividade de cidadão estrangeiro em situação ilegal, Artigo 198.º-B n.º1 al. c) e n.º 2 - Apoio ao cidadão nacional de país terceiro cuja atividade foi utilizada ilegalmente, residência dos membros da família, Artigo 113.º, n.º 2 - Direitos do titular de autorização de residência, Artigo 114.º – Menores, Artigo 122.º, n.º 1, als. a), b), e) e k), n.ºs 2, 5 e 6 - Autorização de residência com dispensa de visto de residência, Artigo 123.º, n.º 2 – Regime excepcional, Artigo 124.º - Menores estrangeiros, Artigo 135.º, n.º1, als. b) e c) – Limites à expulsão, Artigo 146.º-nºs 3 e 7 – Condições de detenção, Artigo 160.º, n.º s 4 e 5 – Cumprimento da decisão, Artigo 185.º-A, n.º 3 - Utilização da atividade de cidadão estrangeiro em situação ilegal, Artigo 198.º-B n.º1 al. c) e n.º 2 - Apoio ao cidadão nacional de país terceiro cuja atividade foi utilizada ilegalmente.

A Lei n.º 67/2003 de 23/0840–Proteção temporária de pessoas deslocadas –Artigo 2.º n.º 1 al. f) – Conceitos - Menores não acompanhados, Artigo 15.º, n.º 5 – Outros benefícios, Artigo 16.º - Acesso a educação, Artigo 17.º, n.º 5 – Proteção e reagrupamento familiar.

E por fim, o Decreto-Lei n.º 67/2004 de 25/0341 – Registo nacional de menores estrangeiros e a Portaria n.º 995/2004 de 09/0842.

Em conclusão, verificamos que o enquadramento jurídico do direito de proteção da criança é vasto e engloba sempre, nos seus diversos níveis, o ponto de partida de que a criança é um sujeito de direitos.

Vimos também que a regulamentação jurídica internacional, regional e nacional contempla a proteção das crianças deslocadas e migrantes, nos seus vários direitos humanos, nomeadamente no seu direito à segurança e à vida;

No entanto, devido ao elevado e crescente número de crianças em risco, existe a necessidade cada vez maior de uma coordenação, partilha de experiências e de trabalho em rede entre os Estados, instituições internacionais e humanitárias, para que se possa fornecer uma resposta rápida, concreta e efetiva às suas necessidades.

Porque o futuro pertence às crianças, não as devemos abandonar, quando mais precisam de nós!

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

<https://data2.unhcr.org>

<https://ec.europa.eu>

<https://eur-lex.europa.eu>

<https://www.europarl.europa.eu>

[www.dre.pt](http://www.dre.pt)

<http://gddc.ministeriopublico.pt>

<http://www.pgdlisboa.pt>

---

<sup>40</sup>DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO (2003). Consultado em 14/09/2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/655969>

<sup>41</sup>DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO (2004). Consultado em 14/09/2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/211033>

<sup>42</sup>DIÁRIO DA REPÚBLICA ELETRÓNICO (2004). Consultado em 14/09/2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/515406>

## ICCA2022-84385 - Suicídio com nitrato de sódio: uma nova realidade

Sara Completo<sup>1</sup>, Andreia Fiúza Ribeiro<sup>1</sup>, Nandi Rodrigues<sup>2</sup>, Pedro Nunes<sup>1,3</sup>, Helena Isabel Almeida<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>*Departamento da Criança e do Jovem, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (PORTUGAL)*

<sup>2</sup>*Urgência Geral, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (PORTUGAL)*

<sup>3</sup>*Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (PORTUGAL)*

<sup>4</sup>*Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (PORTUGAL)*  
*sara.completo@hff.min-saude.pt*

### Resumo

**Introdução:** O suicídio em adolescentes tem aumentado. Apesar de incomum, o uso de nitrato de sódio também aumentou, estimulado pela informação *online* de causar morte indolor e ter fácil aquisição. É um oxidante que converte a hemoglobina em metahemoglobina, causando asfixia, vasodilatação e hipotensão, com elevada mortalidade em doses altas. Há terapêutica eficaz se iniciada precocemente.

**Caso clínico:** Relata-se caso de ingestão voluntária de nitrato de sódio, comprado *online* como fertilizante, em jovem 17 anos, sexo masculino, previamente saudável. O jovem contactou o 112 por vômitos e parestesias nos membros inferiores. À chegada dos bombeiros apresentava-se prostrado, reativo, hipotenso, taquicárdico, hipoxémico e cianosado. Durante o transporte para o serviço de urgência entrou em paragem cardiorrespiratória, tendo-se iniciado suporte básico de vida. Na sala de reanimação foi entubado e ventilado eficazmente (PaO<sub>2</sub> 293 mmol/L), mantendo cianose marcada das extremidades. Ritmo inicial de paragem de atividade elétrica sem pulso, evoluindo para fibrilhação ventricular, com abordagem segundo o algoritmo. Foi contactado o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) e administrou-se azul de metileno. Não houve recuperação de circulação espontânea após 35 minutos. A irmã foi avaliada pelo Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens em Risco e iniciou seguimento em consulta de pedopsiquiatria, por ideação suicida.

**Discussão:** Alerta-se para a crescente informação *online* sobre nitrato de sódio como método de suicídio, assim como a facilidade de obtenção. Deve-se suspeitar desta intoxicação perante clínica sugestiva, com cianose persistente apesar de adequada oxigenação e ventilação. Deve-se contactar precocemente o CIAV e iniciar azul de metileno.

**Palavras-chave:** Nitrato de sódio; Suicídio; Adolescente; *Online*.

### Abstract

**Introduction:** Suicidal in teenagers has increased. Although uncommon, the use of sodium nitrate has also increased, stimulated by online information of unpainful death and easy acquisition. It is an oxidant that converts hemoglobin into methemoglobin, causing asphyxia, vasodilation and hypotension, with high mortality when consumed in high doses. There is effective therapy, if early initiated.

**Clinical case:** This is a case of sodium nitrate voluntary ingestion, bought online as a fertilizer, in a previously healthy 17-year-old boy. The boy called 911 due to vomiting and lower limb paresthesia. At the arrival of the rescuers, the boy was dizzy, reactive, hypotensive, tachycardic, hypoxemic and cyanotic. During transportation, he entered cardiorespiratory arrest and basic life support was initiated. In emergency room he was intubated and ventilated effectively (PaO<sub>2</sub> 293 mmol/L), maintaining exuberant cyanotic extremities. The initial rhythm was electrical activity without pulse, followed by ventricular fibrillation, with approach following the algorithms. The Antivenom Information Center was contacted and methylene blue was started. He did not recover spontaneous circulation after 35

minutes of resuscitation. His sister was evaluated by the Hospital Organization for Child and Youth Risk Management and started having pedopsychiatric appointments, due to suicidal ideation.

**Discussion:** This case alerts for this new way of suicide with sodium nitrate, which has increased, stimulated by online information. This intoxication should be suspected with suggestive clinical presentation with persistent cyanosis besides adequate oxygenation and ventilation. It is important to contact Antivenom Information Center and start methylene blue as soon as possible.

**Keywords:** Sodium nitrate; Suicide; Adolescent; Online.

## INTRODUÇÃO

A taxa de suicídio em adolescentes tem vindo a aumentar nos últimos anos, em particular desde o início da pandemia COVID-19 (Yard et al., 2021). Apesar de ser uma situação incomum e recente, o uso de nitrito ou nitrato de sódio ( $\text{NaNO}_2$  ou  $\text{NaNO}_3$ , respetivamente) para suicídio, tem também aumentado nos últimos anos, em vários países do mundo, incluindo Estados Unidos da América, Japão e países europeus, como Portugal ou França (Dean et al., 2021; Hickey et al., 2021). O primeiro caso descrito na literatura é de 2010 na Nova Zelândia (Hickey et al., 2021). Previamente estavam descritos casos de ingestão acidental por água e comida contaminada, a maioria não letais (Durão et al., 2020). É um sal branco, cristalino, inodoro e facilmente solúvel em água, pelo que é facilmente confundível com o sal de mesa (Mudan et al., 2020).

Esta forma de suicídio tem sido estimulada através de informação em fóruns online, por causar uma morte indolor e ser um produto fácil de obter. É já vendido, em algumas páginas da internet, sob a forma de “kit de suicídio”, onde são incluídos fármacos para minimizar o refluxo gástrico, náuseas e vômitos (Dean et al., 2021; Durão et al., 2021).

Tanto o nitrito como o nitrato de sódio são fortes oxidantes, pelo que convertem a hemoglobina em metahemoglobina (MetHb), através da oxidação do ferro (de ferroso  $\text{Fe}^{2+}$  a férrico  $\text{Fe}^{3+}$ ). Esta alteração na hemoglobina leva a um desvio esquerdo da curva de dissociação da hemoglobina, aumentando a afinidade da hemoglobina pelo oxigénio. Consequentemente, limita o transporte e entrega de oxigénio aos tecidos, causando asfixia e hipoxia tecidual, que não melhora com suplementação de oxigénio (Durão et al., 2020; Hickey et al., 2021; Neth et al., 2021). Além disso, pela produção de óxido nítrico, causa vasodilatação e hipotensão, que agrava a entrega de oxigénio aos tecidos (Mudan et al., 2021; Neth et al., 2021). A primeira manifestação clínica é a cianose e surge quando a metahemoglobina é superior a 5-10%. Posteriormente, com níveis superiores a 30%, surgem os restantes sintomas, devido a hipóxia dos vários órgãos: náuseas e vômitos, dispneia, cefaleia, alteração do estado de consciência, disritmia e morte (quando os níveis de metahemoglobina ultrapassam os 70%) (Neth et al., 2021). A ingestão de doses elevadas está associada a elevada mortalidade, mesmo com tratamento adequado, sendo a dose letal estimada num adulto de cerca de 2,5g, menos de uma colher de chá (Dean et al., 2021), embora haja casos de sobreviventes com ingestão de quantidade superior (Durão et al., 2020). A taxa de mortalidade descrita é cerca de 40% (Mudan et al., 2021).

Existe tratamento para reverter os efeitos da metahemoglobinémia, através da utilização de azul de metileno, se for iniciado precocemente (Durão et al., 2020; Hickey et al., 2021; Mudan et al., 2020). Detetar e alertar para esta forma de suicídio é muito relevante na prevenção de novas situações.

## CASO CLÍNICO

Descreve-se o caso de um jovem de 17 anos, do sexo masculino, previamente saudável, que residia com a irmã de 14 anos e uma tia, após falecimento da mãe quando tinha 3 anos. A referir que tinha

uma figura paterna ausente e com antecedentes de alcoolismo. Este jovem, em aparente estado de saúde, comprou nitrato de sódio através da internet como fertilizante, com o objetivo de cometer suicídio. Ingeriu voluntariamente o produto e, logo após a ingestão, pediu ajuda através do 112, por apresentar vômitos e sensação de parestesias nos membros inferiores. À chegada dos bombeiros, após abertura de portas forçada, o jovem apresentava-se prostrado mas reativo, hipotenso (tensão arterial 55/36 mmHg), taquicárdico (frequência cardíaca 103 batimentos por minuto), cianosado e hipoxémico, com saturação periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>) de 85%, após colocação de máscara de alto débito a 15 litros por minuto. No local onde foi assistido foi possível recolher a embalagem do produto utilizado (Figura 1). Durante o transporte para o serviço de urgência de um hospital nível II da área metropolitana de Lisboa, entrou em paragem cardiorrespiratória, tendo sido iniciado de imediato suporte básico de vida.

À chegada ao hospital foi imediatamente admitido na sala de reanimação. O ritmo inicial de paragem cardiorrespiratória era correspondente a atividade elétrica sem pulso, tendo sido administrada adrenalina 1 mg. Foi entubado orotraquealmente e ventilado com insuflador manual, mantendo-se compressões torácicas com compressor automático externo (LUCAS®). Durante a laringoscopia visualizou-se cianose importante da via aérea. Foi contactado o Centro de Informação Antivenenos (CIAV), dando informação do fertilizante encontrado no local, que deu indicação para a administração de azul de metileno 1 mg/kg.

