



EBook

II Seminário Internacional de Políticas e Respostas para Crianças e Jovens em Risco

REFLEXÕES EM TORNO DA COVID-19: FAMÍLIAS, CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

THOUGHTS ON COVID-19: FAMILIES, CHILDREN AND YOUTH AT RISK

Organização:

*Cátia Magalhães
Maria João Amante
Paula Xavier
Susana Fonseca*

2021

FICHA TÉCNICA

Título: Reflexões em torno da COVID-19: famílias, crianças e jovens em risco

Title: Thoughts on COVID-19: families, children and youth at risk

Organizadores/Editores

Cátia Magalhães – Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu | Centro de Estudos em Educação e Inovação (CI&DEI) | Instituto de Saúde Ambiental da Universidade de Lisboa (ISAMB)

Maria João Amante – Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu | Centro de Estudos em Educação e Inovação (CI&DEI)

Paula Xavier – Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu | Centro de Estudos em Educação e Inovação (CI&DEI)

Susana Fonseca – Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu | Centro de Estudos em Educação e Inovação (CI&DEI)

Produção

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu

Edição

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu

ISBN: 978-989-53495-0-0

DOI: <https://doi.org/10.34633/978-989-53495-0-0>

Viseu, dezembro de 2021

PREFÁCIO

Colocar o tema dos direitos das crianças e jovens como prioridade e promover a reflexão sobre as políticas e respostas para quem está numa situação de maior vulnerabilidade constitui, acima de tudo, um dever.

É um desafio que tem sido colocado de forma mais premente no nosso país, e em todo o mundo, em contexto de pandemia, mas os avanços foram muitos nos últimos anos. Se no passado as decisões relativas ao bem-estar, educação, saúde e supervisão de pessoas menores de idade ou dependentes eram da responsabilidade da família, tal passou para a esfera pública. Cuidar deste grupo específico é uma responsabilidade coletiva, à qual não se pode furtar nenhum dos agentes com funções na matéria: Governo, Autarquias, Segurança Social, Escolas, estabelecimentos de Saúde, Forças de Segurança, tecido empresarial e sociedade civil.

A pandemia causada pela Covid-19 deu mais visibilidade e agravou as desigualdades deste problema de carácter estrutural. As crianças e jovens estão entre os mais expostos aos constrangimentos socioeconómicos – por isso desde o início desta crise pandémica o Governo adotou um conjunto abrangente de medidas que visou contrariar esta conjuntura e que se traduziu no apoio às famílias e às instituições, visando responder de forma concreta às suas necessidades. Divulgamos de forma massiva campanhas de sensibilização sobre apoios e recursos existentes e orientações de segurança em período de isolamento, fortalecemos as estruturas de apoio e estabelecemos parcerias com entidades públicas e privadas e empresariais para garantir o acesso a bens e recursos essenciais, bem como equipamentos informáticos para apoiar a transição para o ensino à distância.

O ambiente familiar é, não raras vezes, um lugar de violência. É imperativo desenvolver intervenções que tenham em conta as especificidades desta faixa etária, de forma a evitar o trauma decorrente da exposição a estes contextos. Nesse sentido,

lançamos este ano as Resposta de Apoio Psicológico (RAP), uma valência inovadora de suporte psicológico e psicoterapêutico a crianças e jovens vítimas de violência doméstica atendidas e/ou acolhidas na Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica. As 31 equipas a operar em todo o país são supervisionadas pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, de forma a assegurar o melhor acompanhamento técnico-científico.

Ainda de forma a colmatar a desarmonia na intervenção com crianças e jovens pelos vários setores, o Governo elaborou e publicou em 2020 o Guia de Intervenção Integrada Junto de Crianças ou Jovens Vítimas de Violência Doméstica, com formação associada, que estabelece, pela primeira vez, um quadro nacional operacional comum. A Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030 – Portugal + Igual, nos seus 3 Planos de Ação (Igualdade entre Mulheres e Homens, Prevenção e Combate à Violência Contra as Mulheres e à Violência Doméstica e Combate à Discriminação em Razão da Orientação Sexual, Identidade e Expressão de Género e Características Sexuais) reconhece as crianças e jovens não só como públicos vulneráveis e prioritários, mas também como agentes de mudança.

Estamos perante um novo paradigma que lhes garante proteção, educação e condições plenas para o desenvolvimento das suas máximas capacidades, numa sociedade que queremos cada vez mais justa, coesa, criativa e participativa. Há ainda muito a fazer, mas é certamente através da partilha e discussão promovidas por iniciativas como este Seminário e metodologias de investigação e ação que poderemos fazer, ainda, mais e melhor.

Doutora Rosa Monteiro

**Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade do XXII
Governo da República Portuguesa**

Foreward

This e-book represents the cumulative work of the faculty and students in the Master's Degree in Psychosocial Intervention with Children and Youth at Risk Program of the Superior School of Education of Viseu as well as their invited colleagues. The book is about the substantial adversities introduced by the COVID-19 pandemic, related stay-at-home orders, changes in education and health care and the myriad other changes perpetuated by the pandemic. The book identifies evidence-based risk and protective factors that can be targeted to alleviate these burdens. The book provides a detailed examination of the experiences of vulnerable youths, their parents and caregivers and other adults during the COVID-19 pandemic. It generalizes these themes to address the experiences of vulnerable children experiencing issues such as bullying and out of home care, even outside the pandemic.

I had the pleasure of working with the students and professionals of the Master's Degree in Psychosocial Intervention with Children and Youth at Risk of the Superior School of Education of Viseu when I completed a Fulbright Specialist project at the Polytechnic Institute of Viseu in 2016. The purpose of this project was to address child maltreatment, a major public health issue in many nations across the globe and a problem that spans socioeconomic class, ethnicity and nationality. The project endeavored to start to develop effective community partnerships and interprofessional approaches toward solving the problem of child maltreatment. This initiative involved sharing of knowledge, implementation of evidence-based child maltreatment prevention in communities, and dissemination of knowledge and strategies within and outside academic settings. Since then, we have worked together toward cross-cultural adaptations of successful models of maltreatment and violence prevention.

This experience positively affected not only my knowledge and professional skills, but also my character. I learned that many characteristics of family violence and child abuse in Portugal - cycles, etiology, and outcomes - are similar to those in the U.S. and other nations. I also learned about meaningful differences, and methods to prevent abuse that are not in place in the U.S. I learned about the Portuguese welfare system and

other methods to protect and pursue positive outcomes for maltreated children. In addition, I learned a great deal about how to get by in another culture. I did this thanks to the benefit of a setting and people with a strong sense of community and collaboration. I observed and experienced in Viseu a healthy balance of professionalism, hard work, relaxation, humor, and interpersonal connectedness that promote creativity and productivity. The students and professionals of Viseu who were so incredibly knowledgeable, supportive and compassionate on my journey will also serve as your guides throughout this e-book. I can imagine no better people to lead you on this journey. Enjoy!

Michele Knox, Ph.D. (she/her)

Professor

Clinical Psychologist

Department of Psychiatry

University of Toledo College of Medicine and Life Sciences

Índice

Notas Introdutórias	1
1. REFLEXÕES EM TORNO DA PANDEMIA COVID-19	3
Risco e Perigo na Pandemia – Novos Riscos, Velhos Desafios	4
<i>Nádia Almeida Barradas, Cristina Marques</i>	
Impacto da Pandemia en la Adolescencia con Medida Administrativa de Protección en Galicia	22
<i>Deibe Fernández Simo, Xosé Manuel Cid Fernández, Edgar Campos</i>	
<i>Burnout Parental: do Conceito à Avaliação</i>	31
<i>Marisa Matias, Joyce Aguiar</i>	
Pandemia COVID-19 e Qualidade de Vida: Perceções de Estudantes de Ensino Superior Portugueses	44
<i>Paula Xavier, Maria João Amante, Lia Araújo, Susana Fonseca, Cátia Magalhães, Carla Silva, Leandra Cordeiro</i>	
Programa de Parentalidade para Prevenção de Violência Contra Crianças no Contexto Brasileiro: da Eficácia para a Larga Escala Sustentável	59
<i>Elisa Rachel Altafim, Maria Beatriz Linhares</i>	
O Papel da Escola em Tempo de Pandemia – Boas Práticas do Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique	75
<i>João Caiado</i>	
2. TEMAS TRANSVERSAIS DE INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO E PERIGO	79
Crianças e Adolescentes em Acolhimento Residencial: a Importância do Autoconceito	80
<i>Ana Sobral, Sara Felizardo, José Sargento</i>	
Estudo Qualitativo sobre Bullying em Crianças: o Papel dos Observadores Face ao Bullying e Relação com Outras Vulnerabilidades	90
<i>Maria José D. Martins, Filipa Valente</i>	
Considerações Finais	103

Notas Introdutórias

A presente publicação, em formato *e-book*, surge na sequência de uma iniciativa que começou com a primeira edição do Seminário Internacional de Políticas e Respostas para Crianças e Jovens em Risco, em junho de 2019, organizado pelas docentes e alunos das Unidades Curriculares de Política Social e de Saúde Infanto-Juvenil e Respostas de Apoio Social para a Infância e Juventude, do Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, da Escola Superior de Educação de Viseu. Este seminário teve como objetivo promover a partilha de conhecimento oriundo quer da prática, quer da investigação e apresentar o “estado da arte” da Política Social e de Saúde, em torno de temáticas relacionadas com crianças e jovens em risco e suas famílias.

Face à adesão e envolvimento verificados na primeira edição do Seminário, abraçou-se o desafio de organizar a 2ª edição, em formato online, em junho de 2021. Esta, e dada a conjuntura pandémica mundial, entendeu-se dever ser centrada na compreensão dos desafios acrescidos e novas necessidades que a pandemia COVID-19 fez emergir, bem como no reconhecimento das oportunidades de análise e mudança promotoras da qualidade do apoio que é prestado a crianças e jovens em situação de risco e perigo.

Em ambos os Seminários pretendeu-se criar um espaço de partilha, de reflexão e troca de opiniões entre os participantes, académicos, investigadores, estudantes, profissionais, visando, não apenas a apresentação de projetos de investigação, mas também a partilha de boas práticas, de projetos de carácter social e de experiências formativas dos alunos.

O presente *e-book*, intitulado *Reflexões em Torno da Pandemia COVID-19*, é assim produto científico decorrente das atividades do último Seminário Internacional de Políticas e Respostas para Crianças e Jovens em Risco e que reúne um número significativo de comunicações que decorreram ao longo do evento, de investigadores e profissionais do terreno, de âmbito nacional e internacional, mas também agrega outros contributos, com o propósito de promover a divulgação de trabalhos de mestrado,

estudos/investigações recentes, bem como de boas práticas desenvolvidas por várias entidades parceiras. Foram reunidos oito textos que estiveram na base das comunicações orais apresentadas nos vários painéis temáticos do Seminário, traduzindo o conhecimento na sua relação com os diversos campos e domínios de intervenção.

O documento encontra-se, assim, organizado em duas partes, nomeadamente, a primeira parte, *Seção 1 - Reflexões em torno da pandemia Covid19*, que inclui seis textos sobre temáticas como: Risco e Perigo na Pandemia, Burnout parental, Pandemia COVID-19 e Qualidade de Vida no contexto do Ensino Superior, Programas de parentalidade para prevenção de violência; O papel da escola em tempo de pandemia e Impacto da pandemia na adolescência como medida de proteção.

A segunda parte intitula-se - *Secção 2 - Temas transversais de intervenção com crianças e jovens em risco e perigo – e reúne 2 textos em torno das Crianças e adolescentes em acolhimento residencial; o papel dos observadores face ao bullying e relação com outras vulnerabilidades.*

O documento revela bem as sinergias multidisciplinares, interinstitucionais, quer a nível nacional, quer internacional, que o Seminário conseguiu mobilizar. A pertinência científica e social das apresentações e respetivos textos são evidentes, alcançando indubitavelmente o objetivo de recentrar o debate e a reflexão, desta 2ª Edição, em torno dos impactos da pandemia COVID-19 em situações de risco e perigo.

A todos/as o nosso agradecimento por termos podido contar com a vossa participação neste Seminário.

A Comissão de Organização

1. REFLEXÕES EM TORNO DA PANDEMIA COVID-19

Risco e Perigo na Pandemia – Novos Riscos, Velhos Desafios

Nádia Almeida Barradas¹ e Cristina Marques²

¹ Médica Interna de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Portugal.

² Psiquiatra da Infância e Adolescência, Assistente Hospitalar Graduada Sénior, Chefe de Equipa da Clínica do Parque - Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; Assessora do Programa Nacional para a Saúde Mental, Portugal.

Resumo: A pandemia COVID-19 veio trazer grandes modificações à vida das crianças e adolescentes, com impacto significativo na sua saúde mental. Nestas faixas etárias, as consequências negativas para a saúde mental parecem depender de vários fatores, nomeadamente do contexto e do *stress* a que a família e a comunidade em que se inserem estão sujeitas, e à forma como reagem. Na maioria das pessoas sem perturbação psiquiátrica e sem outros fatores de risco ou vulnerabilidades é, no entanto, expectável que a sintomatologia psiquiátrica seja apenas transitória, com carácter adaptativo. Entre as populações que apresentam risco acrescido para a saúde mental, para além das comunidades com maiores taxas de infeção COVID-19, destacam-se as crianças e adolescentes com perturbação psiquiátrica prévia e as que vivem em contextos sociais desfavorecidos, com aumento do risco de ocorrência de eventos adversos. As crianças que experienciam frequentemente sentimentos de solidão são outro dos grupos a necessitar de especial atenção e de estratégias diferenciadas que promovam um maior bem-estar. Os velhos desafios da saúde mental consistem, uma vez mais, na concretização de uma política de intervenção centrada na prevenção e na transversalidade das medidas em todas as políticas. É dado particular realce à implementação de estratégias de promoção e prevenção, envolvendo estruturas da saúde, escolares e a comunidade como um todo, na construção precoce da resiliência. A participação ativa da criança e da família na construção de um plano de intervenção deve ser incentivada e tem sido associada a melhores *outcomes*.

Palavras-chave: Saúde Mental, Crianças, Adolescentes, COVID-19, Risco.

Introdução

Apesar do desafio inegável para a nossa geração, o contexto pandémico atual não é um evento inédito na história da humanidade, que ao longo dos séculos se foi deparando com outras pandemias, conflitos, guerras, catástrofes e crises globais. Estas

situações obrigam, invariavelmente, a adaptações da sociedade e das comunidades, mas também de cada família e indivíduo especificamente.

A pandemia COVID-19 veio trazer grandes modificações à vida das famílias e, em particular, à vida das crianças e dos adolescentes. Estas alterações ocorreram de forma súbita e implicaram grandes mudanças nas rotinas das famílias; as aulas presenciais foram suspensas, bem como muitas atividades extracurriculares e encontros sociais, que tanto contribuem para a autonomização, valorização e estruturação do autoconceito das crianças e dos jovens (Singh et al., 2020). Para muitas famílias, obrigadas a recriar em casa condições de trabalho, de escola ou jardim-de-infância, foi difícil a gestão dos espaços por forma a manter as condições de conforto e privacidade adequadas às necessidades de cada um dos elementos. Para algumas crianças cujas condições adversas em casa são parcialmente mitigadas durante o tempo que passam na escola ou em atividades extracurriculares, o confinamento pode ter-se associado a um agravamento significativo do seu contexto social e estado emocional (Marques de Miranda et al., 2020).

Saúde mental das crianças e dos adolescentes e a COVID-19: Investigação Internacional

A investigação relacionada com os efeitos da pandemia na saúde mental das crianças e dos adolescentes é ainda preliminar, realizada maioritariamente fora da Europa, nomeadamente na China e nos EUA, em período de crise. Os resultados apontam para que, nas crianças, em todas as fases do desenvolvimento, exista um aumento da prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, e de sintomas relacionados com *stress* pós-traumático. As consequências negativas para a saúde mental parecem depender de vários fatores, como a taxa de infeção local, mas, mais do que sensíveis aos efeitos diretos da pandemia, as crianças parecem particularmente vulneráveis ao contexto e ao *stress* a que a família e a comunidade em que se inserem estão sujeitas, e à forma como estas reagem (Magson et al., 2021; Marques de Miranda et al., 2020). Podemos suspeitar que os resultados carecem de representatividade global, tendo em conta as diferenças marcadas entre os países, incluindo no número de casos, na capacidade de resposta e sobrecarga dos serviços de saúde, bem como na taxa de mortalidade. Como foi já observado em crises anteriores, os efeitos da exposição a fatores stressores são cumulativos e dependentes da suscetibilidade individual de cada

criança e de cada família, e é frequente assistir-se a um atraso entre o acontecimento adverso e os efeitos negativos na saúde mental dos indivíduos.

Adicionalmente, os eventos adversos podem, simultaneamente, estabelecer oportunidades promotoras de resiliência e constituir momentos importantes de aprendizagem (Cowie & Myers, 2021; Mastrotheodoros, 2020). O confinamento associado ao controlo da pandemia COVID-19 foi já associado ao aumento dos indicadores de bem-estar em crianças mais novas, associado ao aumento do tempo passado em família (Ellis et al., 2020).

Reação de Ajustamento

As crianças são particularmente sensíveis a mudanças, fases de transição e perda de estabilidade. O surgimento da pandemia COVID-19 associou-se a uma enorme sensação de incerteza em relação ao vírus e à doença e, mais tarde, em relação às medidas necessárias para conter a propagação da infeção. Nas crianças surgiu o medo de contrair e transmitir o coronavírus, mas sobretudo o medo que familiares ou amigos ficassem doentes ou morressem. Também muitos adolescentes e crianças mais velhas tiveram conhecimento das consequências económicas e financeiras da pandemia no seio familiar. O surgimento de preocupações, medos e incertezas podem contribuir para o início ou agravamento de diversos sintomas, nomeadamente: isolamento, insónia, pesadelos, diminuição do apetite, agitação, desatenção e ansiedade de separação, manifestada por dificuldade marcada nas separações, relutância ou recusa em separar-se dos pais ou cuidadores, resistência em ir à escola e receio de dormir sozinho (Jiao et al., 2020).

A conflitualidade entre os elementos do agregado familiar pode tender a aumentar durante os períodos de confinamento, frequentemente com preocupações acerca da manutenção das rotinas e dos limites no uso de ecrãs e da internet. Nos adolescentes, o confinamento pode ter um impacto negativo particularmente importante no movimento para a autonomia e diferenciação da família através da relação privilegiada com os pares, típica desta faixa etária. À semelhança de situações de catástrofe prévias, é expectável o aumento de situações de violência doméstica, cujos efeitos tenderão a perdurar para além do tempo de pandemia (Kofman & Garfin, 2020).

Mesmo na presença de um evento altamente disruptivo como o contexto pandémico, é de esperar que, na maioria das pessoas sem perturbação psiquiátrica e sem

outros fatores de risco ou vulnerabilidades, a sintomatologia psiquiátrica (principalmente ansiosa e depressiva) seja apenas transitória, frequentemente adquirindo um caráter adaptativo. Este conceito, conhecido como reação de ajustamento, explica que, perante um evento stressor, podemos observar nos indivíduos envolvidos uma constelação de sintomas que constituem uma resposta direta face aos danos causados, funcionam como mecanismo de defesa e resolvem-se espontaneamente após alguns meses (Ellis et al., 2020).

Durante o ano de 2020, foram realizados alguns estudos da população geral pela Especialidade de pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia. No estudo de famílias com crianças em idade escolar até aos 12 anos, a grande maioria dos pais referiu que a conflitualidade entre os elementos do agregado não aumentou ou aumentou apenas ligeiramente. Apesar de cerca de metade considerarem que o estado emocional da criança se encontrava negativamente afetado pelo contexto – mais irritável, mais ansiosa ou mais difícil de gerir –, a grande maioria dos inquiridos referiu ter partilhado mais experiências com as crianças durante a fase de confinamento, concluindo que o impacto global na relação com a criança tinha sido positivo ou, pelo menos, neutro. No estudo da primeira infância, ter-se-á verificado inclusivamente um impacto positivo da fase de confinamento na perceção do desenvolvimento da linguagem das crianças mais pequenas. É importante notar que os resultados, colhidos *online*, apresentam um viés de seleção importante, demonstrado pela elevada percentagem de pais licenciados, excluindo grande parte da população mais vulnerável, com fatores de risco acrescidos.

Os Mais Vulneráveis

De entre as populações que apresentam risco acrescido, e para além das comunidades com maiores taxas de infeção COVID-19, é preciso atentar: (1) às crianças e adolescentes com perturbação psiquiátrica prévia, nomeadamente Perturbações de Ansiedade, Perturbações Obsessivo-Compulsivas, Perturbações do Comportamento Alimentar, Perturbações do Espectro do Autismo ou Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; (2) crianças e jovens inseridos em contextos sociais desfavorecidos, com aumento do risco de ocorrência de eventos adversos (Adegboye et al., 2021; Palacio-Ortiz et al., 2020).

As Experiências Adversas da Infância

Sabemos que eventos adversos graves ocorridos precocemente na vida dos indivíduos afetam drasticamente a sua saúde física e mental, associando-se a uma diminuição marcada da esperança de vida. Estes eventos, conhecidos como experiências adversas da infância (em inglês *adverse childhood experiences* ou ACEs), incluem: história de abuso sexual e negligência, institucionalização, doença crônica ou deficiência, situação de pobreza ou pais com doença mental grave. O contexto pandêmico pode agravar ou favorecer a ocorrência de algumas destas vivências adversas, ou atrasar o seu reconhecimento e referenciação às entidades competentes. Muitas destas crianças apresentam fatores de risco múltiplos e cumulativos e escassos fatores protetores, tendencialmente com poucos recursos e menor capacidade de acomodação ou ajustamento (Bush, 2018).

O interesse no estudo dos ACEs teve início na década de noventa depois de Vincent Felitti ter proposto a existência de uma relação entre obesidade e história de abuso sexual na infância em cerca de 280 doentes adultos. A investigação ficou conhecida como *The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*, foi realizada com o apoio do CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) e incluiu estudos retrospectivos e prospectivos (de *follow-up*), levando à publicação de dezenas de artigos nos últimos anos (Felitti, 2019). No artigo original, Felitti et al. (1998) analisaram retrospectivamente os efeitos de experiências adversas da infância ao longo do ciclo de vida, incluindo abuso e negligência na infância, perda ou detenção parental e ambiente com violência doméstica, dependência de substâncias ou doença mental grave, concluindo que existe uma relação entre elas e múltiplos fatores de risco para várias das principais causas de morte. Mais tarde, concluíram que a ocorrência destes eventos prediz fortemente a adoção de comportamentos de risco, doença futura e mortalidade prematura, propondo que os ACEs constituem um dos principais determinantes de saúde e bem-estar social (Brown et al., 2009). Na população americana, cerca de metade da população (46,3%) apresenta pelo menos um ACE, e cerca de 22% apresenta dois ou mais (Bethell et al., 2017). No Reino Unido, estes estudos foram já replicados; em 2017 concluiu-se que, em comparação com indivíduos sem qualquer ACE, aqueles com quatro ou mais ACEs apresentam um aumento significativo de comportamentos de risco e um menor nível de bem-estar social (tabela 1).

Tabela 1

ACEs e Aumento de Comportamentos de Risco (Bush, 2018)

Compor- tamentos de Risco e Bem- estar Social	Adoção de comporta- mentos de risco e nível de bem- estar social da populaçã o com 4 ou mais ACEs vs sem ACEs
Consumo excessivo de álcool	2 vezes superior
Consumo de tabaco	3 vezes superior
Baixo nível de bem-estar social e satisfação com a vida	4 vezes superior
Início precoce da atividade sexual	5 vezes superior
Gravidez não planeada durante a adolescência	6 vezes superior
Envolvimento em comportamentos violentos	7 vezes superior
Consumo de substâncias ilícitas; ter estado preso	11 vezes superior

Em Portugal, em 2019, existiam 1.7 milhões de crianças e adolescentes (com idades até aos 18 anos). Salientamos neste enquadramento de risco e vulnerabilidade as mais de 320 000 crianças e jovens (cerca de 19% do total) que estão em risco de pobreza (2018) e as quase 230 000 que beneficiam de refeições subsidiadas pela Ação Social Escolar (2019). Em Portugal cerca de 18.5% das crianças e adolescentes portuguesas vivem abaixo do limiar da pobreza; sem apoios sociais, seriam mais de 28%. De sublinhar ainda que em 2018 foram aplicadas 14.007 medidas de promoção e proteção, a maioria de apoio junto dos pais/cuidadores, das quais cerca de 6% foram acolhimentos residenciais (PORDATA & UNICEF, 2020). Estes são números que nos devem fazer refletir – e agir – preventivamente.

A Solidão

Ainda nestes grupos de crianças e adolescentes de maior risco, queremos destacar a elevada prevalência de relatos de sentimentos/experiências de solidão.

A solidão é um sentimento que a maioria das pessoas experiencia em algum momento das suas vidas. Corresponde a um sentimento indesejado de falta ou perda de companhia, e acontece quando há uma incompatibilidade entre a quantidade/qualidade de relações ou interações sociais que temos e aquelas que desejamos (The Children’s Society, 2019). No entanto, a permanência deste sentimento durante a maior parte do tempo pode ter um impacto significativo no bem-estar individual, com consequências para a saúde física e mental e no adequado funcionamento e integração na sociedade.

A solidão tem sido descrita como uma epidemia do século XXI. Há muito tempo que se fala da solidão entre a população mais idosa, mas este fenómeno tem sido identificado recentemente também em jovens. Em 2017, no Reino Unido, a *National Society for the Prevention of Cruelty to Children* (NSPCC), uma das principais instituições de proteção de crianças e jovens, alertou para o aumento do número de pedidos de ajuda, através da sua linha de apoio telefónico, por parte de crianças pequenas que referiam sentir-se sós. O Centro Nacional de Estatística do Reino Unido (*Office of National Statistics*, ONS) trabalhou em conjunto com outras organizações nacionais com o objetivo de aumentar os dados disponíveis acerca da solidão vivida pelos mais novos e promover a criação de um manual de recomendações para ajudar no combate à solidão nesta população. Foram elaboradas e validadas questões acerca de sentimentos de solidão em idade pediátrica, que passaram a estar incluídas no inquérito anual da *The Children Society*, denominado *The Good Childhood Index Survey*. Em 2018, os resultados deste inquérito em crianças entre os 10 e os 15 anos revelaram que 11.3% das crianças sentem-se “frequentemente” sós. A resposta “frequentemente” teve maior prevalência: (1) no grupo dos 10 aos 12 anos (14%), em comparação com o grupo dos 13 aos 15 anos (8.6%); (2) nas crianças que beneficiavam de apoio social escolar para as refeições (27.5%), em comparação com as que não beneficiavam (5.5%); (3) nas crianças que residiam na cidade (19.5%), em comparação com localidades mais pequenas ou rurais (5%); (4) nas crianças que também referiram “baixa satisfação” em relação à sua saúde (28.3%), em comparação com as que responderam satisfação “média”, “alta” ou “muito alta” (10%); (5) nas crianças que referiam “baixa satisfação” nas relações estabelecidas com a família e amigos (41.1%) em comparação com as que responderam satisfação “média”, “alta” ou “muito alta” (34%). Foram ainda identificadas algumas das principais circunstâncias em que as crianças e adolescentes percecionam sentimentos de solidão com maior frequência e/ou intensidade: (1) momentos de transição, como a passagem do 1.º para o 2.º ciclo ou transição do ensino secundário para a universidade; (2) características do ambiente escolar, como segregação de grupos com base em habilidades/desportos, pressão relacionada com as avaliações e exames, segregação dos alunos com dificuldades ou deficiência e castigos/repreensões que envolvem o isolamento ou a exclusão; (3) perda de relações significativas; (4) ter doença mental; (5) ter uma doença crónica, incapacidade ou deficiência; (6) ser vítima de *bullying*; (7) circunstâncias práticas que limitam a manutenção e estabelecimento de relações, como distância dos amigos, dificuldades ou

custos do transporte. Adicionalmente, os autores destacam duas conclusões que consideram de extrema importância com base nas quais propõem um plano de atuação. Terão identificado que as crianças valorizam a possibilidade de ter alguém disponível para falar sobre como se sentem. É, por isso, importante que se reconheça o problema, para que dessa forma possam sentir-se ouvidos e validados na partilha das suas emoções, com a promoção de uma discussão aberta e esclarecida acerca deste tema. A segunda conclusão diz respeito à importância das relações estabelecidas pela criança como fator determinante para o seu bem-estar. Assim, é importante que sejam também criadas estratégias que visem especificamente formar, manter e reforçar relações interpessoais significativas, tanto no seio familiar, como entre pares (Snape et al., 2018).

Os (velhos) desafios da saúde mental da infância e da adolescência

Uma premissa importante e um “velho” desafio é que a saúde mental seja transversal a todas as políticas. Outro destes desafios, tendo em conta os principais determinantes para a saúde física e mental das crianças e jovens já identificados, é que a política de intervenção nesta área assente numa cultura de prevenção.

As Estratégias de Prevenção

A importância das estratégias de promoção e prevenção não é uma novidade. Estas são já fortemente incentivadas no Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar, lançado a 13 junho de 2008, na Conferência Europeia *“Together for Mental Health and Well-being”*. Este pacto prevê a possibilidade de cooperação entre organizações governamentais e não-governamentais dos vários países e centra-se em cinco áreas prioritárias: (1) Prevenção da Depressão e Suicídio; (2) Saúde Mental dos Jovens e Educação; (3) Saúde Mental em Contexto de Trabalho; (4) Saúde Mental no Idoso; e (5) Combater o Estigma e a Exclusão Social. Em relação à infância e adolescência, as recomendações propõem estratégias de prevenção estratificadas, incluindo a implementação precoce de planos de intervenção, nomeadamente nos primeiros anos de vida, com programas de visita domiciliária e treino de competências parentais, complementados pelas intervenções nos serviços de saúde, em escolas e na comunidade em geral, não esquecendo também o papel e influência das

tecnologias e da internet na atualidade (Comissão Europeia, 2008). Apesar disso, em Portugal, as intervenções na área da prevenção têm sido escassas, maioritariamente realizadas sem recurso a programas validados internacionalmente e sem a promoção de estudos de avaliação dos efeitos e eficácia das medidas implementadas.

A concetualização e validação destes programas baseados na evidência centra-se em estudos que apontaram a intervenção preventiva precoce (incluindo o treino de competências parentais e o estabelecimento de uma vinculação segura), dirigida primariamente a grupos de risco (famílias com crianças pequenas, monoparentais, de meios socioeconómicos adversos ou em situação de exclusão social), como o meio com melhor relação custo/eficácia para aumentar a resiliência e reduzir os problemas de saúde mental das populações (Rutter, 2000), contrariando o aumento contínuo dos problemas mentais a que temos vindo a assistir nas últimas décadas, em todos os grupos etários (Comissão Europeia, 2004). A Organização Mundial de Saúde justifica o investimento no desenvolvimento de programas e intervenções eficazes na melhoria e promoção da saúde mental em crianças e adolescentes com base na premissa de que existe um grau de continuidade significativo entre as perturbações psiquiátricas da infância, e principalmente da adolescência, com as da idade adulta, pelo que a intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a incapacidade a longo prazo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2005).

Os Serviços Especializados

Aos serviços especializados em saúde mental da infância e da adolescência cabe, por sua vez, um papel não menos importante: melhorar o acesso e a equidade na prestação de cuidados, procurando desenvolver estratégias que promovam uma maior proximidade com populações mais vulneráveis (incluindo, por exemplo, o recurso à telemedicina); promover intervenções e programas baseados na evidência, bem como a avaliação dos seus resultados; criar estratégias para combate ao estigma que ainda se associa às doenças mentais e ao seu tratamento; reforçar as parcerias com a comunidade.