A gasimetria arterial inicial mostrava os seguintes parâmetros: pH 7.11, pressão parcial de oxigénio de 293 mmHg, pressão parcial de dióxido de carbono de 34.5 mmHg, bicarbonato de sódio de 10.8 mmol/L e lactato de 17 mmol/L. Apesar de se ter mantido durante a reanimação, uma ventilação e oxigenação adequadas, que se pode depreender pelo valor de oxigénio apresentado na gasimetria, o jovem apresentou sempre cianose marcada das extremidades, sem melhoria. Iniciou-se perfusão de noradrenalina (a 10 microgramas por minuto) e foi administrada adrenalina de acordo com o algoritmo de paragem cardiorrespiratória.

Aos 25 minutos de Suporte Avançado de Vida apresentou ritmo compatível com fibrilhação ventricular, pelo que foi feita desfibrilhação com 200 Joule. Nos dois ciclos seguintes, mantinha ritmo de fibrilhação ventricular, pelo que se aumentou carga de desfibrilhação para 360 Joule, e foi também administrada amiodarona 300 mg.

Foi feito doseamento de metahemoglobinemia tanto em amostra arterial, como venosa e em tubo de lítio, sempre com resultado indoseável, por ultrapassar o valor detetável pelo laboratório.

Não houve recuperação de circulação espontânea após 35 minutos de suporte avançado de vida, razão pela que foram suspensas as manobras de ressuscitação e declarado o óbito.

Por se ter tratado de um caso de suicídio, foi feita a referenciação ao Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NHACJR) para investigação do contexto social e familiar. Neste âmbito, verificou-se que a irmã de 14 anos apresentava uma vinda ao serviço de urgência do mesmo hospital por ansiedade no ano prévio, pelo que foi encaminhada à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e Polícia Judiciária para avaliação mais detalhada do risco psicossocial. Verificou-se que a irmã apresentava igualmente ideação suicida organizada, pelo que foi encaminhada para observação por Pedopsiquiatria no serviço de urgência e, posteriormente, iniciou seguimento em consulta desta especialidade.

## DISCUSSÃO

O uso de nitrito e nitrato de sódio aumentou substancialmente nos últimos anos com o fim de cometer suicídio, estimulado por informações em várias páginas da internet que alegam ser causador de uma “morte indolor”, nas quais são, muitas vezes, apresentadas instruções com etapas a seguir até ao desfecho desejado, nomeadamente como adquirir no nitrato de sódio, a dose a ingerir e medicações adjuvantes (Mudan et al., 2021). Este é um produto de fácil obtenção, já que é utilizado com frequência como fertilizante ou aditivo alimentar, como conservante ou corante (Durão et al., 2021; Mudan et al., 2021). Em alguns casos é possível verificar, através do histórico do computador, as várias pesquisas efetuadas até à compra deste tóxico (Mudan et al., 2021).

Deve-se suspeitar de intoxicação por nitrato de sódio perante quadro clínico de ingestão voluntária de substâncias com cianose persistente apesar de adequada oxigenação e ventilação, sugestivo de metahemoglobinémia, como aconteceu no caso descrito. Perante esta suspeita, é importante iniciar tratamento de suporte, visando manter ventilação e circulação eficazes, bem como o contacto precoce com o CIAV e o início de substâncias redutoras, como azul de metileno solução a 1%, na dose 1-2 mg/Kg/dose, administração endovenosa durante 5 minutos, podendo ser repetida a cada 30 minutos se mantiver sintomas ou MetHb > 30%, até um máximo total de 7 mg/Kg/dia (Durão et al., 2020; Mudan et al., 2020; Neth et al., 2021). O objetivo desta terapêutica é converter a metahemoglobina novamente a hemoglobina, através da redução do estado férrico do ferro (Fe<sup>3+</sup>) a ferroso (Fe<sup>2+</sup>) (Neth et al., 2021). Na ingestão de altas doses pode-se ponderar iniciar azul de metileno em dose mais alta ou repetir mais precocemente, no entanto, a sua eficácia no contexto de paragem cardiorrespiratória está pouco estudado (Neth 2021, Mudan 2020).

Outras substâncias redutoras propostas para o tratamento foram a vitamina C e E, bem como a administração de unidades de concentrado eritrocitário, a transfusão-permuta ou realização de ECMO. No entanto, a ingestão de doses elevadas associa-se a elevada mortalidade, mesmo com terapêutica otimizada (Durão et al., 2020; Hickey et al., 2021; Mudan et al., 2020).

No caso apresentado não se conseguiu confirmar a quantidade exata de nitrito de sódio ingerida, no entanto, estima-se que tenha sido uma dose elevada, dada a gravidade dos sintomas apresentados, com chegada ao serviço de urgência em ritmo de atividade elétrica sem pulso, associado ao facto de o valor de metahemoglobina ter sido sempre indoseável pelo laboratório. Assim, apesar de terem sido otimizadas as medidas de suporte e ter sido administrado azul de metileno, de acordo com a literatura, seria expectável o desfecho fatal deste caso.

## **CONCLUSÃO**

O caso apresentado pretende alertar para o crescendo de informação existente na internet sobre o nitrito e nitrato de sódio, assim como para a facilidade da sua obtenção e riscos associados ao seu consumo.

Pelo potencial de aumento destes casos nos serviços de urgência, os profissionais de saúde devem estar alerta para suspeitar desta causa de intoxicação, de modo a iniciar precocemente terapêutica de suporte e substâncias redutoras. Apesar disso, na ingestão de doses elevadas, muitas vezes o desfecho é fatal.

É de extrema importância a articulação da equipa clínica com os núcleos de proteção, sendo indispensável avaliação dos familiares e sua sinalização para consulta, em caso de necessidade, de forma a prevenir outras situações de risco perante situações de suicídio em jovens.

## REFERÊNCIAS

- Dean, D. E., Looman, K. B., & Topmiller, R. G. (2021). Fatal methemoglobinemia in three suicidal sodium nitrite poisonings. *Journal of Forensic Sciences*, 66(4), 1570–1576. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14689>
- Durão, C., Pedrosa, F., & Dinis-Oliveira, R. J. (2020). A fatal case by a suicide kit containing sodium nitrite ordered on the internet. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 73. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101989>
- Durão, C., Pedrosa, F., & Dinis-Oliveira, R. J. (2021). Another suicide by sodium nitrite and multiple drugs: an alarming trend for “exit”? *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 17(2), 362–366. <https://doi.org/10.1007/s12024-020-00340-2>
- Hickey, T. B. M., MacNeil, J. A., Hansmeyer, C., & Pickup, M. J. (2021). Fatal methemoglobinemia: A case series highlighting a new trend in intentional sodium nitrite or sodium nitrate ingestion as a method of suicide. *Forensic Science International*, 326. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2021.110907>
- Mudan, A., Lebin, J. A., & Smollin, C. G. (2021). National Poison Data System (NPDS) review of intentional sodium nitrite ingestions 2009–2019. *Toxicology Communications*, 5(1), 147–152. <https://doi.org/10.1080/24734306.2021.1972691>
- Mudan, A., Replinger, D., Lebin, J., Lewis, J., Vohra, R., & Smollin, C. (2020). Severe Methemoglobinemia and Death From Intentional Sodium Nitrite Ingestions. *Journal of Emergency Medicine*, 59(3), e85–e88. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.06.031>
- Neth, M. R., Love, J. S., Horowitz, B. Z., Shertz, M. D., Sahni, R., & Daya, M. R. (2021). Fatal Sodium Nitrite Poisoning: Key Considerations for Prehospital Providers. *Prehospital Emergency Care*, 25(6), 844–850. <https://doi.org/10.1080/10903127.2020.1838009>
- Yard, E., Radhakrishnan, L., Ballesteros, M. F., Sheppard, M., Gates, A., Stein, Z., Hartnett, K., Kite-Powell, A., Rodgers, L., Adjemian, J., Ehlman, D. C., Holland, K., Idaikkadar, N., Ivey-Stephenson, A., Martinez, P., Law, ; Royal, & Stone Scd, D. M. (2021). Morbidity and Mortality Weekly Report Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic-United States. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/106694>

## FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

**Figura 1: Fotografia de telemóvel de profissional de saúde do produto encontrado no local**



## ICCA2022-84448 - Quais são os fatores que medeiam a associação entre vinculação insegura e depressão?

Francisca Bastos Maia<sup>1</sup>, Pedro Cotta<sup>1</sup>, Vânia Martins Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário do Porto (PORTUGAL)

*franciscabbmaia@gmail.com*

### Resumo

**Introdução:** As crianças com vinculação insegura adotam uma de duas estratégias para lidar com o cuidador que está indisponível ou é inconsistente: com uma expressão da necessidade de conforto e segurança reprimida (vinculação evitante) ou exagerada (vinculação resistente). A literatura demonstrou associações significativas entre vinculação insegura e depressão. Este trabalho visa compreender os fatores que medeiam a associação entre vinculação insegura e depressão.

**Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa na PubMed com os termos MeSH “insecure attachment AND depression”.

**Resultados/Discussão:** Abela et al. (2005) mostrou que crianças com vinculação insegura e excessiva procura de confirmação experienciam maiores níveis de sintomas depressivos do que crianças que só possuem um ou nenhum destes fatores de risco. A análise de mediação da vinculação insegura na depressão foi significativa considerando o papel mediador dos componentes do modelo tridimensional da autorregulação da personalidade (autoconhecimento, autocontrolo e autocompaixão). Liu et al. concluiu que a vinculação insegura se relaciona positivamente com a depressão e com a má qualidade do sono. A vinculação insegura aumenta o risco de depressão por processos cognitivos, particularmente, via atitudes disfuncionais, autocriticismo e baixa autocompaixão.

**Conclusões:** Em suma, é improvável que um único fator de risco como a vinculação insegura seja suficiente para causar psicopatologia. Não obstante, é importante empreender intervenções baseadas na vinculação, visto que estas aumentam a capacidade de resposta e a sensibilidade parental, assim como promovem o desenvolvimento de vinculação segura. Para além disto, o mindfulness e autocompaixão podem ser métodos terapêuticos para pessoas com vinculação insegura que sofrem de depressão.

**Palavras-chave:** vinculação insegura, depressão, comportamentos internalizantes.

### Abstract



Introduction: Children with insecure attachment adopt one of two strategies for dealing with a caregiver who is unavailable or inconsistent: through a repressed (avoidant attachment) or an exaggerated (resistant attachment) expression of need for comfort and security. The literature has shown significant associations between insecure attachment and depression. This work aims to understand the factors that mediate the association between insecure attachment and depression.

Methods: A PubMed search was performed using the MeSH terms “insecure attachment AND depression”.

Results/Discussion: Abela et al. (2005) showed that children with insecure attachment and excessive confirmation-seeking experience higher levels of depressive symptoms than children who only have one or none of these risk factors. The analysis of mediation of insecure attachment in depression was significant considering the mediating role of the components of the three-dimensional model of self-regulation of personality (self-knowledge, self-control, and self-compassion). Liu et al. concluded that insecure attachment is positively related to depression and poor sleep quality. Insecure attachment increases the risk of depression through cognitive processes, particularly via dysfunctional attitudes, self-criticism, and low self-compassion.

Conclusions: In short, a single risk factor such as insecure attachment is unlikely to be sufficient to cause psychopathology. Nevertheless, it is important to undertake attachment-based interventions, as they increase parental responsiveness and sensitivity, as well as promote the development of secure attachment. In addition, mindfulness and self-compassion can be therapeutic methods for people with insecure attachment who suffer from depression.

Keywords: insecure attachment, depression, internalizing behaviors.

## INTRODUÇÃO

A depressão é uma perturbação mental que acarreta um grande impacto na qualidade de vida, mortalidade e morbidade, sendo uma das principais causas de incapacidade a nível mundial. Adicionalmente à depressão, os comportamentos internalizantes compreendem sintomas relacionados com ansiedade, isolamento, e inibição social. A literatura tem mostrado associações significativas entre vinculação insegura e comportamentos internalizantes (Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013). Vários estudos têm sugerido que as experiências precoces podem ter um importante papel individual na depressão. A teoria da vinculação oferece uma perspetiva sobre como estas experiências de cuidado e atenção pelo cuidador moldam as representações mentais da criança de si própria, dos outros, e das relações ao longo da vida (Cassidy, 2016). Estas representações mentais ou modelos operantes internos, baseados nas expectativas da criança da acessibilidade e responsividade do seu cuidador, funcionam como guia de pensamentos, sentimentos e comportamentos nos relacionamentos futuros (Cassidy, 2016). Crianças com uma vinculação segura, sabendo que podem contar com o seu cuidador quando estão em sofrimento, usam a sua figura de vinculação como base segura para a exploração e regulação apropriada das suas emoções. Por outro lado, crianças com uma vinculação insegura adotam uma de duas estratégias para lidar com um cuidador que está indisponível ou é inconsistente a responder às suas necessidades: com uma expressão da sua necessidade de conforto e segurança reprimida (vinculação evitante) ou exagerada (vinculação resistente). Por outro lado, a vinculação desorganizada pode desenvolver-se quando uma criança se encontra emocional e fisicamente dependente de alguém que também é uma fonte de medo, devido a maus-tratos parentais, perturbações mentais e/ou comportamento parental disruptivo (Madigan, et al., 2006). O fracasso repetido do cuidador em proteger a criança e/ou satisfazer as suas necessidades de vinculação pode submeter a criança a um estado de medo extremo e a uma incapacidade de se autorregular (Solomon & George, 1999). As crianças podem perceber que, quando precisam de proteção, é improvável que o seu cuidador seja um refúgio de segurança, impedindo-as de desenvolver estratégias atencionais e comportamentais adequadas para lidar com o sofrimento, o que pode resultar numa maior vulnerabilidade a problemas internalizantes (Solomon & George, 1999). A energia necessária para manter este comportamento desorganizado pode

inviabilizar que a criança explore e aprenda fora do seu relacionamento com o cuidador e pode colocar estas crianças num caminho que culmine em problemas internalizantes (Moss, Parent, Gosselin, Rousseau, & St-Laurent, 1996).

De acordo com a teoria da vinculação, crianças com uma vinculação resistente, tipicamente com cuidadores subenvolvidos ou inconsistentes, podem desenvolver ansiedade crónica e uma atitude excessivamente dependente do seu cuidador. A sua preocupação com a manutenção da atenção da figura de vinculação pode prejudicar a exploração do mundo (Bowlby, 1973). A dependência funcional de um cuidador culmina na ansiedade sobre se as próprias necessidades podem ser atendidas no mundo exterior e/ou ao empreender novos relacionamentos, culminando num estilo relacional que pode ser caracterizado por dependência emocional, comportamento regressivo, e isolamento social (Moss, Parent, Gosselin, Rousseau, & St-Laurent, 1996). Por outro lado, parece que crianças com uma vinculação evitante são mais propensas a comportamentos externalizantes. Contudo, estas crianças também podem exibir comportamentos internalizantes, atendendo a que este comportamento se associa à indisponibilidade do cuidador, de acordo com Bowlby.

De facto, vários estudos examinaram as ligações entre vinculação insegura e sintomatologia depressiva em crianças (DeKlyen & Greenberg, 2016), adolescentes (Allen & Tan, 2016) e adultos (Stovall-McClough & Dozier, 2016). A presença de uma vinculação insegura tem dois efeitos principais em simultâneo: diminui a capacidade da criança para lidar com o stress e aumenta a probabilidade de se comportar de formas que acarretem mais experiências adversas (Bowlby, 1973). Para além disso, a vinculação insegura pode levar a problemas de sono em bebés e crianças pequenas (Liu, et al., 2020). A vinculação insegura pode ativar o sistema nervoso simpático e a libertação de noradrenalina, os quais afetam a qualidade do sono. Nesse contexto, os problemas de sono irão afetar a saúde física e mental, podendo levar ao desenvolvimento de perturbações emocionais (Liu, et al., 2020).

A reinterpretação cognitiva é uma estratégia de regulação emocional que diminui a resposta emocional, podendo alterar o reconhecimento de eventos emocionais. Assim, a reinterpretação cognitiva pode ajudar as pessoas a avaliar corretamente a informação na situação e prevenir comportamentos impulsivos. Adicionalmente, pode também reduzir a excitação emocional e contribuir para um bom sono. A literatura confirmou que a reinterpretação cognitiva, ao diminuir a excitação emocional, pode reduzir o efeito de risco do estilo de coping negativo (Liu, et al., 2020).

A construção da autorregulação é altamente dependente das interações pais-filhos e do padrão de vinculação (Delker, Noll, Kim, & Fisher, 2014). Assim, a vinculação insegura diminui a capacidade da criança se autorregular de uma maneira coerente e flexível (Vondra, Shaw, Swearinger, Cohen, & Owens, 2001). De facto, estudos prévios têm mostrado que a autorregulação possui uma correlação negativa com problemas internalizantes como depressão e ansiedade (Valikhani, Goodarzi, & Hashemi, 2017). Uma autorregulação eficaz requer três componentes básicos. O primeiro é o autoconhecimento, o qual inclui competências e objetivos, assim como a autoavaliação e a automonitorização do comportamento em direção a um determinado objetivo. Indivíduos com uma boa autoconsciência têm uma melhor compreensão de si mesmos e das suas competências e, quando confrontados com problemas, podem resolvê-los integrando as suas experiências e circunstâncias passadas e presentes. Outro componente é o autocontrolo, o qual envolve a capacidade de ignorar e eliminar respostas indesejáveis face a um objetivo específico e a tendência de agir eficazmente para alcançar esse objetivo. Finalmente, o terceiro componente é a

autocompaixão, a qual é caracterizada por um tipo de autorresposta positiva quando há pressão para alcançar um objetivo e o fracasso ocorre, sendo uma atitude saudável e gentil para consigo mesmo em tempos de dificuldade (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018).

A procura excessiva de confirmação é definida como uma “tendência relativamente estável de procurar de forma excessiva e persistente a confirmação por parte dos outros de que se é amável e digno, independentemente de tal confirmação já ter sido providenciada” (Joiner, Metalsky, Katz, & Beach, 1999). Estudos com adultos mostraram que pessoas com altos níveis de procura de confirmação exibem maiores níveis de sintomas depressivos que indivíduos com baixos níveis de procura de confirmação (Joiner & Metalsky, 1995). Nesta sequência, crianças que têm uma vinculação insegura com os seus cuidadores e que procuram constantemente confirmação por parte desses cuidadores serão particularmente propensas a ter os seus pedidos de confirmação não atendidos como resultado do seu histórico de cuidadores não responsivos (Abela, et al., 2005).

Este trabalho tem como objetivo compreender os fatores que medeiam a associação entre a vinculação insegura e a depressão.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão não sistemática sobre o tema. Para isso, foi realizada uma pesquisa na PubMed usando os termos MeSH “insecure attachment AND depression”. Foram encontrados nove artigos e desses, cinco artigos foram selecionados. Foram excluídos quatro artigos por não se referirem ao tema mencionado. No total, foram analisados dezoito artigos.

Seguidamente, apresentam-se dois instrumentos de diagnóstico e avaliação que foram utilizados nos estudos apresentados na secção dos Resultados:

### **Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)**

A K-SADS é uma entrevista clínica semiestruturada e administrada separadamente à criança e aos pais. Um diagnóstico resumido é baseado em ambas as fontes de informação. A K-SADS fornece diagnósticos credíveis de perturbações depressivas e é utilizada frequentemente em estudos de depressão em crianças. No estudo infracitado (Abela, et al., 2005), foram avaliadas a história atual e progressa de episódios depressivos clinicamente significativos. As pontuações atribuídas são dicotômicas, baseadas nos critérios diagnósticos de depressão do DSM-IV, indicando a presença (1) ou ausência (0) de episódios depressivos presentes ou passados. Adicionalmente, a K-SADS foi utilizada para avaliar a severidade do pico de sintomas depressivos nos episódios depressivos atuais e passados. No que diz respeito à severidade, a esta pode ser atribuído um valor entre 0 e 9, sendo que o 0 é atribuído quando a criança não tem sintomas e o 9 é atribuído se estão presentes todos os sintomas depressivos. Estes valores indicam o número de sintomas depressivos preenchidos de acordo com a DSM-IV.

### **Children’s Depression Inventory (CDI)**

O CDI é um questionário autorreportado constituído por 27 itens que medem os sintomas cognitivos, afetivos e comportamentais da depressão. Para cada item, as crianças são questionadas se este descrevia a forma como pensaram e se sentiram na semana anterior. Os itens são pontuados de 0 a 2, com a pontuação mais alta indicando maior gravidade dos sintomas. A pontuação total do CDI varia entre 0 e 52.

## RESULTADOS/ DISCUSSÃO

O tamanho do efeito a ligar vinculação insegura a comportamento internalizante foi maior em amostras onde a relação entre vinculação insegura e comportamento externalizante também foi relativamente elevada (Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013). De facto e de forma paradoxal, crianças com vinculação insegura e comportamento internalizante parecem apresentar também altas taxas de comportamento externalizante. Para além disso, a associação entre vinculação insegura e comportamentos internalizantes enfraquece quanto maior a distância temporal entre as avaliações da vinculação e da dificuldade internalizante (Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013). Os resultados deste estudo sugerem que uma criança com vinculação insegura tem duas vezes maior probabilidade de desenvolver comportamento internalizante comparado com uma criança com vinculação segura. A qualidade parental – comportamento parental insensato, hostil ou de rejeição – tem sido associada ao desenvolvimento de uma vinculação insegura e as alterações na qualidade do comportamento parental podem efetivamente amplificar ou mitigar a expressão da dificuldade comportamental da criança. A associação entre vinculação insegura e comportamentos internalizantes fortaleceu-se à medida que aumentou a percentagem de rapazes na amostra (Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013). Nesta sequência, isto sugere que o efeito da vinculação insegura nos comportamentos internalizantes pode ser maior em rapazes do que em raparigas. É possível que o impacto da vinculação insegura entre mãe e filho afete mais o desenvolvimento da regulação emocional nos rapazes do que nas raparigas, ao passo que fatores de risco externos à relação de vinculação podem ser mais impactantes no desenvolvimento de problemas internalizantes nas raparigas. Em particular, um estudo mostrou que a vinculação insegura na infância é um fator de risco mais forte no desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos adolescentes do sexo masculino, ao passo que a sintomatologia depressiva materna foi mais preditiva de depressão em raparigas (Duggal, Carlson, Stroufe, & Egeland, 2001).