Na tentativa de criar sinergias e promover uma intervenção mais precoce, têm sido criadas algumas ferramentas que visam a capacitação de estruturas da comunidade, como o Manual para a Promoção de Saúde Mental em Saúde Escolar – Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar (Carvalho et al., 2016), ou o conjunto

de Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (Marques & Cepêda, 2009).

Ainda com o propósito de promover uma maior eficiência e eficácia das intervenções em proximidade, foram recentemente criadas cinco Equipas Comunitárias de Saúde Mental da Infância e Adolescência, uma por região de saúde, ligadas aos serviços de pedopsiquiatria dos hospitais, sendo expectável que esta experiência possa ser replicada e alargada nos próximos anos.

A Comunidade

Os serviços de saúde de base comunitária e as estruturas de educação têm um papel inquestionável na deteção precoce de fatores de risco e na identificação e promoção de fatores protetores e de resiliência. Sabemos que a influência do ambiente não partilhado (convivência fora do âmbito familiar) vai aumentando progressivamente ao longo da vida da criança, pelo que o papel da escola e dos pares não pode ser ignorado.

Para além destas estruturas, não podemos esquecer o papel da comunidade como um todo. De facto, são a família, a escola e o bairro, com os seus espaços livres, estruturas lúdicas e desportivas, que constituem a comunidade que envolve as crianças e os adolescentes durante o seu desenvolvimento, influenciando de forma determinante o seu bem-estar e comportamento social. Deve por isso ser tida como parceiro ativo no desenvolvimento de estratégias que promovam a saúde mental.

Grupos vulneráveis

As comunidades estão progressivamente mais multiétnicas e multiculturais, fazendo emergir diferentes conceções de saúde mental que devem ser compreendidas e integradas aquando do planeamento de atividades promotoras de bem-estar social. Deve ser oferecida atenção particular aos grupos social e economicamente desfavorecidos, e a quaisquer outros que pelas suas vulnerabilidades apresentem um risco acrescido de desenvolver problemas mentais. Deste grupo fazem parte as crianças e jovens de famílias com baixo nível socioeconómico, de minorias étnicas, vítimas de negligência ou maus-tratos, os que se encontram em situação de abandono escolar ou aqueles que apresentam dificuldades na transição para a vida ativa (Stattin et al., 2009).

Comunidades Saudáveis

O conceito de “Comunidades Saudáveis” (*Healthy Communities*) deve ser incorporado nas políticas e planos locais. Esta conceção, reconhecida pelos organismos de saúde internacionais, inclui ações que contribuem para a melhoria da integração e inclusão social e para o acesso facilitado aos serviços. São exemplos de medidas incluídas neste conceito: (1) a existência de mecanismos de coordenação efetiva e de comunicação entre os diversos parceiros comunitários envolvidos num determinado projeto, através da criação de plataformas ou *networks* entre os diferentes profissionais; (2) a criação de espaços que promovam a interação e participação social; (3) a implementação de atividades desportivas e lúdicas, bem como de oportunidades formais e informais de aprendizagem, assim como a criação de planos concretos para tornar tais atividades acessíveis para crianças e adolescentes de famílias em risco de exclusão social (Stattin et al., 2009).

Sabe-se que a participação em atividades estruturadas, orientadas por adultos que funcionem como tutores de resiliência, contribui para o desenvolvimento adequado das crianças e dos adolescentes. Estas atividades podem incluir estratégias de treino de resolução de problemas ou de competências sociais e centrar-se em áreas como a música, o desporto, as artes ou os *media* e a informática. Neste processo, as famílias e os jovens devem ser escutados e participar como agentes ativos na implementação dos projetos. As Câmaras Municipais e as Organizações Não-Governamentais (ONG) podem desempenhar um papel importante na dinamização deste tipo de iniciativas.

O conceito de serviço “*wraparound*” ou de “suporte direto” tem-se mostrado consistente na criação de atividades com boa relação custo/eficácia. Este conceito defende uma intervenção individualizada, baseada na comunidade, focada nas necessidades específicas de cada criança e de cada família. É desenvolvido através da criação de uma equipa que inclui elementos relevantes para o bem-estar da criança (familiares, professores e outros elementos da comunidade), que colaboram na implementação de um plano de intervenção, coordenado por um elemento facilitador. Diferem do modelo tradicional dos serviços de saúde mental porque: (1) são prestados na comunidade ou em casa, e não em gabinete; (2) têm boa acessibilidade e estão disponíveis fora do horário laboral; (3) incluem um conjunto de atividades específicas, de acordo com as necessidades de cada criança e família, no sentido de promover o seu bem-estar.

A criação de um serviço de suporte direto implica o cumprimento dos seguintes princípios: (1) priorizar a perspectiva da família no planeamento de cuidados; (2) realizar trabalho em equipa; (3) incentivar a participação de elementos do meio envolvente da criança; (4) promover a colaboração eficiente entre os diferentes elementos/parceiros; (5) constituir uma intervenção baseada na comunidade; (6) incluir elementos na equipa culturalmente competentes e sensíveis; (7) implementar planos individualizados; (8) centrar-se nos pontos fortes da criança e família; (9) persistir em atingir os objetivos propostos, mantendo o plano durante o tempo necessário para produzir mudança; (10) promover a avaliação de resultados e a adequação/reformulação do plano em caso de insucesso (Miles et al., 2006).

A Participação Ativa da Família

A integração conjunta de ambos os pais e da criança no plano terapêutico e nas equipas de intervenção em saúde mental está associada a melhores *outcomes* no que diz respeito à melhoria da sintomatologia da criança (Dowell & Ogles, 2010; Karver et al., 2006). As intervenções na comunidade não excluem a participação ativa da família, já que os programas centrados nas relações familiares e competências parentais têm a maior evidência de boas práticas na redução e prevenção das experiências adversas (OMS, 2005).

Uma revisão recente identificou várias características das famílias e das crianças/adolescentes que se relacionam com a assiduidade e comprometimento com as consultas e plano terapêutico, nomeadamente: (1) etnia, (2) gravidade do problema/sintomas da criança, (3) *stress* e psicopatologia parentais. Parecem manter maior assiduidade as famílias caucasianas, em comparação com outras etnias, as crianças com sintomatologia mais grave, e as famílias cujos pais estão sujeitos a menos *stress* e não apresentam psicopatologia (Gopalan et al., 2010). Outros autores identificaram ainda fatores relacionados com a perceção dos pais relativamente ao problema, nomeadamente atitude em relação à saúde mental e ao seu tratamento, e expectativas em relação à abordagem clínica dos sintomas, como mais importantes para a assiduidade às consultas, em comparação com impedimentos como dificuldade no transporte ou horários escolares (Bannon & McKay, 2005).

A Importância do Brincar

A capacidade de brincar tem implicações diretas no bem-estar da criança, na medida em que promove a criatividade e estimula o desenvolvimento de estratégias de *coping*, de adaptação e autorregulação emocional. É importante garantir que a criança cresce desde cedo com as condições adequadas à promoção do jogo simbólico (Hoffmann & Russ, 2012).

Construir Resiliência

A resiliência tem sido um conceito central na discussão sobre a saúde mental infantil e juvenil. Corresponde à capacidade de enfrentar a adversidade e adaptar-se a mudanças. Atualmente considera-se que se relaciona mais com a percepção do indivíduo acerca da sua relação e integração no contexto social/comunidade em que se insere e à forma como isso afeta as suas decisões nesse contexto, e menos com fatores intrínsecos da criança. Por isso, a construção de resiliência depende principalmente da qualidade e do acesso à rede social que envolve a criança, relacionando-se menos com a criança em si. Não podemos esperar que a criança exposta a trauma/eventos adversos seja capaz de adotar uma postura diferente em relação ao meio, sem que este se adapte e se mostre estável, capaz de promover novos modelos de relação. Vários fatores são considerados promotores de resiliência: (1) no contexto familiar – estratégias de parentalidade efetivas e promoção de diálogo; (2) na escola e comunidade – sensação de pertença e segurança, relações positivas com pares, professores e outros adultos (tutores de resiliência); (3) fatores individuais, largamente dependentes do contexto familiar, escolar e social, como aquisição de estratégias de resolução de problemas e de regulação emocional, sensação de auto-eficácia e auto-controlo, motivação para conquista e sucesso, crenças positivas acerca do significado da vida/existência (Bush, 2018).

A construção de resiliência pode encaixar-se no princípio básico de promoção de saúde mental – a prevenção. Mais do que poder constituir um mecanismo de gestão de danos, a construção de resiliência de forma precoce e integrada, tornada prioridade pelas comunidades, pode servir como forma de antecipação de eventos adversos, aumentando a capacidade de acomodação e adaptação dos indivíduos.

Conclusões

Para melhorar a resposta aos problemas de saúde mental na infância e na adolescência são urgentes pelo menos duas medidas principais, promotoras de mudança: (1) criação de um orçamento próprio dedicado à saúde mental da infância e da adolescência; (2) realização de um estudo epidemiológico nacional sobre a saúde mental da população portuguesa com idade inferior a 18 anos, com o objetivo de caracterizar as dificuldades e necessidades das crianças, adolescentes e famílias em Portugal.

A criação e implementação de novas estratégias é um processo complexo, que envolve adaptações importantes, como a distribuição e formação de recursos humanos, o desenvolvimento de novos métodos de trabalho ou a afetação de recursos financeiros. O êxito da implementação destas novas respostas depende da capacidade executiva e de planeamento dos responsáveis pela organização dos cuidados, mas também de todos os outros elementos envolvidos – os serviços de saúde, a comunidade, a família e todos nós. A melhoria da prestação de cuidados em saúde mental da infância e da adolescência implica ampliar o acesso mas, principalmente, aumentar o investimento; ambos dependem do reconhecimento da importância da saúde mental das crianças e jovens para o bem-estar e desenvolvimento globais.

Referências bibliográficas

- Adegboye, D., Williams, F., Collishaw, S., Shelton, K., Langley, K., Hobson, C., Burley, D., & van Goozen, S. (2021). Understanding why the COVID-19 pandemic-related lockdown increases mental health difficulties in vulnerable young children. *JCPP Advances*, 1, e12005. <https://doi.org/10.1111/jcv2.12005>
- Bannon, W. M., Jr., & McKay, M. M. (2005). Are Barriers to Service and Parental Preference Match for Service Related to Urban Child Mental Health Service Use?. *Families in Society*, 86(1), 30–34. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.1874>.
- Bethell, C. D., Davis, M. B., Gombojav, N., Stumbo, S., & Powers, K. (2017). *Issue Brief: Adverse Childhood Experiences Among US Children. Child and Adolescent Health Measurement Initiative*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. https://www.cahmi.org/wp-content/uploads/2018/05/aces_fact_sheet.pdf
- Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature

- mortality. *American journal of preventive medicine*, 37(5), 389–396.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>
- Bush, M. (Ed). (2018). *Addressing Adversity – Prioritising Adversity and Trauma-Informed Care for Children and Young People in England*. The YoungMinds Trust. <https://youngminds.org.uk/media/2715/ym-addressing-adversity-book-web-2.pdf>
- Carvalho A., Almeida C., Amann G., Leal P., Marta F., Moita M., Pereira F., Ladeiras L., Lima R., & Lopes I. (2016). *Saúde Mental em Saúde Escolar. Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar*. Direção-Geral da Saúde.
- Comissão Europeia. (2004). *Conclusions from Pre-conference “The Mental Health of Children and Adolescents”*.
https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/ev_20040921_rd01_en.pdf
- Comissão Europeia. (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being*.
https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
- Comissão Nacional para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental, Ministério da Saúde. (2007). *Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – Plano de Ação 2007-2016*.
- Cowie, H., & Myers, C-A. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of children and young people. *Child Soc.*, 35, 62–74. <https://doi.org/10.1111/chso.12430>
- Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010). The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(2), 151–162.
<https://doi.org/10.1080/15374410903532585>
- 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 / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(3), 177–187.
<https://doi.org/10.1037/cbs0000215>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and

- household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Felitti V. J. (2019). Origins of the ACE Study. *American journal of preventive medicine*, 56(6), 787–789. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.011>
- Gopalan, G., Goldstein, L., Klingenstein, K., Sicher, C., Blake, C., & McKay, M. M. (2010). Engaging families into child mental health treatment: updates and special considerations. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry/Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 19(3), 182–196.
- Hoffmann, J., & Russ, S. (2012). Pretend play, creativity, and emotion regulation in children. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 6(2), 175–184. <https://doi.org/10.1037/a0026299>
- 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. *The Journal of pediatrics*, 221, 264–266.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review*, 26(1), 50–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Kofman, Y. B., & Garfin, D. R. (2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 12(S1), S199–S201. <https://doi.org/10.1037/tra0000866>
- Magson, N. R., Freeman, J., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of youth and adolescence*, 50(1), 44–57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). *Recomendações Para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mentalrecomendacoes-para-a-pratica-clinica-1-pdf.aspx>

- Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira, A. C., & Simoes-E-Silva, A. C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents?. *International journal of disaster risk reduction: IJDRR*, 51, 101845. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101845>
- Mastrotheodoros, S. (2020). *The effects of COVID-19 on young people's mental health and psychological well-being*. Youth Partnership by the European Union – Council of Europe.
- Miles, P., Bruns, E.J., Osher, T.W., Walker, J.S., & National Wraparound Initiative Advisory Group. (2006). *The Wraparound Process User's Guide: A Handbook for Families*. Portland. <https://oregonwraparound.org/wp-content/uploads/2019/06/The-Wraparound-Process-Users-Guide-A-Handbook-for-Families.pdf>
- Organização das Nações Unidas. (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_sobre_direitos_da_crianca.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2005). Módulo de Orientação em Políticas e Serviços de Saúde Mental: Política e Planos de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência.
- Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. P. (2020). Psychiatric disorders in children and adolescents during the COVID-19 pandemic [Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19]. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed.)*, 49(4), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.11.003>
- PORDATA & UNICEF. (2020). *Conhecer as Crianças – Um Retrato das Crianças em Portugal*. https://unicef.pt/media/3143/conhecercascriancas_unicef-pordata_2020.pdf
- Rutter, M. (2000). Resilience Reconsidered: Conceptual considerations and empirical findings. In J. Schonkof, & S. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 651-682). Cambridge University Press.
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., & Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry research*, 293, 113429. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>

- Snape, D., Manclossi, S., Hassell, C., Osborn, E., Martin, G., Sidney, I., Pyle, E., & Cochrane, A. (2018). *Children's and young people's experiences of loneliness: 2018 – Analysis of children's and young people's views, experiences and suggestions to overcome loneliness, using in-depth interviews*. The Community Life Survey 2016 to 2017 and Good Childhood Index Survey, 2018. Office for National Statistics.
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/childrensandyoungpeoplesexperiencesofloneliness/2018#authors>
- Stattin, H., Kerr, M., & Eriksson C. (2009). The Role of Community Environment. In Swedish National Institute of Public Health (Ed.), *Background document for the thematic conference: Promotion of mental health and well-being of children and young people – making it happen*. European Communities.
- The Children's Society. (2019). *Loneliness in Childhood – Exploring loneliness and well-being among 10–17 year olds*.
<https://www.childrensociety.org.uk/information/professionals/resources/loneliness-in-childhood>

Impacto de la Pandemia en la Adolescencia con Medida Administrativa de Protección en Galicia

Deibe Fernández Simo¹, Xosé Manuel Cid Fernández¹ e Edgar Campos²

¹ Universidad de Vigo, España

² Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

Resumen: La actuación protectora con la adolescencia en riesgo debe ser integral, garantizando el supremo interés de los y las menores. La información sobre la situación de exclusión escolar del alumnado con medida administrativa de protección, nos aproxima a una realidad en la que no se garantiza el derecho a una educación en condiciones de igualdad. La pandemia deriva en una crisis social que puede afectar de forma especial a los colectivos vulnerables. La investigación analiza como el COVID ha incidido en la actividad escolar del alumnado en protección. Los resultados señalan déficits en los apoyos de la administración pública al alumnado en riesgo de exclusión social. Se concluye con la conveniencia de que la escuela diseñe estrategias específicas para atender la dimensión social del alumnado más vulnerable.