O autocontrolo correlaciona-se positivamente com a vinculação segura e tem uma correlação negativa com a vinculação insegura (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018). Para além disso, o autocontrolo tem também uma correlação negativa com a depressão, o stress percecionado e a ansiedade. Por outro lado, o autoconhecimento tem uma correlação negativa com o stress percecionado, a depressão e a ansiedade; e a autocompaixão correlaciona-se negativamente com a depressão, a ansiedade e uma regulação emocional pobre. A vinculação insegura possui uma forte correlação negativa com o autoconhecimento e uma correlação negativa moderada com o autocontrolo e a autocompaixão. Por outro lado, a depressão possui uma forte correlação negativa com o autoconhecimento e a autocompaixão e uma correlação negativa moderada com o autocontrolo. A análise de mediação da vinculação insegura na depressão foi significativa considerando o papel mediador dos componentes do modelo tridimensional de autorregulação da personalidade (autoconhecimento, autocontrolo e autocompaixão) e explicou 42% da variância da depressão (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018). O efeito direto total da vinculação insegura na depressão foi significativo. Os componentes do modelo tridimensional de autorregulação da personalidade (autoconhecimento, autocontrolo e autocompaixão) são variáveis mediadoras moderadas na relação entre vinculação insegura e depressão, e o papel da autocompaixão e do autoconhecimento foi maior do que o papel do autocontrolo (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018). Uma interação bidirecional entre vinculação e mindfulness foi

significativa na predição da depressão. Os dados mostraram que indivíduos com baixos níveis de mindfulness e um alto nível de vinculação insegura têm maior probabilidade de apresentar níveis elevados de depressão. Isto pode indicar que um elevado nível de mindfulness pode prevenir ou reduzir o impacto da vinculação insegura na depressão. Adicionalmente, foi realizada outra interação bidirecional entre vinculação insegura e autocompaixão, a qual foi significativa a predizer depressão. Portanto, indivíduos que reportaram um baixo nível de autocompaixão e um alto nível de vinculação insegura foram identificados com um maior nível de depressão. Isto pode indicar que um alto nível de autocompaixão pode prevenir ou diminuir o impacto da vinculação insegura na depressão (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018). De acordo com a teoria da vinculação (Bowlby, 1973), as experiências precoces de cuidado e atenção com os cuidadores moldam as representações mentais que as crianças possuem de si próprias, dos outros e das relações. Na vinculação insegura onde as relações com os cuidadores estão danificadas, o conhecimento de si próprias, dos outros e do mundo estará muito provavelmente distorcido. Para além disso, a vinculação insegura pode contribuir para a disfunção do sistema de autorregulação da criança e culminar num “eu” que não é capaz de regular a cognição, a emoção e o comportamento (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018). Isto pode impactar a emergência de perturbações mentais, como perturbações emocionais. É provável que a vinculação a um cuidador seja um passo mandatório no desenvolvimento do autocontrolo. Neste contexto, um indivíduo inseguro não pode integrar diferentes aspetos do “eu” adequadamente devido a padrões cognitivos e emocionais perturbados e isto pode culminar num fracasso em atingir o autocontrolo. A experiência de rejeição e punição pelos pais pode levar a criança a autoculpabilizar-se em tempos de sofrimento e dificuldade (autocriticismo), o que é considerado o oposto da autocompaixão. Associadamente, acredita-se que o comportamento parental é crucial para o desenvolvimento do sistema nervoso que regula a capacidade de autotranquilização e autocompaixão. Assim, a autoimagem individual reflete a visão que a criança possui do seu cuidador primário. A relação de vinculação contribui para a formação de modelos operantes internos, os quais têm sido definidos como representações internas dinâmicas das relações, as quais contêm os componentes cognitivo (autoconhecimento) e emocional (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018). A vinculação insegura afeta negativamente o autoconhecimento, a capacidade de mindfulness e a autocompaixão e, subseqüentemente, conduz a um aumento da depressão. Assim, a vinculação insegura leva a depressão ao produzir défices ao nível do autoconhecimento, autocontrolo e autocompaixão (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018). No contexto dos componentes do modelo tridimensional da autorregulação da personalidade, só o mindfulness e a autocompaixão podem moderar a relação entre a vinculação insegura e a depressão. Por outras palavras, possuir uma vinculação insegura, que é acompanhada por uma baixa capacidade de mindfulness e autocompaixão, aumenta os níveis de depressão. Nesta sequência, o mindfulness e a autocompaixão podem ser alvos psicoterapêuticos em pessoas com vinculação insegura que padecem de depressão (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018).

As principais variáveis mediadoras exploradas num artigo de revisão de 2020 (Cortés-García, Takkouche, Rodriguez-Cano, & Senra, 2020) foram divididas em três categorias relativas aos domínios cognitivo (atitudes disfuncionais, baixa autoestima, perfeccionismo mal adaptativo, autocriticismo, autocompaixão e fraco sentido de coerência), emocional (desregulação emocional, alexitimia e estratégias de coping) e interpessoal (autorrevelação, dependência excessiva, suporte social percebido, satisfação relacional, comparação social, autoeficácia social, stressores

interpessoais). De uma forma geral, 38% do efeito total da vinculação insegura nos sintomas depressivos foi explicada pelo efeito indireto das variáveis mediadoras principais. Em termos de padrão de vinculação, o efeito total explicado pelo efeito indireto foi de 30% com a vinculação resistente e 36% com a vinculação evitante (Cortés-García, Takkouche, Rodriguez-Cano, & Senra, 2020). No que diz respeito ao domínio cognitivo, apenas as atitudes disfuncionais, o autocriticismo e a baixa autocompaixão alcançaram efeitos indiretos significativos. Relativamente ao domínio emocional, só as estratégias de hiperativação cognitiva, incluindo o pensamento repetitivo e a ruminação meditativa, foram identificadas como mediadores significativos (Cortés-García, Takkouche, Rodriguez-Cano, & Senra, 2020). Possuir uma vinculação insegura acarreta um importante impacto no desenvolvimento de diferentes processos cognitivos negativos que tornam os indivíduos mais vulneráveis à depressão mais tarde na vida. Desta forma, a vinculação insegura aumenta o risco de depressão através de processos cognitivos, particularmente via atitudes disfuncionais, autocriticismo e baixa autocompaixão (Cortés-García, Takkouche, Rodriguez-Cano, & Senra, 2020). Em linha com a teoria da vinculação, atitudes disfuncionais podem ser consideradas produtos cognitivos que resultam de representações mentais ou modelos operantes internos negativos e funcionar como preditores de depressão em adultos. Adultos que experienciam relações de vinculação insegura na infância mantêm essas atitudes e suposições duradouras sobre eles próprios e sobre o mundo, as quais predis põem a um risco aumentado de depressão. Quando os indivíduos têm experiências precoces inconsistentes com o seu cuidador, estes são mais propensos a desenvolver um modelo de si próprios como incompetentes e falhados (Cortés-García, Takkouche, Rodriguez-Cano, & Senra, 2020). Estes sentimentos negativos eliciam o autocriticismo que, inicialmente, podem servir para ajudar a corrigir o seu mau comportamento e manter uma boa reputação perante os outros. No entanto, indivíduos autocríticos que mantêm estes modelos operantes internos negativos podem sistematicamente interpretar o falhanço como evidência da sua menos-valia, a qual pode aumentar a emergência de sintomas depressivos. Finalmente, baixos níveis de autocompaixão possuem um dos maiores tamanhos de efeito negativos a ligar a vinculação insegura à depressão. A autocompaixão aparece como uma estratégia de autorregulação eficaz para lidar com as emoções negativas e pode ser vista como o inverso do autocriticismo. A autocompaixão tem sido consistentemente associada com menor probabilidade de sofrer de depressão e pode ajudar indivíduos com uma vinculação insegura a experienciar menor sofrimento emocional. A autocompaixão também ajuda a proteger as pessoas contra as implicações negativas dos seus erros. Neste contexto, altos níveis de autocompaixão são um fator mediador entre a vinculação e o bem-estar interpessoal. Consequentemente, a falta de autocompaixão iria contribuir para aumentar o autocriticismo e os sentimentos negativos sobre si próprio entre as pessoas com vinculação insegura após os seus fracassos pessoais e, eventualmente, culminar em mais depressão (Cortés-García, Takkouche, Rodriguez-Cano, & Senra, 2020).

No que diz respeito ao domínio emocional, estratégias de regulação emocional hiperativadoras parecem ser mediadores significativos na associação entre vinculação insegura e depressão. Teoriza-se que indivíduos com uma vinculação resistente usam estratégias hiperativadoras, as quais incluem o uso da preocupação e da ruminação e a tendência para reagir exageradamente aos seus sentimentos negativos, ganhando assim apoio e atenção dos outros. Apesar destas estratégias poderem ser vistas como adaptativas à primeira vista para estes indivíduos, estas frequentemente falham na regulação das emoções e podem ampliar o sofrimento. Assim, indivíduos com estratégias

de coping ineficazes por terem uma vinculação insegura são mais vulneráveis a desenvolver depressão. A meta-análise referida (Cortés-García, Takkouche, Rodriguez-Cano, & Senra, 2020) enfatiza o efeito de mediação significativo das estratégias cognitivas de coping de hiperativação. No que diz respeito a este domínio, o pensamento repetitivo, o qual consiste na atividade cognitiva perseverante, constante e relativamente descontrolada centrada em aspetos negativos do próprio e das relações, e mais especificamente a ruminação, tem sido identificada como um dos potenciais mediadores que explicam a ligação com a vinculação insegura em amostras clínicas e subclínicas. De facto, parece que indivíduos com uma vinculação insegura tendem a ficar presos numa espiral de pensamentos negativos e repetitivos, concentrando a sua atenção no medo do abandono ou do fracasso, o que, por sua vez, promove o desenvolvimento e a manutenção de sintomas depressivos. Nesta sequência, as pessoas que são vulneráveis à depressão por causa dos processos cognitivo-emocionais negativos enraizados nas relações de vinculação insegura tendem a perceber-se como menos competentes socialmente e a experienciar mais stressores interpessoais e, portanto, correm maior risco de desenvolver sintomas depressivos (Cortés-García, Takkouche, Rodriguez-Cano, & Senra, 2020).

Outro estudo do mesmo ano (Liu, et al., 2020) concluiu que a vinculação insegura se relaciona positivamente com a depressão e com a má qualidade do sono. Se a vinculação insegura e a má qualidade do sono forem tomadas como preditores, o efeito na depressão é significativo. Assim a má qualidade do sono desempenha uma função mediadora parcial na relação entre vinculação insegura e depressão. Verificou-se que a vinculação resistente prediz positivamente a má qualidade do sono e a má qualidade do sono prediz positivamente a depressão. Há uma relação mais forte entre vinculação resistente e depressão em pessoas com baixos níveis de reinterpretação cognitiva. De forma contrastante, indivíduos com maiores níveis de reinterpretação cognitiva tendem a demonstrar uma relação positiva mais fraca entre vinculação resistente e depressão. Nesta sequência, a vinculação resistente impacta a depressão de forma menos dramática com o aumento do nível de reinterpretação cognitiva (Liu, et al., 2020). Um estudo (Liu, et al., 2020) mostrou que indivíduos com vinculação insegura reportaram uma pior qualidade de sono em relação àqueles com vinculação segura, o que significa que os problemas de sono autorreportados associam-se positivamente com a vinculação insegura. Pessoas com vinculação resistente tendem a experienciar maior stress e têm um eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal ativado e tendem a ter perturbações de sono. Por outro lado, indivíduos com vinculação evitante habitualmente têm uma amígdala ativada para ter emoções de medo e, assim, minimizar os seus relacionamentos íntimos, não sendo bem-sucedidos em usar um bom apoio emocional, experimentando excitação emocional. Os dados do estudo mencionado (Liu, et al., 2020) apontam para que a reinterpretação cognitiva desempenhe um papel importante na associação entre a vinculação resistente e a qualidade do sono. Assim, um sono de má qualidade e um baixo nível de reinterpretação cognitiva desempenham um papel moderado na associação entre vinculação insegura e depressão. Efetivamente, a reinterpretação cognitiva pode funcionar como um amortecedor para manter uma boa qualidade de sono durante eventos de vida stressantes. A vinculação insegura prediz positivamente uma má qualidade de sono, e uma má qualidade de sono pode induzir emoções negativas, como depressão (Liu, et al., 2020).

Foram encontrados baixos níveis de depressão entre: (a) crianças que exibiam baixos níveis de procura de confirmação e baixos níveis de vinculação insegura (Children's Depression Inventory (CDI) = 7.01), (b) crianças que tinham altos níveis de procura de confirmação e baixos níveis de

vinculação insegura (CDI = 5.88), e (c) crianças que possuíam altos níveis de vinculação insegura e baixos níveis de procura de confirmação (CDI = 9.68). Crianças que mostraram altos níveis de procura de confirmação e altos níveis de vinculação insegura reportaram o maior nível de sintomas depressivos (CDI = 17.04). Uma baixa probabilidade de ter experienciado um episódio depressivo no passado foi obtida para: (a) crianças que exibiram baixos níveis de procura de confirmação e baixos níveis de vinculação insegura (probabilidade = 6.8%), (b) crianças que mostraram altos níveis de procura de confirmação e baixos níveis de vinculação insegura (probabilidade = 5.6%), e (c) crianças que mostraram altos níveis de vinculação insegura e baixos níveis de procura de confirmação (probabilidade = 5.6%). Crianças que exibiram altos níveis de procura de confirmação e altos níveis de vinculação insegura mostraram a maior probabilidade de terem experienciado um episódio depressivo no passado (probabilidade = 57.8%). Três dos quatro grupos de crianças mostraram baixos níveis de sintomas depressivos em episódios depressivos passados (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) < 2): (a) crianças que exibiram baixos níveis de procura de confirmação e baixos níveis de vinculação insegura (K-SADS = 1.29), (b) crianças que exibiram altos níveis de procura de confirmação e baixos níveis de vinculação insegura (K-SADS = 0.52), e (c) crianças que mostraram altos níveis de vinculação insegura e baixos níveis de procura de confirmação (K-SADS = 0.19). Crianças que mostraram altos níveis de procura de confirmação e altos níveis de vinculação insegura mostraram o maior nível de sintomas depressivos (K-SADS = 2.28). Este estudo de 2005 (Abela, et al., 2005) mostrou que crianças com vinculação insegura e procura excessiva de confirmação experienciam maiores níveis de sintomatologia depressiva relativamente a crianças que só têm um ou nenhum destes fatores de risco. Adicionalmente, a vinculação insegura e a procura excessiva de confirmação associam-se a uma história passada e a uma maior severidade dos episódios depressivos prévios. Para além disso, os resultados deste estudo mostraram que a vinculação insegura se relaciona com a depressão em crianças, e a procura excessiva de confirmação parece moderar esta relação. Contudo, tendo em que conta a incerteza da estabilidade da procura de confirmação excessiva na infância, pode acontecer que a vinculação insegura contribua para diminuir a autoestima ou aumentar os eventos de vida negativos que, subsequentemente, predizem uma procura excessiva de confirmação (Abela, et al., 2005).

## CONCLUSÃO

Em suma, é pouco provável que um único fator de risco como a vinculação insegura seja suficiente para causar psicopatologia (Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013). Os fatores de risco para problemas internalizantes ocorrem em múltiplos níveis, incluindo fatores específicos do cuidador (emprego, antecedentes, história da infância e psicopatologia), fatores específicos da criança (genética, temperamento e afeto negativo) e fatores relacionados com a família (parentalidade diferencial, conflito conjugal), assim como os contextos cultural e socioeconómico. No entanto, é importante realizar intervenções baseadas na vinculação, tendo em conta que estas aumentam a responsividade e a sensibilidade parental, assim como promovem o desenvolvimento de uma vinculação segura, os quais são fatores protetores no contexto de problemas internalizantes e externalizantes. Adicionalmente, em termos psicoterapêuticos, o mindfulness e a autocompaixão podem ser métodos terapêuticos que reduzem a depressão em indivíduos com vinculação insegura (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018). É provável que a Terapia Cognitivo-Comportamental de Terceira Geração que enfatiza a aceitação, o mindfulness, a dialética, os valores,



a espiritualidade e as relações possa ser usada para aumentar o nível dos componentes do modelo tridimensional de autorregulação da personalidade (Valikhani, Abbasi, Radman, Goodarzi, & Moustafa, 2018). Tendo em conta que os indivíduos com uma vinculação insegura que sofrem de depressão podem tender a usar estratégias cognitivas de coping hiperativadoras, como a ruminação, em resposta a pensamentos negativos ou crenças disfuncionais, os clínicos podem beneficiar da integração das técnicas de terapia metacognitiva nas suas intervenções (Cortés-García, Takkouche, Rodriguez-Cano, & Senra, 2020). O modelo metacognitivo considera que há uma associação entre as experiências de vinculação precoces e o desenvolvimento de crenças metacognitivas disfuncionais. De facto, a terapia metacognitiva pretende modificar os processos cognitivos inflexíveis e perseverantes que estão subjacentes aos padrões de pensamentos disfuncionais e que interferem na regulação do humor. Praticar o treino da atenção (promover maior consciência do controlo do pensamento e experimentar como o pensamento e a ação são processos separados), mindfulness (afastar-se de um pensamento negativo sem lhe responder) e adiamento da ruminação (deixar de lado um período de ruminação por dia) têm sido provados como métodos eficazes mesmo em pacientes deprimidos resistentes ao tratamento. Assim, isto pode guiar o trabalho clínico a partir da perspetiva da vinculação para abordar processos cognitivo-emocionais que mantêm e agravam os sintomas depressivos e representam um risco para o seu possível desenvolvimento. É possível que a alteração da cadeia de mediação através da qual a vinculação insegura leva a depressão possa garantir melhores resultados terapêuticos.

Finalmente, enquanto a reinterpretação cognitiva funcionar como um amortecedor entre a vinculação resistente, a depressão e a má qualidade do sono, é viável resolver problemas emocionais ao melhorar o nível de reinterpretação cognitiva (Liu, et al., 2020). Por outro lado, é importante compreender como é que os fatores interpessoais influenciam a etiologia da depressão porque isto pode melhorar a identificação e aumentar os esforços na prevenção da depressão em crianças de risco.

## REFERÊNCIAS

- Abela, J. R., Hankin, B. L., Haigh, E. A., Adams, P., Vinokuroff, T., & Trayhern, L. (2005). Interpersonal vulnerability to depression in High-risk Children: The role of insecure attachment and reassurance seeking. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.
- Allen, J. J., & Tan, J. S. (2016). The multiple facets of attachment in adolescence. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 399-415). Nova Iorque: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Volume 2. Separation: Anxiety and danger*. Nova Iorque: NY: Basic Books.
- Cassidy, J. (2016). The nature of the child's ties. In J. Cassidy, *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 3-24). Nova Iorque: Guilford Press.
- DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (2016). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 639-666). Nova Iorque: Guilford Press.
- Delker, B. C., Noll, L. K., Kim, H. K., & Fisher, P. A. (2014, 2033-2043). Maternal abuse history and self-regulation difficulties in preadolescence. *Child Abuse & Neglect*.

- Duggal, S., Carlson, E. A., Stroufe, L. A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Developmental and Psychopathology*, pp. 143-164.
- Joiner, T. E., & Metalsky, G. I. (1995). A prospective test of an integrative theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, pp. 778-788.
- Joiner, T. E., Metalsky, G. I., Katz, J., & Beach, S. R. (1999). Depression and excessive reassurance-seeking. *Psychological Inquiry*, pp. 269-278.
- Liu, Y., Li, H., Xu, X., Li, Y., Wang, Z., Zhang, X., . . . Huang, J. H. (2020). The Relationship between insecure attachment to depression: mediating role of sleep and cognitive reappraisal. *Neural Plasticity*.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and Internalizing Behavior in Early Childhood: A Meta-Analysis. *Developmental Psychology*, pp. 672-689.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development*, pp. 89-111.
- Moss, E., Parent, S., Gosselin, C., Rousseau, D., & St-Laurent, D. (1996). Attachment and teacher-reported behavior problems during the preschool and early school-age period. *Development and Psychopathology*, pp. 511-525.
- Solomon, J., & George, C. (1999). *The place of disorganization of attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings*. Nova Iorque: NY: Guilford Press.
- Stovall-McClough, K. C., & Dozier, M. (2016). Attachment states of mind and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 715-738). Nova Iorque: Guilford Press.
- Valikhani, A., Abbasi, Z., Radman, E., Goodarzi, M. A., & Moustafa, A. A. (2018). Insecure Attachment and Subclinical Depression, Anxiety and Stress: A Three-dimensional Model of Personality Self-Regulation as a Mediator. *The Journal of Psychology*.
- Valikhani, A., Goodarzi, M. A., & Hashemi, R. (2017). Psychometric properties of dispositional self-regulation scale in Iranian population and predicting inhibitory/initiatory self-control on the basis of it. *Current Psychology*.
- Vondra, J. I., Shaw, D. S., Swearingen, L., Cohen, M., & Owens, E. B. (2001). Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age. *Development and Psychopathology*, pp. 13-33

# ICCA2022-87021 - Percepções de adolescentes acolhidos em abrigo em tempos de pandemia de COVID-19

Matheus Freitas Alves Correia<sup>1</sup>, Giulia Santos Antunes<sup>1</sup>, Thais da Paz Gadelha<sup>1</sup>, Susana Engelhard Nogueira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ), Brasil; Discentes do curso de graduação em Terapia Ocupacional do IFRJ campus Realengo, Brasil. Bolsistas PIBIC-CNPq e PIBIEx do IFRJ.

<sup>2</sup> Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ), Brasil; Psicóloga, Doutora em Psicologia Social e Docente de Psicologia dos cursos de graduação em saúde do IFRJ campus Realengo, Brasil.

*lentesaproximam@gmail.com*

## Resumo

Busca-se apresentar, a partir de um estudo exploratório e transversal, as percepções de adolescentes sobre seu acolhimento institucional em tempos de pandemia de COVID-19. Participaram 7 adolescentes do sexo masculino com idade média de 14,7 anos (dp=1,6) acolhidos em um abrigo no Rio de Janeiro, Brasil. Foi realizada uma entrevista semiestruturada para levantamento de suas percepções sobre acolhimento e cotidiano. Os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente. 85,7% dos adolescentes mantêm vínculo familiar. Os principais motivos que levaram ao acolhimento envolveram situação de rua, risco no território, orfandade, negligência e conflitos familiares. 71,4% afirmaram realizar atividades escolares de forma remota durante a pandemia, enquanto 28,6% sentiram-se desmotivados. 85,7% avaliaram positivamente a instituição, porém 71,4% mudariam algo, como infraestrutura e qualidade dos relacionamentos. Todos afirmaram ter vontade de voltar para casa. Com relação à pandemia de COVID-19, 71,4% avaliaram satisfatoriamente a qualidade das informações recebidas sobre a doença e 100% receberam equipamentos de proteção individual. 85,7% destacaram que a principal mudança vivenciada foi o isolamento social, sendo identificados impactos nas categorias: Pensamentos (85,7%), Comportamentos (71,4%), Emoções (57,1%), Planejamento (57,1%), Humor (42,8%), Appetite (42,8%), Concentração (28,5%) e Espiritualidade (14,3%). 71,4% relataram preocupações quanto ao adoecimento ou morte de familiares. Apesar dos adolescentes apresentarem percepções positivas quanto ao acolhimento, todos mantêm o desejo de reinserção familiar. Estes resultados apontam que características do acolhimento são primordiais para a saúde física e mental de jovens, levando à necessidade de reflexões sobre o modo como estes processos podem ser adaptativos, principalmente em tempos de pandemia.

Palavras-chave: adolescentes, acolhimento, percepção, pandemia.