Palabras clave: Sistema de protección, Escuela, COVID-19, Exclusión Escolar.

Introducción

La adolescencia con medida administrativa de protección presenta peores indicadores de exclusión escolar que sus coetáneos. No se disponen de estadísticas oficiales sobre la evolución académica del colectivo. La ausencia de datos nos aproxima a la invisibilidad de la adolescencia en dificultad social dentro del sistema educativo. Las organizaciones no gubernamentales facilitan información sobre los itinerarios formativos de los jóvenes a los que acompañan. La entidad IGAXES (2018), ONG de referencia en el proceso de emancipación dentro del sistema de protección en Galicia, señala en su memoria que, en el periodo 2010-2017, el 80% de jóvenes tutelados de más 16 años no disponen del título de Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

La situación de exclusión académica de la adolescencia con medida de protección no encuentra respuestas efectivas en la escuela. El sistema de protección y el escolar tienden a culpabilizarse mutuamente de la problemática (Fernández-Simo &

Cid, 2016). Resulta conveniente destacar que ambas instituciones comparten un objetivo común, proteger el supremo interés de estos menores en dificultad social.

La preocupante situación educativa del colectivo se agrava por la aparición de la pandemia del COVID 19. Durante el primer estado de alarma, la adolescencia en protección ha visto como se han incrementado las dificultades para el seguimiento de la actividad académica (Fernández-Simo et al., 2020). Los condicionantes sociales específicos de los jóvenes en protección inciden en que consigan un nivel de cualificación inferior al de sus coetáneos (Casas & Montserrat, 2009; Miguelena et al., 2018) presentando una mayor exclusión escolar (Martín et al., 2008).

El trabajo que presentamos se realiza con la intencionalidad de analizar que estrategias se han utilizado desde el sistema educativo para atender las necesidades específicas del alumnado en protección durante la alerta sanitaria. Las dificultades de inserción escolar que históricamente ha presentado el colectivo señalan la conveniencia de estudiar la evolución en la escuela de esta adolescencia (García-Molsosa et al., 2021). Resulta de interés analizar como los cambios derivados de la situación sanitaria han afectado al alumnado más vulnerable por el factor social.

Método

El estudio se inició en el mes de marzo, en el momento en el que el estado español decretó el estado de alarma. Se diseña una investigación cualitativa mediante seguimientos longitudinales que resultan especialmente indicados para el análisis de fenómenos temporales con juventud en situación de dificultad social, facilitando el estudio de los condicionantes específicos de la realidad vivencial de los participantes (Parrilla et al., 2010).

En la fase uno, se utiliza una muestra de carácter intencional compuesta por 11 jóvenes con una edad media de 18,3 años. El primer contacto se realiza telefónicamente, informando sobre la intencionalidad de la investigación. Se combinan llamadas telefónicas y video llamadas (Tabla 1), ya que las circunstancias sanitarias impedían la realización de entrevistas de carácter personal. Los contactos se inician el día 18 de marzo del 2020 y finalizan el 9 de abril del 2020.

Tabla 1

Muestra de Jóvenes Participantes en los Seguidores Longitudinales

Fase	Estudios	Género		Media de edad	Contactos	
		F	M		Telefónicos	Video Llamada
1	F.P.B.	2	2	18.3	27	14
	E.S.O.	2	2			
	Bachillerato	--	1			
	Grado medio	2	--			
2	E.S.O.	--	2	18,4	15	11
	Bachillerato	2	--			
	Grado medio	3	2			
	Grado Superior	--	1			

La segunda fase se inicia en el mes de septiembre, coincidiendo con el inicio del curso escolar. Los seguimientos de la fase dos se inician el 14 de septiembre y finalizan el 23 de octubre. La muestra varía en función de la continuidad o no del itinerario escolar o de la posibilidad de participación de los jóvenes. Continúan 11 participantes de la primera fase, incorporándose tres jóvenes. Toda la muestra dispone de expediente administrativo de protección y/o reforma abierto el Servicio de Familia e Infancia de la Xunta de Galicia.

Tabla 2

Dimensiones de Análisis en Cada Fase de la Investigación

Fase 1	Fase 2
La atención de la escuela a las dificultades sociales específicas de cada caso	Contactos del profesorado con el alumnado
La predisposición del profesorado a colaborar con los equipos socioeducativos del sistema de protección	Colaboración y relación de profesorado y figuras profesionales del sistema de protección, según la visión del alumnado
La facilitación de medios para realizar las actividades virtuales	Disposición del alumnado de recursos adecuados (tablets, wifi, pc..) para la continuidad de la actividad académica
El trabajo con el alumnado de las competencias digitales	Atención a las dificultades sociales concretas de cada caso y adaptabilidad a las circunstancias
	Supervisión docente de las actividades escolares

Las dimensiones que se analizan en cada fase (Tabla 2) están condicionadas por la temporalidad del proceso de adaptación a la pandemia en el sistema escolar.

Resultados

Los resultados señalan que el alumnado en protección no obtiene respuesta a sus necesidades en la escuela, situación que se agrava durante la alerta sanitaria. El sistema educativo no tiene activos mecanismos específicos que permitan atender las demandas derivadas del factor social. La atención a las necesidades depende de la voluntariedad del cuerpo docente. “La profesora me ayudó a conseguir datos para el teléfono y así poder ver lo que sube... Cuando no se me descargan las cosas ella me llama y las hacemos por teléfono”, comenta un alumno. El profesorado adopta posturas diversas ante las situaciones de dificultad. Se registran actitudes pasivas al entender que la cuestión de dificultad social no es competencia escolar. Por otra banda, se detectan intervenciones que muestran elevada implicación por parte del profesorado. Las figuras profesionales manifiestan su preocupación ante la ausencia de predisposición en parte del cuerpo docente. “La tutora de una chica me dijo literalmente que ella no podía hacer más con un profesor que pedía que se le mandase todo por ordenador y no atendía el teléfono.... no entiendo cómo es posible que se permitan situaciones así, sabiendo que el chico no tiene ordenador en casa”, asegura una educadora.

El factor social está presente en la etiología de la exclusión escolar. El sistema educativo realiza intervenciones en las que no se contempla esta cuestión. “Lo habitual es que no se atiendan las problemáticas sociales de los chicos”, dice una educadora. Otra figura profesional comenta que “desde los colegios actúan como si las dificultades sociales no fuesen con ellos y en una situación como la actual yo creo que esto es aún más grave”. “Le dije al de historia que no tenía portátil y me dijo que en una casa hoy en día tiene que haber un ordenador, al igual que hay móviles”, afirma un alumno. El déficit de respuestas a las cuestiones sociales se ve agravado en plena pandemia. El COVID acentúa la desigualdad y consecuente las dificultades del alumnado en exclusión social. La adolescencia en protección sufre especialmente las consecuencias de la alerta sanitaria.

La colaboración entre recursos de protección y escuelas responde a una diversidad de procederes. La ausencia de mecanismos y/o protocolos sistematizados

deriva en que la voluntad de las figuras profesionales es la dimensión determinante en la colaboración entre ambos sistemas. Una educadora afirma que “en los centros vamos arreglándonos con los medios que tenemos, pero los que se fueron para casa tienen la situación más complicada”. “No hay protocolos elaborados para hacer un trabajo conjunto por lo que la colaboración depende de la voluntad del profesor”, comenta otra profesional. La ausencia de medidas específicas de la administración educativa deriva en que las necesidades sociales se atiendan en función del voluntarismo del cuerpo docente. Se detecta una ausencia de voluntad institucional por atender el factor social. “La ayuda de la tutora está siendo muy grande resolviendo por teléfono las dudas”, manifiesta una alumna de formación profesional básica. Otra joven que estudia una formación profesional básica, pero en otro centro educativo argumenta una actitud docente diferente. “Nadie se pone en contacto conmigo y cuando llamo solo doy hablado con la directora que me dice que haga lo que me envían por mail”, afirma la alumna.

Durante la alerta sanitaria se detectan déficits serios en los seguimientos de la actividad académica. Las situaciones de dificultad social derivaron en ausencia de recursos para poder seguir, por medios virtuales, la formación de la escuela. Los resultados indican como en algunos casos no se contactó con el alumnado para dar una respuesta a la situación concreta de cada situación. “A mí nadie me preguntó cuál es el motivo por el que aún estoy sin material ni si necesito algo”, afirma una persona participante. Nuevamente nos situamos en la variedad de actuaciones dependiendo de la voluntad de los equipos docentes. La administración no ha diseñado acciones específicas durante el primer estado de alarma. En el inicio de del curso 2020-2021 si se presentan propuestas para tratar de facilitar el apoyo al alumnado que no puedan acudir presencialmente, pero se constatan déficits en su aplicación. Durante las primeras semanas de curso los mecanismos no están activados. Se detecta como la disposición de medios y recursos es variable dependiendo del centro educativo.

Los resultados nos aproximan a una realidad educativa en la que no se garantizan las mismas condiciones de acceso a la educación. “Hay profesorado muy sensible a las necesidades de los chicos, pero no es una forma de actuar reglada sino que depende de cada persona y en nuestro caso a la mayoría de chicos no se les dijo nada de nada de si necesitaban algo”, comenta una profesional. Se detectan déficits en las siguientes dimensiones: Inclusión escolar del alumnado con medida administrativa de

protección; Ausencia de estrategias específicas de adaptabilidad; No disposición de mecanismos de colaboración entre escuela y recursos especializados de atención a la infancia vulnerable; Déficits de seguimiento de la actividad escolar con el alumnado en riesgo de exclusión social; Situaciones variadas en la facilitación de medios tecnológicos para la docencia virtual con alumnado vulnerable; Déficits de implantación de las aplicaciones de enseñanza no presencial.

Los hallazgos de la investigación indican que la situación de descoordinación, comprensible durante el primer estado de alarma, se prolonga en el principio del siguiente curso. La situación detectada durante este periodo con el alumnado más vulnerable es alarmante. La administración educativa no diseña acciones específicas para atender las necesidades del colectivo. No se garantiza el acceso a la actividad formativa con unas condiciones adecuadas. La desatención a las circunstancias específicas del factor social indica una despreocupación de la administración educativa por atender a una de las causas determinantes de los procesos de exclusión escolar.

Discusión y Conclusiones

La administración educativa gallega presenta una política de pasividad en referencia a la dimensión social, afectando esta postura gravemente a la inclusión escolar del alumnado. La situación de vulnerabilidad social se traduce en condicionantes ambientales y familiares no propicios para la actividad docente no presencial (Murillo & Duk, 2020). El sistema educativo no diseñó estrategias de atención a las necesidades específicas del alumnado en riesgo de exclusión social. La situación se agrava con la pandemia, pero es una problemática presente en la historia. La Xunta de Galicia no tiene diseñadas estrategias escolares de intervención específicas con el alumnado con medida administrativa de protección. La realidad de la adolescencia tutelada presenta dimensiones rotundamente diferentes a las de sus coetáneos. Resulta preocupante la ausencia de implicación de las autoridades escolares por la situación de este colectivo.

La presente investigación pone de relieve que continúan pendientes de implantación las estrategias escolares de apoyo a las familias en dificultad social, las cuales ven agravadas su situación con la pandemia (Reimers & Schleicher, 2020). Los sectores sociales que presentan mayor vulnerabilidad sufren especialmente las

consecuencias de las situaciones de crisis. Los hallazgos del presente trabajo nos aproximan a un contexto escolar que no disponía de recursos para poder facilitar el trabajo con este alumnado durante el primer estado de la alarma. En el inicio del curso 2020-2021 la situación mejoró levemente, pero es llamativo que pese a los meses disponibles para la preparación de la actividad escolar en pandemia, la Xunta de Galicia no activó mecanismos eficaces en todos los centros. Durante los primeros meses de curso se detectaron casos con déficits graves en el apoyo a la docencia no presencial. En general, los resultados nos aproximan a una situación de desatención a las necesidades derivadas del factor social. Sería positivo iniciar un debate público sobre si con esta postura de pasividad institucional se está garantizando el acceso a una escuela de calidad al alumnado en riesgo de exclusión social.

La docencia virtual permitió visibilizar los déficits de la adolescencia en el manejo de programas básicos de ofimática. El alumnado dispone de dispositivos tipo smartphone, pero no cuenta con tablets o portátiles (Rodicio-García et al., 2020). Los resultados coinciden con investigaciones previas que señalan que la adolescencia utiliza las nuevas tecnologías como medio relacional (Cobo & Narodowski, 2020), pero no disponen de competencias en el manejo de programas del paquete Office. Sería positivo que se desarrollasen en la escuela formaciones de mejoras de las competencias digitales.

La coordinación entre sistema escolar y recursos de protección aparece como factor determinante en la reducción de la exclusión escolar del alumnado vulnerable. La investigación nos aproxima a un contexto en el que la COVID incrementa las dificultades de inclusión académica del colectivo (Fuentes et al., 2020). Los hallazgos de la investigación permiten concluir que la actuación de las administraciones públicas no ha garantizado la igualdad de oportunidades en el seguimiento de la actividad escolar. Las condiciones sociales, en las que las que la adolescencia en protección asume la actividad académica, sitúa al colectivo en un plano de desigualdad respecto a las posibilidades formativas de sus coetáneos. El gobierno gallego tiene pendiente diseñar mecanismos de acompañamiento socioeducativo que permitan avanzar en el camino a una escuela equitativa. La investigación indica que la brecha social del alumnado en protección se ha visto agrandada por la pandemia sanitaria.

Referencias bibliográficas

- Casas, F., & Montserrat, C. (2009). Sistema educativo e igualdad de oportunidades entre los jóvenes tutelados: Estudios recientes en el Reino Unido. *Psicothema*, 21(4), 543-547.
- Cobo, C., & Narodowski, M. (2020). El incierto futuro de la educación escolar. *Tendencias Pedagógicas*, 35, 1-6. <https://doi.org/10.15366/tp2020.35.001>
- Fernández-Simo, D., Cid Fernández, X. M., & Carrera-Fernández, M. V. (2020). Incidencia del Estado de Alarma en la Desigualdad Escolar de la Adolescencia Acogida por el Sistema de Protección en Galicia. *Revista Internacional De Educación Para La Justicia Social*, 9(3), 142-155. <https://doi.org/10.15366/riejs2020.9.3.008>
- Fernández-Simo, D., & Cid, X. M. (2016). The underage protection system in Galicia (Spain). New needs for social and educational support with teens and youth in social difficulties. In T. Suikkanen-Malin, M. Vestila, & J. Jussila (Eds.), *Foster Care, Childhood and Parenting in Contemporary Europe* (pp. 31-44). Publications of Kymenlaakso University of Applied Sciences.
- Fuentes, N., Crous, G., Carmelita, M., & Rabasa, J. (2020). *Com ha impactat la crisi de la covid-19 en els serveis adreçats a la infància i adolescència en situació de risc a la província de Barcelona?. Reptes i propostes dels i les professionals per al desenvolupament de l'acció socioeducativa en temps de pandèmia*. Diputació de Barcelona & FEDAIA.
- García-Molsosa, M., Collet-Sabé, J., & Montserrat, C. (2021). The school experience of children in residential care: A multiple case study. *Child & Family Social Work*, 26, 1-10. <https://doi.org/10.1111/cfs.12784>
- IGAXES (2018). *Memoria anual del año 2017*. (No publicado).
- Martín, E., Muñoz de Bustillo, M., Rodríguez, T., & Pérez, Y. (2008). De la residencia a la escuela: La integración social de los menores en acogimiento residencial con el grupo de iguales en el contexto escolar. *Psicothema*, 20(3), 376-382.
- Miguelena, J., Dávila, P., & Naya, L. M. (2018). *Percepciones de jóvenes procedentes del sistema de protección sobre los itinerarios educativos que siguen niñas, niños y ado-lescentes atendidos en acogimiento residencial. El caso de Gipuzkoa*. Universidad de La Laguna: Servicio de Publicaciones.