## Abstract

It seeks to present, from an exploratory and cross-sectional study, the perceptions of adolescents about their institutional reception in times of the COVID-19 pandemic. Participants were 7 male adolescents with a mean age of 14.7 years (sd=1.6) sheltered in a shelter in Rio de Janeiro, Brazil. A semi-structured interview was carried out to survey their perceptions about shelter and daily life. Data were analyzed quantitatively and qualitatively. 85.7% of adolescents maintain family ties. The main reasons that led to the shelter involved homelessness, risk in the territory, orphanhood, neglect and family conflicts. 71.4% said they carried out school activities remotely during the pandemic, while 28.6% felt unmotivated. 85.7% rated the institution positively, but 71.4% would change something, such as infrastructure and quality of relationships. All said they wanted to go home. Regarding the COVID-19 pandemic, 71.4% satisfactorily evaluated the quality of information received about the disease and 100% received personal protective equipment. 85.7% highlighted that the main change experienced was social isolation, with impacts identified in the categories: Thoughts (85.7%), Behaviors (71.4%), Emotions (57.1%), Planning (57.1%), Humor (42.8%), Appetite (42.8%), Concentration (28.5%) and Spirituality (14.3%). 71.4% reported concerns about the illness or death of family members. Although the adolescents present positive perceptions regarding the shelter, all maintain the desire for family reintegration. These results indicate that shelter characteristics are essential for the physical and mental health of young people, leading to the need for reflections on how these processes can be adaptive, especially in times of pandemic.

Keywords: adolescents, shelter, perception, pandemic.

## INTRODUÇÃO

A adolescência caracteriza-se pela fase de transição entre a infância e a vida adulta, no curso da qual ocorrem processos desenvolvimentais de natureza biopsicossocial que envolvem a aquisição de capacidades cognitivas, emocionais, sociais, além das transformações físicas provenientes da puberdade (Fonseca, 2017). Esse período é marcado pela construção de identidade, formação de personalidade, desenvolvimento de autonomia e, gradativamente, de independência através das trocas interpessoais com a família e pares. Nesta perspectiva, a família apresenta um papel crucial e precursor, visto que é a principal rede de apoio afetivo e social (Costa et al., 2019; Fonseca, 2017). Para além de amparar, a família oferece à criança e ao adolescente as ferramentas e os referenciais necessários para interagir com o seu meio através de sua bagagem histórica, social e cultural. Dessa forma, o contexto familiar influencia substancialmente o processo de desenvolvimento (Carlos et al., 2019; Fonseca, 2017; Zappe & Dell'aglio, 2016).

Quando neste contexto ocorrem processos de violência, negligência, abandono, alcoolismo ou uso abusivo de drogas ilícitas, por exemplo, a relação entre os indivíduos torna-se prejudicial e as crianças e adolescentes passam a vivenciar experiências marcadas por situações de vulnerabilidade (Carlos et al., 2019; Siqueira & Dell'aglio, 2006). Estas situações envolvem a exposição a um ou mais fenômenos nos quais o sujeito encontra-se inapto para enfrentá-los (Santos, 2015), tendo como acréscimo a fragilidade de vínculos afetivos e relacionais (Carlos et al., 2019; Carmo & Guizardi, 2018). Diante de um ambiente familiar permeado por tais fatores, o desenvolvimento infanto-juvenil apresenta-se potencialmente comprometido, podendo resultar em impactos sobre os domínios físico, psíquico, cognitivo e social das vítimas (Cavalcante et al., 2014; Silva et al., 2019). Tal cenário pode resultar no não cumprimento dos direitos fundamentais assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Brasil, 1990), dentre os quais estão os direitos à Vida, Saúde, Liberdade, Respeito, Dignidade, Convivência Familiar e Comunitária, Educação, Esporte, Lazer, Cultura e Profissionalização (Brasil, 1990, art.4). Neste contexto, tal legislação brasileira prevê o acolhimento institucional como uma medida de proteção social, de caráter excepcional e provisório, numa perspectiva de proteção integral e valorização da dignidade de crianças e adolescentes (Cavalcante et al., 2014), sendo a família, o Estado e a sociedade os principais responsáveis por garantir a proteção ao desenvolvimento infanto-juvenil (Paulino & Ferreira, 2020).

O acolhimento institucional é um serviço cujo propósito é acolher e oferecer proteção à integridade física e emocional de crianças e adolescentes, de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade social, que passaram por algum tipo de desassistência ou privação de seus direitos fundamentais e consequentemente, precisaram ser afastadas do convívio familiar e/ou de seus responsáveis (Brasil, 1990). Apresenta-se como uma medida de caráter transitório até que se torne possível o retorno à família de origem, ou em casos de impossibilidade, a viabilização de um novo vínculo social com uma família substituta (Brasil, 2009). A Lei Nº 13.509 de 2017 determina, no artigo 19 no parágrafo 2º, que o tempo máximo de permanência na instituição não deve ultrapassar dezoito meses, exceto em casos atípicos estabelecidos no âmbito jurídico (Brasil, 2018). Vale ressaltar ainda que em casos nos quais não houve possibilidade de reinserção familiar ou viabilização da família adotiva, o processo de desligamento da instituição acontece quando o jovem atinge a maioridade (no Brasil, aos 18 anos).

Dentre os motivos apontados na literatura para a ocorrência da institucionalização de crianças e adolescentes em vulnerabilidade social, destacam-se a negligência, o abandono, violências física, sexual ou psicológica, carência de recursos materiais, abuso de álcool e/ou outras drogas por parte dos pais e/ou responsáveis, entre outros elementos que se apresentam como fatores de risco ao desenvolvimento da população infanto-juvenil, principalmente quando se encontram associados (Cavalcante et al., 2014). Sabe-se que muitas situações de vulnerabilidade social podem ter sido agravadas por vivências estressoras que impactaram os fatores de proteção e o potencial de resiliência humana. Dentre estas, contemporaneamente destacam-se as que têm sido vivenciadas em decorrência dos efeitos da pandemia de Coronavírus Disease 2019 (COVID-19).

Desde o início do ano de 2020, a população mundial vem enfrentando uma grave ameaça à sobrevivência. Mediante a possibilidade de risco de contaminação em larga escala, do longo tempo para o desenvolvimento e disponibilização de tratamentos farmacológicos efetivos e de vacinas como alternativas de prevenção eficaz, a população vivenciou um contexto de vida altamente estressor, cujos efeitos adversos impactaram diretamente o sistema familiar e o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Estratégias de controle da contaminação pelo vírus envolveram o distanciamento social, o confinamento doméstico e a redução da mobilidade como recursos de autoproteção possíveis. Este novo formato de organização do cotidiano trouxe novos desafios, tais como: convivência intensa e por longo período entre pessoas que residem juntas, suspensão das atividades escolares presenciais, trabalho remoto realizado pelos pais, sobrecarga de trabalho doméstico; necessidade de adequações do ambiente físico para atendimento das demandas de trabalho, instabilidade no emprego, redução de salários e aumento dos índices de desemprego, problemas financeiros, redução ou suspensão de suporte de serviços de saúde, assistência social e comunitária à família, entre outros. Tais situações podem aumentar a vulnerabilidade infanto-juvenil, resultando em ocorrências de violências (física, sexual ou psicológica) por parte dos familiares, devido à capacidade de autocontrole encontrar-se fragilizada (Melo et al., 2020; Marques et al., 2020). Ademais, em função da necessidade do distanciamento social no momento pandêmico, o contato com outros estabelecimentos que constituem redes de apoio tornou-se limitado, levando a uma diminuição de notificações formais de casos que infringem os direitos da criança e do adolescente (Levandowski et al., 2020). Tais desafios têm contribuído para potencializar os problemas preexistentes no contexto familiar, especialmente junto a famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social por viverem em condições adversas e exposição a diferentes fatores de risco (Linhares & Enumo, 2020).

Concomitantemente, em função do distanciamento social, crianças e adolescentes deixaram de frequentar presencialmente a escola por longo período, ocasionando limitações não só do ponto de vista da aprendizagem formal, mas também de apoio nutricional, já que é neste local que boa parte deste público, em função da situação de desvantagem socioeconômica de suas famílias, consegue realizar as refeições. Ao estarem distantes da escola, que é um dos ambientes alternativos de proteção infanto-juvenil, crianças e adolescentes podem ficar expostos a situações abusivas, negligência, abandono da educação formal, exploração e ingresso em atividades informais geradoras de renda (trabalho precoce). Além disso, em função da taxa elevada de mortes por COVID-19 em população adulta e idosa, a pandemia trouxe como um de seus impactos o aumento do número de crianças e adolescentes em situação de orfandade ou de privação de contato com suas figuras de referência do cuidado (Linhares & Enumo, 2020).

De modo geral, todos estes fatores destacados precisam ser considerados como alvos de atenção, uma vez que concorreram para o aumento de casos que justificam o acolhimento institucional como uma medida de proteção prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). No contexto das instituições brasileiras de acolhimento, a pandemia impactou em toda a sua organização e rotina, precisando ser repensadas e adaptadas as formas de garantir a proteção de crianças e adolescentes, de seus familiares e dos profissionais (Araujo & Queiroz, 2021). Constituíram exemplos destes impactos a suspensão de atividades externas ao abrigo, rotatividade da equipe técnica e dos educadores na instituição, dificuldades relacionais entre os acolhidos e os funcionários, número limitado de atividades internas, levando a vivências de ociosidade por parte dos adolescentes, dentre outros. Diante deste cenário, crianças e adolescentes ficaram mais suscetíveis a desenvolver quadros clínicos de saúde mental, como ansiedade e depressão, agravados com a interrupção das atividades presenciais escolares, a impossibilidade de saídas a ambientes públicos (shoppings, parques, cinemas), a redução de visitas de amigos e familiares e limitação das práticas de atividades físicas, bem como o aumento do uso de computadores ou celulares, resultando em alterações do sono, medos e preocupações excessivas como a possibilidade de contaminação de si e de seus familiares (Neumann et al., 2021).

Em função de possíveis impactos sobre a saúde física e mental humana, Linhares e Enumo (2020) destacam que a pandemia de COVID-19 pode convocar de cada sujeito a mobilização de estratégias de enfrentamento do estresse visando alcançar vivências mais adaptativas. Por esta razão, torna-se fundamental que sejam realizados estudos empíricos que acompanhem e avaliem os impactos a curto, médio e longo prazos no desenvolvimento físico e mental de crianças e adolescentes que vivenciam o período histórico da pandemia de COVID-19, entendendo-o como um grande evento estressor que as expõe a um nível elevado de adversidades, e ainda especialmente aquelas que se encontram em situação de acolhimento institucional. Sensível às argumentações apresentadas, busca-se neste trabalho apresentar e discutir as percepções de adolescentes em relação ao seu acolhimento institucional em tempos de pandemia de COVID-19.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório e transversal realizado com adolescentes que estão em situação de acolhimento institucional em uma Unidade de Reinserção Social (URS) localizada na Zona Oeste do Rio de Janeiro, Brasil. A instituição possui caráter público, acolhe adolescentes de sexo masculino entre 12 e 18 anos incompletos que passam ou passaram por situações de risco ou vulnerabilidade, e segue as normativas do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (Brasil, 2009), caracterizado como a instância máxima de formulação, deliberação e controle das políticas para a infância e juventude.

Concordaram em participar do estudo 7 adolescentes com idade média de 14,7 anos ( $dp=1,6$ ). Foram critérios de inclusão ser adolescente, estar em acolhimento na instituição e desejar participar do estudo. Já os critérios de exclusão envolveram não desejar participar da pesquisa ou apresentar algum comprometimento de saúde decorrente da pandemia no momento da coleta de dados.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada contendo 20 itens voltados para o levantamento de percepções dos adolescentes sobre as características do acolhimento e de seus cotidianos. Este roteiro possibilitou a emissão de respostas abertas e fechadas, buscando identificar os seguintes aspectos: dados sociodemográficos primários (como idade, sexo), temas referentes à educação

(impressão sobre estudos, manutenção de vínculo com a escola e expectativas futuras); à família (caracterização do referencial familiar); ao acolhimento (rotinas, convivência, vínculo com outros adolescentes e com os educadores e equipe técnica); às atividades exercidas (motivações e interesses atuais), impressões sobre si mesmo, sobre sua saúde física e mental; e participação em atividades diversas (internas ou externas à instituição, como Programa Jovem Aprendiz, cursos, oficinas e projetos). Foram ainda realizadas reuniões junto à equipe técnica do local com o objetivo de levantar informações sobre a história de vida dos adolescentes e possíveis demandas apresentadas pelos mesmos durante a pandemia.

Os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente, por meio do cálculo de frequências das respostas e por categorias temáticas. A abordagem quantitativa baseou-se no uso de estatística descritiva, sendo realizados cálculos de média, desvio-padrão e porcentagem das frequências das respostas levantadas. A abordagem qualitativa foi dirigida à análise das respostas às questões abertas da entrevista e envolveu a utilização do método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2009), composto pelas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados por meio das técnicas de inferência e interpretação.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Observou-se que 85,7% dos adolescentes, apesar de estarem no abrigo, mantêm vínculo familiar, sendo que 57% possuem mãe e 85% possuem pai. Observou-se ainda que, durante a pandemia, a convivência com a família foi impactada, uma vez que as visitas foram reduzidas e reorientadas segundo medidas de prevenção contra a COVID-19 (uso de máscaras, distanciamento e evitação de contato físico). Como estratégias de compensação, os profissionais da instituição ampliaram a comunicação dos adolescentes junto a seus familiares por meio de chamadas telefônicas. Em contextos de serviços de acolhimento, Cruz et al. (2021) destacam a importância da equipe técnica e educadores realizarem a manutenção do contato entre os acolhidos e entes familiares ou amigos através do uso de telefone, aplicativos de celular, e-mails ou cartas a fim de evitar rupturas nos processos de comunicação e vínculos.

No que concerne aos principais motivos que levaram ao acolhimento institucional dos participantes do estudo, foram identificados como principais: ter estado em situação de rua, risco no território, orfandade, negligência e conflitos familiares. Estes dados estão em sintonia com os reportados em estudo realizado por Rizzini et al. (2020). As autoras investigaram as características do acolhimento infanto-juvenil em 15 instituições localizadas no Rio de Janeiro (Brasil) e observaram que, dentre os principais motivos que contribuíram para o acolhimento institucional de crianças e adolescentes, destacaram-se a negligência, maus tratos, conflitos familiares, pobreza, violência doméstica e sexual, além de riscos e ameaças na comunidade. Além disso, Acioli et al. (2019), Costa et al. (2019) e Ferreira (2014) acrescentam em suas pesquisas que o alcoolismo, a presença de transtornos mentais, ausência de responsáveis em casa e o tráfico de drogas por parte dos responsáveis podem constituir razões que justificam o acolhimento institucional como medida protetiva.

Já com relação ao período de permanência dos participantes na instituição, observou-se que este variou entre 2 e 17 meses. Esse tempo está em consonância com as diretrizes de provisoriedade estabelecidas pelo ECA, que recomenda um limite de até 18 meses (Brasil, 2018). Destaca-se ainda que, durante a pandemia, alguns adolescentes acolhidos tiveram seus processos reavaliados e antecipados por ordem jurídica em função da necessidade de reduzir a aglomeração no interior da

instituição com o objetivo de evitar os riscos de contágio. Tais procedimentos foram adotados em concordância com as orientações disponibilizadas pelo Conselho Nacional do Ministério Público, do Ministério da Cidadania e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (Brasil, 2020), as quais reforçaram a importância do acolhimento institucional de crianças e adolescentes na modalidade de serviço prioritário e de alta complexidade que não poderia ser interrompido durante o período pandêmico, devendo-se realizar adaptações por meio de medidas protetivas sanitárias e sociais, tais como a redução do número de adolescentes nos espaços de acolhimento para evitar aglomerações, priorização da reintegração familiar e/ou a inserção da criança e do adolescente em família substituta, e concessão de guarda provisória a pretendentes previamente habilitados.

Apesar de 100% dos adolescentes que participaram do estudo estarem matriculados na escola e relatarem gostar da mesma, 71,4% afirmaram realizar atividades de forma remota durante a pandemia, enquanto 28,6% sentiram-se desmotivados. Ademais, 85,7% apontaram gostar de seus professores, mas 43% destacaram ter dificuldades de relacionamento com colegas neste local. Dificuldades interpessoais no contexto escolar vivenciadas por adolescentes institucionalizados, na maioria dos casos, podem estar relacionadas à discriminação por parte de professores, funcionários e pares, em função de sua condição de acolhimento institucional (Carlos et al., 2008). Adolescentes institucionalizados podem sofrer estigmas os quais podem gerar dificuldades em suas relações sociais (Siqueira et al., 2006). Em contrapartida, as crianças podem ser bem acolhidas e assistidas pela equipe pedagógica do local onde estudam, como relatam os participantes de um estudo realizado por Maciel et al. (2017), que descrevem como “bom” o relacionamento com os funcionários da escola, inclusive por meio de relatos de afetividade por parte das professoras e diretora. Ademais, a identificação de declínio motivacional para os estudos em função da suspensão das atividades escolares presenciais na pandemia pode contribuir para o risco de evasão escolar e busca destes jovens por atividades que caracterizam situação de trabalho infanto-juvenil. Silveira et al. (2021) argumentam ainda que, em função das medidas de contenção de disseminação da COVID-19, o fechamento temporário de escolas e de outros espaços de convivência restringiram as oportunidades de socialização de adolescentes, podendo impactar o seu senso de identidade social, o desenvolvimento de competências socioemocionais e o amadurecimento saudável. Em contraste a estas possíveis dificuldades, todos os jovens entrevistados relataram ter perspectivas de futuro as quais envolveram ser bem-sucedidos, ter fama, acesso a bens materiais e construir uma família. No entanto, é preciso levar em conta que os desafios vivenciados no contexto escolar podem resultar em comprometimentos subsequentes de acesso a estas oportunidades.

No que concerne à instituição, 85,7% dos adolescentes a avaliaram positivamente, destacando que se sentiram acolhidos, ouvidos, livres (não eram trancados) e incentivados a buscar oportunidades. Apenas 1 adolescente descreveu a instituição como “péssima”, justificando haver conflitos com outros jovens. A qualidade de relacionamento com funcionários foi avaliada como regular, havendo percepções de que alguns são autoritários, pouco disponíveis e desrespeitosos. 71,4% responderam que mudariam algo na instituição, sendo identificadas categorias como: infraestrutura (ter ar condicionado, colocar fechadura nos quartos para privacidade), relacionamentos (diminuir conflitos entre os adolescentes) e desejo por maior oferta de atividades de esporte e lazer. Estes dados se aproximam dos resultados observados em estudo realizado por Rizzini et al. (2020), no qual foi observado que os adolescentes acolhidos indicaram necessidade de mais privacidade, melhorias no relacionamento com equipe de profissionais, na estrutura da instituição (instalação de ar



condicionado, ventiladores e televisões), na oferta de alimentação e passeios. As autoras destacaram ainda a importância da realização destas melhorias e de capacitação profissional como estratégias de fortalecimento da adesão dos adolescentes ao acolhimento institucional.

Cabe destacar que, com a deflagração da pandemia de COVID-19 no Brasil a partir de março de 2020, foi necessária a adoção de um conjunto de medidas preventivas e emergenciais a fim de reduzir a transmissão do vírus SARS-COV-2, dentre elas a quarentena e o distanciamento social (Aquino et al., 2020). Dentre os impactos ocorridos na instituição durante este período, observou-se que, com relação aos adolescentes, houve o fortalecimento de vínculos a partir da convivência estreita entre os jovens e os funcionários por meio de atividades que passaram a realizar conjuntamente, como lanches, filmes e jogos. 71,4% dos jovens avaliaram satisfatoriamente a qualidade das informações recebidas sobre a doença e 100% tiveram acesso a equipamentos de proteção oferecidos pela instituição (máscaras e álcool 70%). Estes dados estão em consonância com o estudo realizado por Silveira et al. (2021) que reportou maior conscientização por parte de adolescentes acolhidos quanto à importância de higienização (lavagem das mãos, uso de álcool 70%, uso de máscara e evitação de aglomerações). Ademais, 85,7% destacaram que a principal mudança vivenciada foi o isolamento social para diminuição dos riscos de contágio. Nessa perspectiva, identificaram impactos deste isolamento em si mesmos nas categorias: Pensamentos (85,7%), Comportamentos (71,4%), Emoções (57,1%), Planejamento (57,1%), Humor (42,8%), Apetite (42,8%), Concentração (28,5%) e Espiritualidade (14,3%). Ainda, 71,4% relataram preocupações quanto ao risco de adoecimento ou morte de familiares. Estas mesmas preocupações também foram identificadas em estudo realizado por Silveira et al. (2021), segundo o qual foi observado que adolescentes acolhidos relataram medo de adoecer e morrer, medo de perder algum familiar e ansiedade decorrente de rotina desprovida de atividades sociais. Bernardi (2020) destaca que o aumento do estresse, medo e ansiedade, bem como a dificuldade para controlar sentimentos hostis têm constituído alguns dos desafios enfrentados por crianças e adolescentes acolhidos durante o período pandêmico. Cruz et al. (2021) reforçam a importância da realização de monitoramento da saúde mental de crianças e adolescentes em instituições de acolhimento durante a pandemia de COVID-19, e apontam a necessidade de os profissionais destes serviços garantirem a comunicação junto a este público, com o objetivo de reduzir a ansiedade e promover estratégias de enfrentamento e estabilidade.

Entende-se que os impactos experimentados pelos participantes do presente estudo estiveram relacionados a algumas mudanças vivenciadas em seus cotidianos, tais como adaptação das atividades escolares, frustração por parte de alguns em não poderem iniciar o Programa Jovem Aprendiz, aumento de conflitos e dificuldades de relacionamento entre os próprios acolhidos, sentimento de distanciamento dos jovens com relação a membros da equipe que precisou realizar atividades laborais à distância, impacto sobre as visitas de familiares que tornaram-se reduzidas, e interrupção de atividades realizadas por projetos parceiros junto à instituição. Já por parte dos educadores e equipe técnica, observou-se que os principais impactos gerados pela pandemia referiram-se à preocupação em receberem equipamentos de proteção individual em quantidade suficiente, número reduzido de membros da equipe em atividades presenciais, diminuição da convivência entre equipe técnica e educadores, falta de dispositivos de conectividade para manutenção de comunicação remota, preocupação quanto aos adolescentes compreenderem a necessidade de higienização e de isolamento social, além do surgimento de sentimentos de

ansiedade decorrentes desta experiência. Com o objetivo de evitar aglomerações, houve também uma reorganização do cotidiano institucional através de rodízio da equipe técnica e dos educadores, de modo a reduzir o número de funcionários atuando presencialmente. Vale ressaltar que alguns funcionários da equipe técnica foram afastados por fazerem parte do grupo de risco, atuando de forma remota, o que impactou o cuidado socioafetivo para estes jovens, uma vez que nessa instituição a equipe é a principal rede de apoio. Algumas destas mudanças advindas do contexto pandêmico foram reportadas por Paulino & Ferreira (2020), a saber: adaptações físicas, adaptações nas relações do acolhimento institucional com outros dispositivos e adaptações nos relacionamentos humanos dentro do acolhimento, categorias que também apareceram nos resultados deste trabalho. Um estudo publicado por Puntel et al. (2021) realizado com 12 funcionários do acolhimento institucional avaliou os atravessamentos da pandemia no contexto laboral e familiar, bem como os aspectos relacionais com os acolhidos e uso de equipamentos de proteção individual. Os resultados apontaram para necessidade de reorganização do cotidiano institucional e manejo dos acolhidos, além da presença de sentimentos de preocupação e medo, principalmente relacionados à perda de familiares. Um dado relevante é que o uso de equipamentos de proteção individual gerou impactos nas relações com as crianças do estudo citado, uma vez que a sua utilização dificulta observar e compreender a expressão facial, emoções e sentimentos (Puntel et al., 2021). Tais aspectos considerados conjuntamente revelam a necessidade de refletir sobre fatores de estresse que, quando combinados, podem impactar negativamente no desenrolar das atividades de trabalho, principalmente junto ao público alvo de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional.