- Murillo, J., & Duk, C. (2020). El Covid-19 y las Brechas Educativas. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 14(1), 11-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782020000100011>
- Parrilla, A., Gallego, C., & Morriña, A. (2010). El complicado tránsito a la vida activa de jóvenes en riesgo de exclusión: Una perspectiva biográfica. *Revista de Educación*, 351, 211-233.
- Reimers, F., & Schleicher, A. (2020). *A framework to guide an education response to the COVID-19 Pandemic of 2020*. OECD. <http://www.oecd.org/education/>
- Rodicio-García, M. L., Ríos-de-Deus, M. P., Mosquera-González, M. J., & Penado Abilleira, M. (2020). La Brecha Digital en Estudiantes Españoles ante la Crisis de la Covid-19. *Revista Internacional De Educación Para La Justicia Social*, 9(3), 103-125. <https://doi.org/10.15366/riejs2020.9.3.006>

Burnout Parental: do Conceito à Avaliação

Marisa Matias^{1,2} e **Joyce Aguiar**¹

(As autoras contribuíram igualmente na escrita do texto e por isso partilham a posição de primeira autoria)

¹Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Portugal

²Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Resumo: O presente artigo apresenta, a partir de uma revisão integrativa da literatura, evidências científicas sobre o *burnout* parental (BP). Embora o *burnout* associado ao trabalho seja bastante difundido e investigado, ainda são poucos os estudos acerca do BP. Trata-se de uma condição única, diferente do stress parental e da depressão, e que resulta do desequilíbrio crónico entre os stressores referentes ao desempenho do papel parental e os recursos que o pai ou a mãe possuem para lidar com tais riscos. Elucida-se neste texto a definição do constructo, principal sintomatologia, seus antecedentes e consequências quer a nível individual quer familiar. Adicionalmente, discute-se de que modo a atual pandemia de COVID-19 tem impactado sobre a incidência de BP, particularmente no contexto português. Por fim, apresentam-se algumas implicações para a prática, nomeadamente para a prevenção e tratamento do BP.

Palavras-chave: Parentalidade; Stress Parental; COVID-19.

Introdução

Quando se pensa em *burnout*, pensa-se espontaneamente em *burnout* associado aos contextos de trabalho remunerado. As imagens que nos vêm à mente envolvem frequentemente um profissional, como uma enfermeira ou médica sobrecarregada, um gestor em exaustão, mas raramente se pensa em pais sobrecarregados. No entanto, mães e pais também podem sentir-se esgotados, especialmente quando lhes falta apoio. Embora a noção de stress parental remonte aos anos oitenta, a investigação sobre o *burnout* parental (BP), efetuada de modo mais sistemático, e que permita ter uma compreensão deste fenómeno baseada na evidência, começou apenas recentemente, há menos de uma década.

Neste texto, propomo-nos apresentar as evidências científicas sobre o BP, a partir de uma revisão integrativa da literatura. Na primeira parte do texto, apresenta-se

a definição do constructo e discutem-se as suas consequências ao nível individual, familiar e de bem-estar, identificando-se os fatores de risco mais evidentes. Na segunda parte, serão discutidos os efeitos e implicações da pandemia de COVID-19 sobre a incidência de BP.

O modelo de risco e recursos e o constructo de burnout parental

O BP resulta de um desequilíbrio crónico entre os riscos e os recursos associados ao papel parental (Mikolajczak & Roskam, 2018). Quando os fatores que aumentam o stress relacionado com a parentalidade ultrapassam cronicamente os fatores que o aliviam, o BP pode desenvolver-se (Mikolajczak & Roskam, 2018). Podemos assim definir BP como uma síndrome única e específica, que resulta de um estado de intenso esgotamento relacionado com o papel parental, em que a pessoa sente-se emocionalmente desligada dos filhos, já não é capaz de retirar prazer do papel parental e questiona a sua capacidade de ser um bom pai ou uma boa mãe (Roskam et al., 2017). De acordo com o maior estudo realizado a nível global acerca do BP, do qual participaram mais de 40 países, estima-se que a sua prevalência no mundo seja de aproximadamente 5% e, em alguns países, poderá rondar os 10% (Roskam et al., 2021).

Existem quatro aspetos principais que caracterizam o BP: a) sentimento de exaustão emocional, sentimentos de sobrecarga e esgotamento; b) distanciamento emocional, que corresponde à tentativa do/a pai/mãe se afastar emocionalmente dos seus filhos para se distanciar da fonte de exaustão, uma vez que o afastamento físico não é possível já que o adulto precisa de continuar a cuidar da criança; c) saturação, que compreende a perda do prazer e da realização no papel parental; e d) contraste, que corresponde ao sentimento de oposição entre o desempenho atual no papel parental e o desempenho anterior ou idealizado (Matias et al., 2020).

Um aspeto importante na concetualização do BP refere-se à distinção entre esta síndrome e outros constructos relacionados, como o stress parental ou o *burnout* profissional. Efetivamente, embora o stress parental seja comum e ocorra de forma regular, o BP ocorre quando existe uma desadequação entre os fatores de stress e os recursos, de modo persistente ao longo do tempo. O BP resulta, por isso, do stress crónico quando este se torna avassalador e leva a pessoa a sentir-se exausta e esgotada no exercício do seu papel parental. Com o passar do tempo, isto leva o adulto a desligar-se de seus filhos e a começar a agir no chamado “piloto automático”, isto é, limita-se às rotinas básicas habituais, como levar/trazer a criança, preparar a criança para dormir,

preparar refeições, etc. Por outras palavras, o pai/mãe já não é capaz de investir na relação com o(s) seu(s) filho(s), já não retira prazer em estar com os seus filhos e a sua falta de realização na parentalidade é tal que, por vezes, já não consegue suportar o seu papel de pai ou de mãe. Passado algum tempo a manter a dinâmica parental desta forma, a pessoa não se reconhece como o pai/mãe que costumava ser e que gostaria de ser, sentindo vergonha e culpa.

Embora a maioria dos pais possa eventualmente experimentar alguns destes sintomas, é a permanência ao longo do tempo que diferencia o BP do stress parental comum. Enquanto este último é de carácter transitório, o BP é um stress crónico esmagador. Isto é evidente não só a nível psicológico, mas também do ponto de vista fisiológico. Brianda et al. (2020) demonstraram, através da análise da concentração de cortisol em grupos de pais e mães que aqueles que tinham sido referidos como obtendo indicadores clínicos para o diagnóstico de BP apresentaram valores de cortisol mais elevados do que um grupo de controlo, onde não havia qualquer indicador *a priori* de situação clínica. Os dados obtidos neste estudo mostraram ainda que os índices de cortisol eram semelhantes a índices encontrados em doentes com dor crónica, ou em pessoas vítimas de violência conjugal (Brianda et al., 2020).

Com relação à distinção entre o *burnout* profissional e o BP, Mikolajczak et al. (2020) verificaram uma diferença do ponto de vista psicométrico. Especificamente, os autores observaram uma estrutura fatorial distinta e diferentes efeitos dos dois tipos de síndrome. Enquanto os efeitos do BP são mais evidentes nas dimensões associadas à esfera parental, como satisfação parental, violência e negligência parental, o *burnout* profissional associa-se à insatisfação laboral e às intenções de mudança de emprego. Deste modo, evidenciou-se que o *burnout* profissional e parental são dois tipos distintos de *burnout*, com diferentes consequências.

Ainda em relação às consequências do BP, a evidência empírica tem demonstrado que estas podem ser bastante graves, para o indivíduo, para a relação conjugal e para as crianças. Ao nível da pessoa acometida, o BP tem apresentado correlações positivas com sintomas depressivos, ideação suicida, e comportamentos aditivos (Mikolajczak et al., 2018; Mikolajczak et al., 2019; Van Bakel et al., 2018). Ao nível conjugal, existem evidências de que indicadores mais elevados de BP estão também relacionados com uma maior frequência de conflitos entre casais (Mikolajczak et al., 2018). E, com relação às crianças, estas estariam mais vulneráveis à violência, uma vez que o BP está associado ao aumento do risco de negligência ou de violência

parental, incluindo as violências verbal e física (Hubert & Aujoulat, 2018; Mikolajczak et al., 2019).

Dada a pertinência e gravidade das consequências do BP é premente a existência de instrumentos fiáveis que nos permitam identificar e diagnosticar esta síndrome. Nesse sentido foi desenvolvido o *Parental Burnout Assessment* (Roskam et al., 2018) que já se encontra adaptado para português (Matias et al., 2020).

Antecedentes e fatores de risco do *burnout* parental

Conforme já referido na secção anterior, uma situação de BP resulta de um desequilíbrio, ao longo do tempo, entre riscos e recursos. Alguns exemplos de fatores de risco sistematizados por Mikolajczak e Roskam (2018) são: o perfeccionismo, a baixa inteligência emocional, práticas educativas desajustadas, sobrecarga na execução das tarefas domésticas, falta de apoio do cônjuge e falta de uma rede apoio, seja ela do tipo informal (e.g., apoio por parte de amigos ou da família alargada) ou formal (e.g., berçários, creches, ama). Em contrapartida, os recursos ou fatores de proteção são aqueles que ajudam a diminuir significativamente o stress. Como exemplos podemos salientar: a auto-compaixão, elevada inteligência emocional, práticas educativas positivas, alocar tempo para atividades de lazer, experiências de coparentalidade positiva e presença de rede de apoio.

Importa referir que os recursos não são a ausência de riscos, pelo que qualquer abordagem ao BP, seja preventiva ou remediativa, deve considerar tanto a promoção de recursos como a redução dos fatores de stress, de modo a “equilibrar a balança”. Por outras palavras, o facto de não ter momentos de conflito ou tensão com os filhos não significa que se despende tempo de qualidade com eles; o facto de o companheiro não minar o papel parental não significa que ele/ela o valorize nesse papel; e, finalmente, o facto de não faltarem recursos económicos não significa que haja dinheiro suficiente para pagar a um/a empregado/a e aliviar as tarefas parentais.

Relativamente aos antecedentes, existem evidências de que os fatores sociodemográficos não são os que predizem mais fortemente o BP (Le Vigouroux & Scola, 2018; Mousavi, 2019). Isto é, embora ser mulher, ter uma família numerosa, ter filhos pequenos em casa, e não estar a trabalhar aumente o risco de BP, no seu conjunto, estes fatores sociodemográficos explicam pouca variação no BP. Os preditores mais fortes relacionam-se com: a) as características psicológicas dos pais, tais como perfeccionismo ou baixas competências na gestão das emoções e do stress; b)

características dos filhos, como por exemplo, crianças com necessidades educativas especiais; c) práticas de educação dos filhos, tais como práticas educativas inconsistentes; d) o nível de apoio extrafamiliar, como a falta de apoio da família alargada ou amigos; e) a organização da vida familiar, ausência de rotinas, tempo disponível para atividades de lazer; e f) qualidade da relação coparental, isto é o grau de apoio do outro pai/mãe no desempenho do papel conjunto enquanto pais (Lin et al., 2021; Lin, Szczygieł et al., 2021; Sorkkila & Aunola, 2020).

Apesar desta maior preponderância de fatores não sociodemográficos, importa destacar que o peso destes varia em função do contexto cultural. Por exemplo, ser família monoparental é um fator de baixo risco em França, mas de risco elevado no Irão. A este nível, importa ainda salientar o peso da cultura na incidência do BP. No estudo de Roskam et al. (2021), verificou-se que os níveis de BP eram mais elevados nos países onde o valor cultural de individualismo é mais premente, como os países Europeus e da América do Norte. Nestes países, as normas culturais associadas à vivência da parentalidade têm-se tornado cada vez mais exigentes, resultando na intensificação do investimento dos pais e numa maior pressão psicológica sobre estes (Faircloth, 2014). O modo como se educam os filhos, como se alimentam, como deve ser passado o tempo de qualidade, tornam esta atividade moralmente carregada, criando expectativas muito elevadas e por vezes irrealistas nos pais.

Burnout parental e contexto pandémico

A pandemia de COVID-19 tomou o mundo de surpresa e, mesmo com a rápida resposta da ciência no desenvolvimento de vacinas, o distanciamento social continua a ser fortemente recomendado como uma das principais medidas para evitar a transmissão da doença, assim como o uso de máscaras e higienização regular das mãos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020).

Apesar de extremamente importante no combate a esta pandemia, o distanciamento social tem apresentado prejuízos tanto para a atividade económica quanto para a vida familiar. A suspensão das atividades presenciais e a restrição dos contactos sociais implicam, para muitas famílias, a redução de apoio, seja ele formal ou informal.

Dessa forma, o espaço da casa passou a ser, simultaneamente, um local de trabalho para pais e mães que tiveram a oportunidade do teletrabalho, de estudo remoto e de prestação de cuidado às crianças. Isto sem o apoio por parte da família alargada –

nomeadamente os avós, que costumam representar a principal fonte de apoio informal nas famílias portuguesas e um importante vínculo tanto do ponto de vista afetivo como instrumental (Portugal, 2011; Prioste et al., 2017). Com efeito, as relações entre avós e netos são muito valorizadas na sociedade portuguesa, assumindo uma parte importante do suporte emocional, educacional e instrumental, numa troca de relações intergeracionais e de solidariedade (Prioste et al., 2017; Ramos, 2012).

Para além do impacto no apoio informal, muitas famílias também tiveram as suas rotinas fortemente afetadas com a perda do apoio formal prestado por instituições como pré-escolas e ATL, que precisaram de ser encerradas durante os meses em que os surtos de COVID-19 estavam mais ativos pelo país. Sabe-se que tais estruturas de apoio são fundamentais para que pais e mães possam desempenhar sua atividade profissional e, na impossibilidade de recorrer a ela, muitos viram-se na difícil situação de tentar conciliar o trabalho desde casa (trabalho-pago) e o trabalho em casa (trabalho não-pago, isto é, tarefas domésticas e prestação de cuidados às crianças e dependentes).

Somado a todas estas alterações na dinâmica familiar e com a presença de todos os membros do agregado em casa, pode-se mencionar ainda o aumento da incerteza, preocupações financeiras e receio de alguém próximo ser acometido pela doença e suas consequências, elevando-se os níveis de tensão e stress no ambiente familiar (Coyne et al., 2020; Griffith, 2020). Para pais e mães que já experimentavam elevados níveis de stress no desempenho do papel parental mesmo antes da pandemia, esta situação agravou-se representando assim, este, um grupo particularmente vulnerável (Griffith, 2020).

Com base no exposto, estima-se que a incidência do BP tenha aumentado ao redor do mundo durante a pandemia (Bastiaanse et al., 2021). No contexto português, em específico, esta hipótese confirmou-se, uma vez que a incidência de BP mais do que duplicou entre 2018 e 2020, passando de 2% para 4,6%. Ainda, comparando-se os dois momentos, verificou-se um aumento nas médias de exaustão, distanciamento emocional e contraste durante o período que correspondeu ao primeiro confinamento no país (Aguiar et al., 2021). No entanto, a dimensão da saturação, que é a que avalia a ausência da alegria e realização a partir do desempenho do papel parental, foi a única que não se acentuou durante a pandemia, havendo na verdade uma redução. Tal resultado pode ser interpretado à luz daquilo que, empiricamente, muitos pais e mães já devem ter sentido ao final do dia: é possível sentir-se feliz e realizado/a no desempenho do papel parental, mesmo com todo o cansaço que isso implica.

Na comparação de gênero, as autoras verificaram que as mães portuguesas, cujas médias de BP já eram bastante elevadas relativamente aos pais portugueses, mantiveram-se mais estáveis entre os dois momentos (isto é, não houve um aumento expressivo dos níveis de BP comparando-se 2018 e 2020). Por outro lado, no caso dos pais, a diferença entre os dois momentos foi bastante mais acentuada. As autoras referem ainda que, embora efetivamente as médias de BP dos pais fossem menores em termos absolutos do que as médias das mães, os stressores parecem ter sido sentidos mais intensamente pelos pais durante o confinamento, principalmente por dois motivos. Primeiro, é provável que, até ao momento do primeiro confinamento, muitos pais não tivessem sido confrontados com a necessidade de ser pai a tempo inteiro, uma vez que habitualmente contam com o apoio de uma figura feminina (seja a companheira, a mãe da criança ou a avó) para assumir este cuidado principal com a criança. Em segundo lugar, os homens poderão possuir um menor repertório de estratégias para lidar com o conflito trabalho-família, já que, mais uma vez, são as mulheres e mães que mais se deparam com este tipo de situações (Aguiar et al., 2021).

Efetivamente, os estudos em Portugal sobre este tema têm evidenciado que são as mulheres (mesmo que trabalhadoras a tempo inteiro) que mais assumem o desafio de conciliar trabalho e vida pessoal, sendo também elas quem mais sofre as consequências na sua carreira profissional (Matias & Fontaine, 2015). As mães são vistas como insubstituíveis no cuidado da família, apesar dos elevados investimentos na carreira. Assim, são elas que estão a utilizar um maior número e variedade de estratégias de conciliação para lidar com o equilíbrio de múltiplos papéis (Matias & Fontaine, 2015; Matias, 2019). Além disso, a pressão das mulheres para colocar as necessidades dos seus filhos antes das suas é maior do que a dos homens (César et al., 2018).

Desse modo, o aumento mais proeminente do BP nos homens do que nas mulheres no período do confinamento em Portugal é interpretado pelas autoras do estudo da seguinte forma: no caso das mulheres, que já tinham desenvolvido estratégias eficientes para equilibrar o trabalho e família, as suas "experiências passadas" e o sentido de eficácia desenvolvido para lidar com tal desafio podem tê-las protegido de se sentirem ainda mais sobrecarregadas durante a pandemia pelas exigências da nova situação. Para os pais, uma vez que não tinham experiências passadas com que contar, precisaram de criar novas estratégias, sendo que as exigências do contexto de confinamento acentuaram a perceção de que o papel de pai estava a drenar os seus recursos emocionais, como nunca antes (Aguiar et al., 2021).

Conclusão

O presente texto teve como objetivo apresentar uma revisão integrativa da literatura acerca do BP. Procurou-se discorrer acerca da definição do constructo e de que modo este se diferencia na sua etiologia e na manifestação de sintomas relativamente a outras condições já amplamente estudadas pela Psicologia, como o stress parental e o *burnout* profissional, por exemplo.

Adicionalmente, apresentou-se também de que modo o atual contexto de pandemia de COVID-19 poderá ter impactado a incidência de BP ao redor do mundo. De facto, muitos foram os desafios à vivência da parentalidade nos tempos atuais de elevada incerteza, aumento do stress e de mudanças profundas no modo como nos relacionamos enquanto sociedade. Nos períodos mais críticos do avanço de casos de COVID-19, muitos países implementaram medidas de contenção, como a limitação dos movimentos das pessoas e encerramento dos considerados serviços não-essenciais. Assim, muitos dos recursos a que os pais e mães habitualmente acedem de modo a conseguir gerir o seu trabalho e a sua vida familiar estiveram ausentes ou limitados, apesar de muitos pais e mães se manterem profissionalmente ativos. Com isso, o debate acerca do BP acabou por ganhar uma maior notoriedade do ponto de vista científico, da sociedade em geral e também por parte de profissionais que lidam com famílias, ainda que este seja um tema de investigação relativamente recente.

No caso português, em específico, Aguiar et al. (2021) confirmaram um aumento da incidência do BP e, mesmo nos casos em que os pais/mães não chegaram a entrar em BP, observou-se um aumento nas médias de manifestação de exaustão, contraste e distanciamento emocional. Por outro lado, houve uma redução na dimensão do contraste. Dito de outro modo, a pandemia e o confinamento, em particular, podem ter sido vividos como pesadelo para alguns, mas também poderão ter sido percecionados por outros como uma grata oportunidade de despender mais tempo em família. Em Portugal, muitos pais e mães trabalham a tempo inteiro e muitas horas. Considerando-se também o tempo gasto em deslocações e aquele em que as crianças estão em atividades extracurriculares, são poucos os momentos diários que os pais e as mães dispõem para passar tempo de qualidade com seus filhos e, com isso, beneficiarem também da satisfação e bem-estar que o papel parental promove. Com a pandemia e as restrições de movimentos, o agregado familiar passou a estar mais tempo em casa e em

conjunto, e isso, para alguns pais e mães, foi experimentado como positivo para o desempenho do papel parental e para a relação familiar (Aguiar et al., 2021).

A partir dos estudos recuperados nesta revisão e das suas evidências, é incontestável que o BP conduz a um sofrimento significativo para os indivíduos, trazendo consequências para as crianças. O facto do BP resultar de uma perceção de desencontro entre os riscos/ fatores de stress e os recursos sugere que existem duas vias de intervenção e que devem ser trabalhadas em simultâneo. A primeira seria a de promoção e fortalecimento dos recursos, enquanto a segunda seria a de buscar reduzir os fatores de risco, já que muitos destes e os que as evidências demonstraram ter um peso maior sobre o BP são “modificáveis”. Assim, neste sentido, como implicações para a prática, recomendam-se as seguintes ações para a intervenção e prevenção do BP:

- (i) promover, com auxílio de psicoterapia e de ajuda profissional especializada, recursos internos dos indivíduos para lidar com o stress parental, como por exemplo competências de regulação emocional, estratégias de *coping*, práticas educativas e relação coparental positiva;
- (ii) a nível individual, procurar mudar a avaliação cognitiva das situações no sentido de diminuir a perceção de stress. Como por exemplo, tentar balizar as expectativas de alta performance no papel parental e ter um olhar de menor exigência de perfeccionismo sobre si, fazendo valer a máxima do “feito é melhor que o perfeito”. Adicionalmente, procurar encontrar mais tempo de qualidade para interação com as crianças, como por exemplo diminuindo as atividades extracurriculares delas ou ajustando os horários de trabalho, quando possível;
- (iii) a nível das políticas públicas, proporcionar aos pais mais recursos externos, como por exemplo, maior apoio do Estado e das entidades patronais na disponibilização de uma rede de apoio formal com a qual as famílias possam contar para ajudá-las na criação de seus filhos e filhas e na conciliação entre trabalho e família;
- (iv) disponibilizar formação adequada acerca do BP a profissionais que lidam com famílias na rede de atenção primária de saúde (por exemplo, psicólogos/as, médicos/as e enfermeiros/as de família, assistentes sociais), para que consigam diagnosticar e dar resposta aos pais e mães que busquem ajuda através dos serviços de saúde.

Para concluir, importa salientar que as ações para prevenção e redução do BP são de responsabilidade não somente individual, mas também coletiva. Assim, cabe a todos contribuir para a construção de valores sociais mais coletivistas na criação e proteção de crianças e adolescentes, e que o debate sobre o BP deixe de ser algo da esfera privada e passe a ser visto como uma questão de saúde pública, que necessita de políticas que lhes possam dar resposta.

Referências bibliográficas

- Aguiar, J., Matias, M., Braz, A. C., César, F., Coimbra, S., Gaspar, M. F., & Fontaine, A. M. (2021). Parental Burnout and the COVID-19 pandemic: How Portuguese parents experienced lockdown measures. *Family Relations, 1-12*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/fare.12558>
- Bastiaansen, C. W. J., Verspeek, E. A. M., & van Bakel, H. J. A. (2021). Gender differences in the mitigating effect of co-parenting on parental burnout: The gender dimension applied to COVID-19 restrictions and parental burnout levels. *Social Sciences, 10*(4), [127]. <https://doi.org/10.3390/socsci10040127>
- Brianda, M. E., Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2020). Hair cortisol concentration as a biomarker of parental burnout. *Psychoneuroendocrinology, 117*, 104681. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104681><https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104681>
- César, F., Costa, P., Oliveira, A., & Fontaine, A. M. (2018). "To Suffer in Paradise": Feelings Mothers Share on Portuguese Facebook Sites. *Frontiers in Psychology, 9*, 1797. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01797><https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01797>
- Coyne, L. W., Gould, E. R., Grimaldi, M., Wilson, K. G., Baffuto, G., & Biglan, A. (2020). First things first: Parent psychological flexibility and self-compassion during COVID-19. *Behavior analysis in practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00435-w>
- Faircloth, C. (2014) Intensive parenting and the expansion of parenting. In: *Parenting Culture Studies*. Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1057/9781137304612_2

- Griffith, A. K. (2020). Parental burnout and child maltreatment during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Family Violence*, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172-2>
- Hubert, S., & Aujoulat, I. (2018). Parental Burnout: When exhausted mothers open up. *Frontiers in Psychology*, 9, 1021. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01021>
- Le Vigouroux, S., & Scola, C. (2018). Differences in parental burnout: Influence of demographic factors and personality of parents and children. *Frontiers in Psychology*, 9, 887. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00887>
- Lin, G. -X., Hansotte, L., Szczygieł, D., Meeussen, L., Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2021). Parenting with a smile: Display rules, regulatory effort, and parental burnout. *Journal of Social and Personal Relationships*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/02654075211019124>
- Lin, G. -X., Szczygieł, D., Hansotte, L., Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2021). Aiming to be perfect parents increases the risk of parental burnout, but emotional competence mitigates it. *Current Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01509-w>
- Matias, M., Aguiar, J., César, F., Braz, A. C., Barham, E. J., Leme, V., Elias, L., Gaspar, M. F., Mikolajczak, M., Roskam, I., & Fontaine, A. M. (2020). The Brazilian-Portuguese version of the Parental Burnout Assessment: Transcultural adaptation and initial validity evidence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 174, 67–83. <https://doi.org/10.1002/cad.20374>
- Matias, M. (2019). Género e papéis de género no fenómeno da conciliação trabalho-família: Revisões conceituais e estudos empíricos. In C. Andrade, S. Coimbra, M. Matias, L. Faria, J. Gato, & C. Antunes (Org.), *Olhares sobre a Psicologia Diferencial* (pp. 174–204). Mais Leitura, Porto.
- Matias, M., & Fontaine, A. M. (2015). Coping with work and family: How do dual-earners interact? *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(2), 212–222. <https://doi.org/10.1111/sjop.12195>
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: a preliminary investigation of escape and suicidal ideations, sleep disorders, addictions, marital conflicts, child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 80, 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>

- Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2019). Parental burnout: What is it, and why does it matter? *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1319 - 1329. <https://doi.org/10.1177/2167702619858430>
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., Stinglhamber, F., Norberg, A., & Roskam, I. (2020). Is Parental burnout distinct from job burnout and depressive symptoms? *Clinical Psychological Science*, 8(4), 673–689. <https://doi.org/10.1177/2167702620917447>
- Mikolajczak, M. & Roskam, I. (2018) A theoretical and clinical framework for parental burnout: the balance between risks and resources (BR²). *Frontiers in Psychology*, 9, 886. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00886>
- Mousavi, F.S. (2019) The Burnout and exhaustion due to parental responsibilities: The role of parent-child demographic variables. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 9, 123. <http://jdisabilstud.org/article-1-1282-en.html>
- Organização Mundial da Saúde [World Health Organization]. (2020, 18 de março). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>
- Portugal, S. (2011). Dádiva, família e redes sociais. In S. Portugal & P. H. Martins (Eds.), *Cidadania, políticas públicas e redes sociais* (pp. 39–54). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0222-6>
- Prioste, A., Narciso, I., Gonçalves, M. M., & Pereira, C. R. (2017). Values' family flow: associations between grandparents, parents and adolescent children. *Journal of Family Studies*, 23(1), 98–117. <https://doi.org/10.1080/13229400.2016.1187659>
- Ramos, N. (2012). Avós e netos através da(s) imagem(s) e das culturas. In N. Ramos, M. Marujo, & A. Baptista (Eds.), *A voz dos avós: Migração, memória e património cultural* (pp. 33–57). Gráfica de Coimbra, Publicações Lda., Fundação ProDignitate.
- Roskam, I., Aguiar, J., Akgun, E. et al. (2021). Parental burnout around the globe: a 42-country study. *Affective Science*, 2, 58–79. <https://doi.org/10.1007/s42761-020-00028-4>
- Roskam, I., Brianda, M. E., & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 758. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>
- Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2020). Gender differences in the nature, the antecedents, and the consequences of parental burnout. *Sex Roles*, 83, 485–498. <https://doi.org/10.1007/s11199-020-01121-5>

- Roskam, I., Raes, M. E., & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*, 8, 163. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00163>
- Sorkkila, M., & Aunola, K. (2020). Risk factors for parental burnout among Finnish parents: The role of socially prescribed perfectionism. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 648-659. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01607-1>
- Van Bakel, H., Van Engen, M. L., & Peters, P. (2018). Validity of the Parental Burnout Inventory among Dutch employees. *Frontiers in Psychology*, 9, 697. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00697>

Pandemia COVID-19 e Qualidade de Vida: Percepções de Estudantes de Ensino Superior Portugueses

Paula Xavier^{1,2}, Maria João Amante,^{1,2} Lia Araújo^{1,3}, Susana Fonseca^{1,2}, Cátia Magalhães^{1,2,4}, Carla Silva^{5,6} e Leandra Cordeiro¹

¹Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

²CI&DEI - Centro de Estudos em Educação e Inovação, IPV, Portugal

³CINTESIS, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Portugal

⁴ISAMB, Instituto de Saúde Ambiental, Fac. de Medicina, U. Lisboa, Portugal

⁵Escola Superior de Tecnologia e Gestão, do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

⁶CISeD, Centro de Investigação em Serviços Digitais, IPV, Portugal

Resumo: Durante o primeiro confinamento geral (março de 2020), uma equipa de psicólogo/as e docentes do Instituto Politécnico de Viseu (IPV) dinamizou, através da rede social Facebook, um espaço informal de partilha e discussão de informação e estratégias de superação do isolamento social dirigido a toda a comunidade académica. No seu seguimento foi desenvolvido um projeto de investigação com vista a compreender o impacto psicossocial da pandemia COVID-19 no grupo dos estudantes. Neste artigo são apresentados dados parciais desse projeto de investigação. Trata-se de um estudo descritivo e transversal com uma amostra de conveniência constituída por 567 estudantes onde foi utilizado um questionário construído para o projeto de acordo com os objetivos, e preenchido online, na altura do segundo confinamento geral. Os participantes identificaram como alterações na sua vida associadas à pandemia, maioritariamente, aquelas experienciadas nas Rotinas Familiares (64,2%), Relações Pessoais (62%) e no Desempenho Académico (57,3%). A análise de conteúdo dos motivos subjacentes às alterações identificadas aponta, predominantemente, para a percepção de impacto no funcionamento socio-ocupacional (53,8%), evidenciando-se as Alterações na Gestão de Vida (52,2%) e na Vida Académica (36,5%), e no funcionamento pessoal e relações (46,2%), sobretudo nas Relações Sociais (26,2%) e Relações com a Família (23,6%). A leitura integrada das experiências dos estudantes sugere que os impactos se fizeram sentir em diferentes domínios da Qualidade de Vida. Em complemento às medidas de segurança sanitária, as Instituições de Ensino Superior devem desenvolver/reforçar práticas e recursos facilitadores da criação de contextos protetores face aos riscos associados à situação pandémica.

Palavras-chave: Ensino superior; Qualidade de Vida; Pandemia COVID-19.

Introdução

Ainda que, de um modo geral, não se enquadrem num dos grupos de risco acrescido de doença grave associada à infeção pelo SARS-CoV-2, os estudantes do Ensino Superior não deixaram de experimentar os efeitos da pandemia COVID-19, como as mudanças nas rotinas quotidianas e o impacto nas perspetivas para o futuro imediato e a longo prazo (Aristovnik et al., 2020).