## **CONCLUSÃO**

Embora a maior parte dos adolescentes apresente percepções positivas quanto ao acolhimento, todos mantiveram o desejo de reinserção familiar. Prejuízos nas relações entre si apontam para a necessidade da elaboração de estratégias que busquem desenvolver competências socioemocionais (autocontrole, expressividade emocional, empatia, estabelecimento de amizades) para uma manutenção desta convivência. Ademais, alguns impactos identificados em áreas como pensamentos (aumento de preocupações), comportamentos (mudança de hábitos) e emoções (medo do adoecimento e da morte) remetem à importância de sensibilidade e cuidados específicos.

A soma de rupturas decorrentes do panorama pandêmico nos diferentes contextos (escolar, comunitário, familiar), as relações fragilizadas com educadores e a escassa oferta de atividades dentro do abrigo em decorrência da interrupção dos projetos parceiros podem contribuir para a percepção de um cotidiano empobrecido, resultando em uma espécie de “confinamento dentro de outro confinamento” vivenciado pelos adolescentes.

Além das rupturas, algumas continuidades influenciam negativamente a percepção dos adolescentes sobre o acolhimento. A falta de infraestrutura, de preparação dos educadores, de opções de lazer são exemplos de dificuldades já existentes que foram acentuadas durante a pandemia do COVID-19. Tais vivências podem contribuir para sentimentos de ociosidade, ansiedade e angústia, os quais, se somados à falta de perspectivas, podem potencializar o risco de evasão escolar e institucional.

Apesar de ainda parciais, estes resultados reforçam o que vem sendo discutido na literatura, entendendo-se que características do acolhimento podem produzir impactos existenciais, principalmente dentro do cenário pandêmico, quando as fragilidades do acolhimento ficam ainda mais

aprofundadas. Nesse sentido, é relevante realizar mais estudos que avaliem tais impactos e suas consequências, a fim de produzir estratégias que os minimizem e garantam a saúde biopsicossocial de jovens acolhidos.

## REFERÊNCIAS

- Acioli, R. M. L., Barreira, A. K., Lima, M. L. C. D., Assis, S. G. D. & Lima, M. L. L. T. D. (2019). Tempo de acolhimento e características dos adolescentes acolhidos por tipo de serviços institucionais. Recife, Brasil, 2009-2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (2), 553-562. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.06402017>
- Araujo, C. de S. & Queiroz, A. C. de S. (2021). Covid-19 e o acolhimento institucional para crianças e adolescentes: uma breve análise. *Serviço Social Em Debate*, 3(1). Recuperado de <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4914>.
- Aquino, E.M., Silveira, I.H., Pescarini, J.M., Aquino, R., Souza-Filho, J.A.D., Rocha, A.D.S. & Lima, RTDRS (2020). Medidas de distanciamento social não controlam a pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (supl 1), 2423-2446. Recuperado de: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020006702423&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020006702423&script=sci_arttext).
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bernardi, D. C. F. (2020). Levantamento nacional sobre os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes em tempos de Covid-19: apresentação dos resultados. (1. ed.). [https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/2021/03/E-book\\_1-LevantamentoNacional.pdf](https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/2021/03/E-book_1-LevantamentoNacional.pdf)
- Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (2009). Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, pg. 67.
- Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, art.4, 16 jul.
- Brasil. Lei 13.509, de 22 de novembro de 2017. (2018). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, art.19 §2º, Brasília, DF, 22 nov. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13509.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13509.htm)
- Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. (2020). Secretaria Nacional de Assistência Social. Portaria nº 59, de 22 de abril de 2020.ed. 78. p.145. item 5.1.2 a 5.1.3.1. Brasília.
- Brasil. Recomendação Conjunta nº 1 de 16 de abril de 2020. (2020). Dispõe sobre cuidados a crianças e adolescentes com medida protetiva de acolhimento, no contexto de transmissão COVID-19 e o acolhimento institucional para crianças e adolescentes: uma breve análise comunitária do novo Coronavírus (Covid-19), em todo o território nacional e dá outras providências. Recuperado de: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-conjunta-n-1-de-16-de-abril-de-2020-253004251>.
- Carlos, D. M., Ferriani, M. D. G. C., Silva, M. A. I. & Arone, K. M. B. (2008). A reintegração de crianças e adolescentes institucionalizados vítimas de violência doméstica no espaço escolar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), p. 310-320. <https://doi.org/10.5216/ree.v10i2.8030>
- Carlos, D. M., Oliveira Sobrinho, F. H., Lopes, D. G., Dias, M. S., Souza, M. S. & Oliveira, W. A. D. (2019). Vivências de adolescentes vítimas de violência doméstica e acolhidos institucionalmente:

vulnerabilidade e desfiliação. *Aletheia*, 52(1), 129-141. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942019000100010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942019000100010&lng=pt&tlng=pt).

Carmo, M. E.& Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>

Cavalcante, L. I. C., Magalhães, C. M. C.& dos Reis, D. C. (2014). Análise comparativa do perfil de crianças em acolhimento institucional nos anos de 2004 e 2009. *Psico*, 45(1), 90-99. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.1.13180>

Costa, C. C., Franco, E. C. D., dos Santos, T. M., da Silveira, E. A. A., Carvalho, M. S.& Resende, M. A. A. (2019). Perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes institucionalizados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(17), e1671-e1671. <https://doi.org/10.25248/reas.e1671.2019>

Cruz, D.A., Cavalcante, L.I.C., Costa, E.F.& Pinheiro, K.V. (2021). Institucionalização e Isolamento social: Reflexões acerca da saúde mental de crianças e adolescentes. IN: ZAGO, M.C. (Org). Saúde Mental no Século XXI: indivíduo e coletivo pandêmico. Guarujá, SP: Científica Digital.

Ferreira, F. P. M. (2014). Crianças e adolescentes em abrigos: uma regionalização para Minas Gerais. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, 117,142-168. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000100009>

Fonseca, P. N. D. (2017). O impacto do acolhimento institucional na vida de adolescentes. *Revista Psicopedagogia*, 34(105), 285-296. Recuperado do: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862017000300006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000300006&lng=pt&tlng=pt).>

Levandowski, M. L., Stahnke, D. N., Munhoz, T. N., Hohendorff, J. V.& Salvador-Silva, R. (2021). Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140020>

Linhares, M. B. M.& Enumo, S. R. F. (2020). Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089>

Maciel, R. D. F. M., Teodoro, M. C., Alves, J. R., Ribeiro, L. M., Queiroz, L. G.& Serralha, C. A. (2017). Crianças à espera de adoção ou em medida protetiva: a inclusão escolar. *Revista da SPAGESP*, 18(1), 63-79. Recuperado do: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v18n1/v18n1a06.pdf>

Marques, E. S., Moraes, C. L. D., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F.& Reichenheim, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420>

Melo, B. D., Lima, C. C., Moraes, C. L. D., Andrade, C. B., Pereira, D. R., Souza, E. R. D.& Freitas, C. M. D. (2020). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19. *Cartilha*. p. 22. Recuperado do: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41121>>

Neumann, A. L., Kalfels, F. M., Schmalz, F., da Rosa, R. L. M.& Pinto, L. H. (2021). O impacto da pandemia por COVID-19 sobre a saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. *ResearchGate*, p. 56 - 66. DOI: 10.36599/editpa-2020\_pan0006

Paulino, L. R. P.&Ferreira, H., (2020). Acolhimento institucional em tempos de pandemia:um convite à mudança. *Cadernos de Psicologia*, (1), Recuperado do <https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/acolhimento-institucional-emtempos-de-pandemia-um-convite-a-mudanca>.

- Puntel, C., Antunes, C., Barbosa, M. L. L. & Schreiber, F. B. (2021). O impacto da pandemia em trabalhadores de um acolhimento institucional. *Conhecimento & Diversidade*, v. 13, n. 31, 95 – 108. <http://dx.doi.org/10.18316/rcd.v13i31.7892>.
- Rizzini, I., Couto, R.M.B. & Figueiredo, M.R.A. (2020). Acolhimento institucional em foco: Perspectivas de profissionais e de crianças e adolescentes usuários do serviço no Rio de Janeiro. 1ed. Rio de Janeiro. CIESPI. Recuperado do: [http://www.ciespi.org.br/media/Pesquisas%20e%20Políticas%20Publicas/Cad\\_2\\_2020.pdf](http://www.ciespi.org.br/media/Pesquisas%20e%20Políticas%20Publicas/Cad_2_2020.pdf)
- Santos, J. O. (2015). Relações entre fragilidade ambiental e vulnerabilidade social na susceptibilidade aos riscos. *Mercator (Fortaleza)*, v. 14, p. 75-90. <https://doi.org/10.4215/RM2015.1402.0005>
- Silva, A. J.N., Costa, R. R. & Nascimento, A. M. R. (2019). As implicações dos contextos de vulnerabilidade social no desenvolvimento infantojuvenil: da família à assistência social. *Pesquisas e Práticas psicossociais*, v. 14, n. 2, p. 1-17. Recuperado do: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082019000200007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000200007&lng=pt&tlng=pt).
- Silveira, A., Cazuni, M.H., Schenkel, Y.V.S., Vargas, T.G.C., Favero, N.B. & Soccol, K.L.S. (2021). Mudanças decorrentes da pandemia de Coronavírus na voz de adolescentes acolhidos. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 95, n. 36. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1225>
- Siqueira, A. C., Betts, M. K. & Dell'Aglio, D. D. (2006). A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, v. 40, n. 2, p. 149-158. ISSN: 0034-9690. Recuperado do: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28440202>
- Siqueira, A. C. & Dell'Aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & sociedade*, 18(1), 71-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100010>
- Zappe, G. J. & Dell'aglio, D. D. (2016). Adolescência em diferentes contextos de desenvolvimento: risco e proteção em uma perspectiva longitudinal. *Psico*, v. 47, n. 2, p. 99-110. <https://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.21494>

## Scientific Committee

Alexandra Vasconcelos (SPS-SPP)  
Amélia Augusto (UBI)  
Bruno Dionísio (Cics.Nova, FCSH/UNL)  
Carlos Escobar (SPS-SPP)  
Cristiana Madureira (ESECS-IPL)  
David Tavares (ESTeSL; APS)  
Deolinda Barata (SPS-SPP)  
Filipe Martins (FEP-UCP)  
Idalina Machado (FLUP)  
Isabel Dias (FLUP)  
Isabel Monteiro (ESS-UA)  
Jorge Duarte Pinheiro (FDUL)  
Leonor Lima Torres (IE-UM)  
Linda Saraiva (ESE-IPVC)  
Luisa Teles (SPS-SPP)  
Madalena Sofia Oliveira (SpeCan)  
Manuela Sanches Ferreira (ESE-IPP)

Margarida Reis Santos (ESEP)  
Maria de Lurdes Torre (SPS-SPP)  
Maria João Alves (SpeCan)  
Maria Manuel Zarcos (SPS-SPP)  
Mariana Gaio Alves (FCT/UNL)  
Neide Urbano (HDE)  
Noémia Lopes (ISCTE-IUL; APS)  
Paula Costa ("A comunidade contra a SIDA" - CAOJ)  
Paula Guerra (FLUP)  
Raquel Leitão (ESE-IPVC)  
Sara Melo (ISSSP)  
Sérgio Costa Araújo (ESE-IPP)  
Teresa Magalhães (SpeCan)  
Vânia Pinto (Rees Centre, Dep. of Education, University of Oxford)

ISBN: 978-989-53545-2-8

Conference Proceedings - International Conference on Childhood and Adolescence (Org.)

Editor: eventQualia

Published: November, 2022