Em contraste com os níveis de participação social que caracteriza este grupo, palco privilegiado (e fundamental) para a exploração identitária das possibilidades de vida (Arnett, 2000), as medidas de confinamento e distanciamento social levaram a um maior isolamento social, com influência no bem-estar físico e psicológico (Szczepańska & Pietrzyka, 2021). Nesse sentido, alguns estudos internacionais sugerem que as alterações sociais, familiares e académicas associadas à pandemia COVID-19 têm impacto na Qualidade de Vida dos estudantes do Ensino Superior (Ramos et al., 2020; Szczepańska & Pietrzyka, 2021).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a Qualidade de Vida corresponde à “perceção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28), pelo que se afigura pertinente a análise multidimensional, que decorre deste constructo, das experiências individuais em contexto de pandemia.

Em março de 2020 (primeiro confinamento geral), alinhada com os objetivos das políticas nacionais de saúde mental (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2020) no que respeita à realização de ações de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, uma equipa de psicólogo/as e docentes do Instituto Politécnico de Viseu (IPV) (da qual fizeram parte as autoras deste artigo) criou e dinamizou um espaço informal de partilha e discussão de informação e estratégias de superação do isolamento social associado às medidas de confinamento na rede social Facebook, intitulado "Estamos Juntos". Durante aproximadamente três meses foram partilhados documentos informativos sobre a pandemia COVID-19, bem como atividades e desafios para crianças, jovens e adultos, incluindo pessoas com filhos, atendendo à heterogeneidade da comunidade educativa. Também os/as estudantes de diferentes cursos foram incentivados a apresentar propostas de atividades (e.g., Desporto e Atividade Física, Educação Social). Esta iniciativa teve como finalidade contribuir para manter a comunidade IPV unida, psicologicamente saudável e cientificamente informada, de

forma solidária e responsável. No geral, o feedback informal dos participantes foi positivo.

Assumi-se como sequência lógica dessa iniciativa a realização de um projeto de investigação com vista a compreender o impacto psicossocial da pandemia COVID-19 nos estudantes do IPV, até para perceber a necessidade de serem implementadas medidas destinadas a promover o seu bem-estar psicológico e sucesso académico, uma vez que os efeitos da pandemia na saúde mental, incluem um aumento de stresse, ansiedade e depressão e, muito provavelmente, uma baixa qualidade de vida (Rogowska et al., 2020).

Assim, neste artigo serão apresentados dados parciais desse projeto, nomeadamente os resultados de uma análise exploratória das alterações vivenciadas pelos estudantes numa altura que coincidiu com o segundo confinamento geral decretado pelo Governo.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e transversal (Coutinho, 2011), com uma abordagem mista (Sampieri et al., 2006), no que se refere ao tipo de dados recolhidos e às análises efetuadas.

Participantes

A amostra é de conveniência (Coutinho, 2011) e constituída por 567 estudantes do IPV. Os participantes tinham uma idade média de 23,9 anos ($DP = 8.36$), sendo a maioria do género feminino (63.8%), solteiro/a (64.7%) e residente em zonas rurais (54.5%). No que se refere à situação académica, a maioria frequentava Cursos de Licenciatura (86.8%) em regime normal (82%).

A tabela 1 sistematiza os dados relacionados com a situação académica dos participantes, evidenciando-se a frequência de Cursos de Licenciatura (86.8%) em regime de frequência normal (82%), ou seja, sem estatuto de trabalhador-estudante ou outro estatuto especial.

Tabela 1

Situação Académica dos Participantes (N = 567)

	<i>n</i>	%
Tipo de estudante		
Estudante	465	82
Trabalhador-estudante ou outro estatuto especial	102	18
Situação laboral dos trabalhadores-estudantes		
Empregado por conta de outrem	91	16
Empregado por conta própria	11	1.9
Reformado	3	0.5
Ciclo de Estudo		
Curso Técnico Superior Profissional	19	3.4
Licenciatura	492	86.8
Mestrado	56	9.9
Área de curso		
Gestão e contabilidade	95	16.8
Desporto	93	16.4
Publicidade e comunicação	84	14.8
Turismo	64	11.3
Social	58	10.2
Informática e tecnologias	52	9.2
Agrária e produção animal	37	6.5
Educação	34	6.0
Saúde	19	3.4
Mecânica, gestão industrial e construção	19	3.4
Ambiente	6	1.1
Artes	1	0.2
N.A.	4	0.7
Ano que frequenta		
1º	224	39.5
2º	175	30.9
3º	156	27.5
4º	11	1.9
N.A.	1	0.2

Nota: N.A. – Não se aplica.

CrITÉRIOS de inclusão

Foram consideradas as respostas aos questionários dos participantes que se autoidentificaram como estudantes com inscrição válida no IPV no ano letivo 2020/2021.

Instrumento de recolha de dados

Recorreu-se a um questionário construído para o referido projeto de investigação com duas grandes secções: caracterização sociodemográfica e questões de resposta aberta e fechada, incluindo escalas, formuladas/selecionadas em função dos objetivos do estudo. No que se refere à segunda parte, e no que diz respeito a este trabalho em concreto (Xavier et al., 2021), os participantes responderam às seguintes questões:

“Quais as principais alterações que a pandemia da COVID-19 trouxe para a sua vida?”, uma questão de resposta fechada (sim/não) onde podia ser assinalada mais do que uma opção (“laborais”, “rotinas familiares”, “relações familiares”, “relações pessoais”, “desempenho académico”, “cuidar de si próprio/a”, “outra”), seguida de um pedido de explicitação através da resposta à questão “Porquê?”, com vista ao aprofundamento das perspetivas/experiências .

Procedimentos

Após parecer favorável da Comissão de Ética do IPV o estudo foi divulgado através de diferentes canais de comunicação institucionais. Os dados foram recolhidos online entre janeiro e março de 2021, tendo-se recorrido ao *Google Forms*. A participação no questionário foi antecedida de consentimento informado, com explicitação do estudo e garantia de confidencialidade e anonimato.

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica e à questão de resposta fechada foram tratados com recurso à análise descritiva (frequências e medidas de tendência central, quando aplicável), através do software *SPSS IBM Statistics* (v. 27). A questão de resposta aberta foi alvo de análise de conteúdo. Na definição do processo de codificação foi escolhida como unidade de registo o tema (admitindo-se a possibilidade de ser mais do que um por resposta) e como regra de enumeração a frequência. As categorias foram criadas à posteriori após leitura flutuante das respostas (Bardin, 2015). A análise foi realizada por um elemento da equipa do projeto de investigação, tendo a categorização sido alvo de debate com outros elementos, em confronto com as respostas dos participantes.

Resultados

Quando questionados os estudantes sobre “Quais as principais alterações que a pandemia da COVID-19 trouxe para a sua vida?”, foram apresentadas sete opções com a possibilidade de poderem assinalar mais do que uma de entre as seguintes: Alterações Laborais, Rotinas Familiares, Relações Familiares, Relações Pessoais, Desempenho Académico, Cuidar de Si e Outra. A análise da tabela 2 permite verificar que as Rotinas Familiares ($n = 364$; 64.2%) foram consideradas maioritariamente como principal alteração, seguidas das Relações Pessoais ($n = 351$; 62%) e do Desempenho Académico ($n = 325$; 57.3%). O Cuidar de Si e as Alterações Laborais foram os menos assinalados.

Tabela 2

Total de Respostas às Alterações

Alterações	n	%
Alterações Laborais	140	24.7%
Rotinas Familiares	364	64.2%
Relações Familiares	268	47.3%
Relações Pessoais	351	62%
Desempenho Académico	325	57.3%
Cuidar de Si	221	39%
Outra	29	5.1%

Na tabela 3, podemos observar a distribuição de respostas por género e freguesia de residência, em meio rural ou urbano. Verificou-se que a tendência das opções mais assinaladas foi idêntica no género masculino e feminino, sendo estas as Rotinas Familiares, Relações Pessoais e Desempenho Académico. Nas situações em que género não foi identificado (“N Diz”), essa tendência diverge, sendo assinaladas com igual número as opções Relações Pessoais, Desempenho Académico e Cuidar de Si.

Tabela 3

Alterações por Género e Freguesia de Residência

Alterações		Género			Total	Freguesia		
		F	M	N Diz		Urbana	Rural	Total
Alterações Laborais	<i>n</i>	84	54	2	140	69	71	140
	%	60%	40%	1.4%		49.3%	50.7%	
Rotinas Familiares	<i>n</i>	227	132	5	364	173	191	364
	%	62.4%	36.2%	1.4%		47.5%	52.5%	
Relações Familiares	<i>n</i>	176	88	4	268	120	148	268
	%	65.7%	32.8%	1.5%		44.8%	55.2%	
Relações Pessoais	<i>n</i>	215	130	6	351	154	197	351
	%	61.3%	37.0%	1.7%		43.9%	56.1%	
Desemp. Académico	<i>n</i>	210	109	6	325	143	182	325
	%	64.6%	33.5%	1.8%		44.0%	56.0%	
Cuidar de Si	<i>n</i>	142	73	6	221	105	116	221
	%	64.3%	33.0%	2.7%		47.5%	52.5%	
Outra	<i>n</i>	14	15	0	29	12	17	22
	%	48.3%	51.7%	0%		41.4%	58.6%	

No que refere à freguesia de residência, urbana ou rural (tabela 3), também se verifica como opções maioritariamente assinaladas as Relações Familiares, Relações Pessoais e Desempenho Académico, em ambos os locais de residência. Os respondentes que residem em freguesias urbanas selecionaram em maior número as alterações nas Rotinas familiares, seguida das Relações Pessoais, enquanto que os que residem em

freguesias rurais assinalaram em maior número as alterações nas Relações Pessoais, seguida das Rotinas Familiares. Em ambos os casos o Desempenho Académico foi a terceira alteração mais seleccionada pelos participantes.

Quando analisamos as respostas por ciclo de estudos (tabela 4) verifica-se que os alunos do CTeSP ($n = 19$) maioritariamente referiram alterações nas Rotinas Familiares (68.5%), seguidas das Relações Pessoais, Desempenho Académico e Cuidar de Si, todas com valores percentuais na ordem dos 47%.

Tabela 4

Alterações por Ciclo de Estudos e Ano do Curso

Alterações	Ciclo de Estudos			Ano do curso			
	CTeSP	Lic.	Mest.	1.º	2.º	3.º	4.º
Alterações Laborais	2	110	28	53	43	40	4
<i>n</i> total do ciclo/ano	19	492	56	224	175	156	11
% sobre <i>n</i> total ciclo/ano	10.5%	22.4%	50%	23.6%	24.6%	25.6%	36.4%
Rotinas Familiares	13	309	42	163	106	91	4
<i>n</i> total do ciclo/ano	19	492	56	224	175	156	11
% sobre <i>n</i> total ciclo/ano	68.5%	62.8%	75%	72.8%	60.6%	58.3%	36.4%
Relações Familiares	8	225	35	117	76	72	3
<i>n</i> total do ciclo/ano	19	492	56	224	175	156	11
% sobre <i>n</i> total ciclo/ano	42.1%	45.7%	62.5%	52.2%	43.4%	46.1%	27.3%
Relações Pessoais	9	301	41	141	113	93	3
<i>n</i> total do ciclo/ano	19	492	56	224	175	156	11
% sobre <i>n</i> total ciclo/ano	47.3%	61.2%	73.2%	62.9%	64.6%	59.6%	27.3%
Desempenho Académico	9	288	28	118	118	80	8
<i>n</i> total do ciclo/ano	19	492	56	224	175	156	11
% sobre <i>n</i> total ciclo/ano	47.4%	58.5%	50%	52.7%	67.4%	51.3%	72.7%
Cuidar de Si	9	192	20	91	66	60	4
<i>n</i> total do ciclo/ano	19	492	56	224	175	156	11
% sobre <i>n</i> total ciclo/ano	47.4%	39%	35.7%	40.6%	37.7%	38.5%	36.4%
Outra	1	26	2	7	12	9	1
<i>n</i> total do ciclo/ano	19	492	56	224	175	156	11
% sobre <i>n</i> total ciclo/ano	5.2%	5.3%	3.6%	3.1%	6.8%	5.7%	9%

Quanto aos alunos dos cursos de Licenciatura ($n = 492$) a tendência de respostas é idêntica, sendo as percentagens de 62.8%, 61.2% e 58.5%, respetivamente. Não obstante, nestes, o Cuidar de Si teve menor expressividade (39%). No que se refere aos

alunos dos cursos de Mestrado ($n = 56$), manteve-se esta tendência, sendo possível observar que as mais selecionadas são as Rotinas Familiares (75%), Relações Pessoais (73.2%) e Relações Familiares (62.5%). Em contraste com os restantes ciclos de estudo, também se verifica uma percentagem relevante de alunos dos Cursos de Mestrado ($n = 56$; 50%) a indicar Alterações Laborais.

Relativamente ao ano do curso, os alunos do 1.º, 2.º e 3.º anos realçaram as mesmas alterações. Assim, obtiveram maior número de escolhas dos alunos dos três anos dos cursos as Rotinas Familiares, Relações Pessoais e Desempenho Académico, sendo, no entanto, em ordem diversa de opção maioritária. Assim, nos alunos do 1.º ano a opção Rotinas Familiares surge como a mais selecionada com (72.8%), seguida das Relações Pessoais (62.9%) e do Desempenho académico (52.7%). No caso dos alunos do 2.º ano são as alterações no Desempenho Académico que surgem em primeiro lugar (67.4%), seguidas das alterações nas Relações pessoais (64.6%) e nas Rotinas familiares (60.6%). Nos alunos do 3.º ano, as respostas assumem a ordem de Relações Pessoais (59.6%), Rotinas Familiares (58.3%) e Desempenho Académico (51.3%). Finalmente, os alunos do 4.º ano referiram maioritariamente alterações no Desempenho Académico (72.7%) e com peso idêntico (36.4%) Alterações Laborais, nas Rotinas Familiares e no Cuidar de Si.

Na análise de conteúdo às razões apresentadas para as respostas à questão “Quais as principais alterações que a pandemia da COVID-19 trouxe para a sua vida? Porquê?”, emergiram duas Dimensões. A primeira refere-se ao *Impacto socio-ocupacional* percebido pelos participantes, correspondendo a 53.8 % ($n = 628$) do total de 1166 referências identificadas na análise de conteúdo, e a segunda, ao *Impacto no funcionamento pessoal e nas relações sociais*, com 538, equivalendo a 46.2%.

No que se refere à Dimensão *Impacto no funcionamento socio-ocupacional*, das 628 menções identificadas, analisadas em três categorias, 52.2% referem-se a Alterações na Gestão de Vida ($n = 328$), 36.5% a Alterações na Vida Académica ($n = 229$) e 11.3% a Alterações Laborais ($n = 71$) (tabela 5).

Como se pode verificar na tabela 5, na primeira categoria (Alterações na Gestão de Vida) verifica-se uma ênfase na subcategoria confinamento/ficar fechado em casa ($n = 153$; 46.6%), seguida das implicações a nível da implementação de novas rotinas ($n = 86$; 26.2%), alterações ao estilo de vida ($n = 58$; 17.7%) e necessidade de adaptação da gestão de vida ($n = 16$; 4.8%). As restantes subcategorias têm valores muito mais

reduzidos, sendo, contudo, de salientar aquela que se refere a aspetos positivos, designadamente mais tempo livre, com 5 referências (1.5%).

Tabela 5

Dimensão - Impacto no Funcionamento Socio-ocupacional

Categoria	Subcategoria	N.º Ref.	% na categoria
Alterações na Gestão de Vida	Organização	6	1.8
	Alteração do estilo de vida	58	17.7
	Novas rotinas	86	26.2
	Adaptação	16	4.8
	Falta de rotinas	2	0.6
	Falta de tempo	2	0.6
	Mais tempo livre	5	1.5
	Confinamento/Fechado em casa	153	46.6
	Total	328	
	% na dimensão	52.2%	
Alterações Laborais	Problemas (desemprego, alterações de horário)	41	57.7
	Teletrabalho	12	16.9
	Lay off	5	7.0
	Emprego novo	3	4.2
	Problemas económicos	9	12.7
	Melhorias económicas	1	1.4
	Total	71	
	% na dimensão	11.3%	
Alterações na Vida Académica	Aulas On-line (positivo)	5	2.1
	Aulas On-line (negativo)	52	22.7
	Falta de aulas Presenciais	1	0.4
	Desempenho académico Igual	3	1.3
	Desempenho académico Melhor	4	1.7
	Desempenho académico Pior	44	19.2
	Dificuldades de acesso	4	1.7
	Motivação	35	15.2
	Ansiedade/stress	18	7.8
	Dificuldade em conciliar vida familiar/estudo em casa	24	10.4
	Dificuldade de concentração/atenção	16	6.9
	Demasiado trabalho	13	5.6
	Dificuldade na adaptação do método estudo/avaliações	5	2.1
	Menor acompanhamento docente	2	0.8
Incerteza do futuro do curso	3	1.3	
	Total	229	
	% na dimensão	36.5%	
Total		628	

A categoria relativa às Alterações na Vida Académica surge em segundo lugar no total desta dimensão (tabela 5), sendo que a subcategoria mais evidenciada se refere

à avaliação negativa das aulas on-line ($n = 52$), com 22.7% do total da categoria, seguida do desempenho académico pior ($n = 44$) e (menor) motivação ($n = 35$). É de salientar ainda que a referência à dificuldade de conciliar vida familiar com o estudo em casa surge 24 vezes, correspondendo a 10.4% das referências dentro da categoria. Com menor frequência, mas ainda com peso relativo, identificaram-se subcategorias como a ansiedade/stress ($n = 18$; 7.8%), dificuldade de concentração/atenção ($n = 16$; 6.9%) e demasiado trabalho ($n = 13$; 5.6%). É de notar que, não obstante ter sido referido com o maior número de menções o facto de o ensino on-line ser mais negativo, apenas houve uma alusão à falta de aulas presenciais.

Na terceira categoria identificada, Alterações Laborais, com um total de 71 menções (11.3%), foram definidas seis subcategorias, surgindo a que se refere a problemas (desemprego, alterações de horário) com um maior número de referências ($n = 41$; 57.7%), seguida da passagem ao teletrabalho ($n = 12$; 16.9%) e da experiência de problemas económicos ($n = 9$; 12.7%). Das restantes subcategorias com menor número de menções salienta-se uma referência à melhoria económica.

No que respeita à segunda Dimensão definida, *Impacto no funcionamento pessoal e nas relações*, foram identificadas seis categorias respeitantes a Alterações nas Relações com a Família, Alterações nas Relações Sociais, Alterações no Cuidado Pessoal (mais e menos) e Alterações ao nível Emocional e Afetivo e ainda Atitudes face à Pandemia, num total de 538 menções (tabela 6).

A categoria com maior número de referências, como se pode verificar na tabela 6, foi a que diz respeito às Alterações nas Relações Sociais, com 141 menções (26.2% da dimensão). Aqui foram definidas duas subcategorias, isolamento social e amigos - distância/relação, sendo que a primeira teve maior número de menções ($n = 90$; 63.8%). A categoria seguinte diz respeito às Alterações nas Relações com a Família, com 127 (23,6%). As quatro subcategorias identificadas estão organizadas em termos de polos positivos (mais, melhores) e negativos (menos, piores) de dois conceitos (contactos com a família e relações familiares). O contacto com a família é referido 104 vezes (81.8%), mas 77 (60.6%) correspondem a menos contacto e apenas 27 (21.2%) a maior contacto. Relativamente à qualidade das relações familiares, esta foi mencionada 23 vezes (18%), sendo que 15 referências (11.8%) apontam para piores relações familiares e 8 (6.2%) para melhores.

Tabela 6

Dimensão - Impacto no Funcionamento Pessoal e nas Relações

Categoria	Subcategoria	N.º Ref.	% na categoria
Alterações nas Relações com a Família	Menos contactos com a família	77	60,6
	Mais contactos/tempo com a família	27	21,2
	Piores (dificuldade) relações familiares	15	11,8
	Melhores relações familiares	8	6,2
	Total	127	
	% na dimensão	23,6%	
Alterações nas Relações Sociais	Amigos - Distância/Relação	51	36,2
	Isolamento Social	90	63,8
	Total	141	
	% na dimensão	26,2%	
Alterações no Cuidado Pessoal – Mais cuidado	Exercício	6	15,8
	Tempo próprio/cuidar de si	23	60,5
	Passear	2	5,2
	Lazer	2	5,2
	Saúde/bem estar	5	13,2
	Total	38	
	% na dimensão	7,0%	
Alterações no Cuidado Pessoal – Menos cuidado	Exercício	11	20,4
	Tempo próprio/cuidar de si	14	25,9
	Passear	9	16,7
	Lazer	15	27,8
	Saúde/bem estar	5	9,2
	Total	54	
	% na dimensão	10,0%	
Alterações ao nível Emocional e Afetivo	Desânimo/falta de vontade	19	29,2
	Pressão	5	7,7
	Preocupação	4	6,1
	Incerteza	8	12,3
	Dificuldade de comunicação	4	6,1
	Estado depressivo	3	4,6
	Mal-estar mental e psicológico	20	30,8
	Perda (familiar e divórcio)	2	3,1
	Total	65	
	% na dimensão	12,1%	
Atitudes face à pandemia	Preocupação com a Proteção dos outros	50	44,3
	Medo de contágio (pessoal)	39	34,5
	Resignação	7	6,2
	Alheamento	2	1,8
	Desvalorização	3	2,6
	Reconhecimento do impacto negativo	12	10,6
	Total	113	
	% na dimensão	21,0%	
Total		538	

A terceira categoria com maior número de referências remete para as Atitudes face à Pandemia, com um total de 113 menções (21%). Para esta categoria foram definidas seis subcategorias, sendo a preocupação com a proteção dos outros a que obteve mais menções ($n = 50$; 44.3%), seguida do medo de contágio pessoal ($n = 39$; 34.5%) e do reconhecimento do impacto negativo ($n = 12$; 10.6). As restantes têm um número muito mais reduzido de referências, no entanto salienta-se que existiram três que evidenciam desvalorização da situação e duas remetem para uma postura de alheamento. Em quarto lugar surge a categoria Alterações ao nível Emocional e Afetivo que, com um total de 65 menções, corresponde a 12.1% do total da dimensão.

Das oito subcategorias identificadas, a que obteve maior número de referências foi o mal-estar mental e psicológico com 20 menções (30.8%), seguida do desânimo/falta de vontade ($n = 19$; 29.2%) e incerteza ($n = 8$; 12.3%). Destacam-se ainda duas referências a situações de Perda (familiar e divórcio) correspondendo a 3.1% do total da categoria.

As Alterações no Cuidado Pessoal foram analisadas tendo em conta duas categorias que se encontram em polos opostos. Assim, foram identificadas 54 referências (10% da dimensão) a apontar para menor cuidado e 38 referências (7% da dimensão) a remeter para maior cuidado. Definiram-se cinco subcategorias, idênticas em ambas as categorias. A subcategoria exercício físico foi mais mencionada no menor cuidado ($n = 11$) comparativamente com mais cuidado ($n = 6$); na subcategoria tempo para cuidar de si, verifica-se o contrário, com o maior número de referências associado ao maior cuidado ($n = 23$), contra 14 associadas a menor cuidado; na subcategoria passear, como expectável, foram referenciadas 9 menções relativas a menos cuidado e apenas duas relativas a mais cuidado; na subcategoria lazer, são mais numerosas as menções ($n = 15$) que apontam para menos cuidado do que as que apontam para mais cuidado ($n = 2$); por fim, a subcategoria saúde/bem-estar tem um número idêntico ($n = 5$) nas duas categorias (mais e menos cuidado).

Discussão e considerações finais

Este trabalho teve como principal intuito a análise exploratória das alterações vivenciadas por estudantes do IPV ($N = 567$) em contexto de pandemia, numa altura em que tinha voltado a ser decretado o confinamento obrigatório. À semelhança do que foi verificado noutros estudos (Ramos et al., 2020; Szczepańska & Pietrzyka, 2021), a severidade das medidas restritivas impostas pela pandemia COVID-19, e em particular

o dever de confinamento, comportou alterações consideráveis no estilo de vida dos participantes ao nível do funcionamento pessoal, relacional, familiar e socio-ocupacional.

A análise integrada dessas alterações sugere que os impactos se fizeram sentir em diferentes dimensões da Qualidade de Vida (THE WHOQOL GROUP, 1998), designadamente: (a) a *saúde física*, em particular no que respeita aos relatos sobre o cuidado pessoal; (b) o *estado psicológico*, em termos das alterações emocionais (e.g., mal-estar, desânimo); (c) as alterações nas *relações sociais*, resultantes da distância dos amigos e isolamento social, a par de alterações nas relações familiares (e.g., menor contacto), com provável influência no suporte social disponível; (d) e na *relação com o meio envolvente*, em particular no que respeita ao medo de contágio e, sobretudo, a preocupação com a proteção dos outros (atitudes face à pandemia). Tudo isto, em paralelo com o potencial impacto no sucesso académico (Soares et al., 2015), tal como o faz prever a percentagem significativa de participantes que assinalaram as alterações no desempenho escolar.

Em termos de implicações práticas, os resultados instam a que, em complemento às medidas de segurança sanitária, as Instituições de Ensino Superior desenvolvam/reforcem práticas e recursos facilitadores da criação de contextos protetores face aos riscos associados a esta conjuntura tão adversa. Nesse sentido, os serviços de apoio social, médico, psicológico, iniciativas de mentoria e tutoria, entre outras, já existentes e/ou a criar, devem assegurar respostas específicas e centradas: (a) no estabelecimento de parcerias interinstitucionais visando o intercâmbio de experiências e boas práticas neste âmbito; (b) no incremento da divulgação e acesso dos/aos apoios existentes/disponíveis; (c) no levantamento continuado de necessidades (psicossociais, académicas, de informação, etc.); (d) na planificação, implementação e avaliação de medidas de apoio consonantes com as necessidades identificadas. Um exemplo concreto poderão ser as Comissões constituídas por diferentes elementos da comunidade académica, que habitualmente fazem o acolhimento dos novos estudantes, serem chamadas a assumir um papel renovado também nos regressos, no sentido de facilitar a (re)integração e o processo de socialização estudantil (Soares et al., 2015).

Não obstante a relevância desta análise exploratória dos impactos da pandemia em estudantes do Ensino Superior focada no levantamento das suas experiências, e ainda que a conceção mais consensual de Qualidade de Vida remeta para a imprescindibilidade das avaliações subjetivas (THE WHOQOL GROUP, 1998), esta

análise deverá ser complementada e aprofundada com o recurso a instrumentos como o WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*, adaptado para a população portuguesa, no sentido de se conhecer também as variáveis/fatores que poderão ser determinantes nesse impacto. A investigação deverá ainda prosseguir para uma análise a médio e longo prazo do impacto da pandemia COVID-19 neste segmento da população, atendendo não apenas aos impactos na Qualidade de Vida, mas também às particularidades das tarefas de desenvolvimento típicas deste grupo, nomeadamente analisando eventuais repercussões ao nível da exploração identitária das possibilidades de vida nas dimensões afetiva (amor), trabalho e perspetivas sobre o mundo (Arnett, 2000).

Referências bibliográficas

- Aristovnik, A., Keržič., D., Ravšelj, D., Tomaževič, N., & Lan, U. (2020). Impacts of the COVID-19 Pandemic on Life of Higher Education Students: A Global Perspective. *Sustainability*, *12*, 8438. <https://doi.org/10.3390/su12208438>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55*(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.). Edições 70.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Almedina.
- Ramos, T., Pedrolo, E., Santana, L., Ziesemer, N., Haeffner, R., & Carvalho, T. (2020). O impacto da pandemia do novo coronavírus na qualidade de vida de estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, *10*, e4042. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.4042>
- Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., & Bokszczanin, A. (2020). Examining anxiety, life satisfaction, general health, stress, and coping styles during COVID-19 pandemic in polish sample of university students. *Psychology Research and Behavior Management*, *13*, 797-811. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S266511>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª ed.). McGraw-Hill.

- Serviço Nacional de Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Saúde Mental*.
<https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>
- Soares, A., Pinheiro, M. R., & Canavarro, F. (2015). Transição e adaptação ao ensino superior e a demanda pelo sucesso nas instituições portuguesas. *Psychologica*, 58(2), 97–116. http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_582_6
- Szczepańska, A., & Pietrzyka, K. (2021). The COVID-19 epidemic in Poland and its influence on the quality of life of university students (young adults) in the context of restricted access to public spaces. *J Public Health (Berl.)*.
<https://doi.org/10.1007/s10389-020-01456-z>
- THE WHOQOL GROUP. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551–558.
- Xavier, P., Amante, M. J., Araújo, L., Fonseca, S., Magalhães, C., Silva, C., & Cordeiro, L. (2021). COVID-19 Pandemic and Quality of Life: Perceptions of Portuguese higher education students [Resumo]. *Millenium*, 8e, 155.
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/issue/view/1297>

Programa de Parentalidade para Prevenção de Violência Contra Crianças no Contexto Brasileiro: da Eficácia para a Larga Escala Sustentável

Elisa Rachel Altafim^{1,2} e Maria Beatriz Linhares^{1,2}

¹ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil

² Instituto para Valorização da Educação e da Pesquisa no Estado de São Paulo - IVEPESP

Resumo: O presente capítulo discute o problema da violência contra crianças no contexto brasileiro e os programas de parentalidade como uma estratégia para fortalecer a parentalidade positiva e a prevenção da violência. O Programa ACT- Raising Safe Kids (na versão em português ACT Para Educar Crianças em Ambientes Seguros) implementado no Brasil desde 2012, apresenta resultados de eficácia comprovada. Pesquisas de eficácia, efetividade e de implementação demonstram que o programa tem um potencial para realização em larga escala sustentável. Para escalabilidade, a formação de facilitadores é uma etapa fundamental para a qualidade da implementação. Estratégias positivas foram realizadas para a implementação do programa ACT como uma política pública sustentável no Brasil. Adicionalmente, no contexto da pandemia do SARS- CoV-2, foram necessárias adaptações nas estratégias de entrega do programa, assim como das formações de facilitadores, que eram realizadas exclusivamente no formato presencial e necessitaram ter o formato remoto. As adaptações mostraram viabilidade e garantiram a continuidade das pesquisas mesmo em um cenário adverso de isolamento e distanciamento social. A incorporação das tecnologias remotas pode auxiliar na ampliação da implementação do programa.

Palavras-chave: Parentalidade, Prevenção, Programa, Violência

A violência e os maus-tratos contra crianças possuem um impacto negativo no desenvolvimento das crianças, especialmente em países em desenvolvimento, em que uma percentagem significativa de crianças corre o risco de não atingir seu potencial de desenvolvimento (Black et al., 2017; Leckman & Britto, 2018). Maus-tratos infantis são uma das principais causas de desigualdade na saúde e injustiça social, expondo as populações mais pobres e desfavorecidas a maior risco (World Health Organization, 2014).

A exposição a punições físicas e outras formas de violência familiar prediz uma série de impactos negativos ao longo da vida, incluindo problemas de comportamento,

tais como agressividade, comportamento antissocial, baixa autoestima e problemas de saúde mental (Gershoff & Grogan-Kaylor, 2016; Pinquart, 2017). A punição corporal com palmadas impacta negativamente no desenvolvimento cerebral (Cuartas et al., 2021). Destaca-se que a violência contra crianças gera um círculo vicioso com transmissão intergeracional da violência, na qual mães que sofreram experiências adversas na infância com maus-tratos apresentaram práticas parentais negativas posteriormente com seus filhos (Lotto et al., 2021a).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030 (ODS) (UN General Assembly, 2015) incluem uma meta específica (ODS 16.2) para acabar com todas as formas de violência contra crianças, enfatizando a importância de todos os países garantirem o direito de todas as crianças viverem livres do medo, negligência, abuso e exploração. A prevenção da violência contra crianças tem sido apoiada globalmente através de várias iniciativas, incluindo programas para pais que promovem relações positivas e responsivas entre cuidadores e crianças (World Health Organization, 2009). Conforme estabelecido na Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas de 1989, a disciplina violenta é uma violação do direito da criança à proteção de todas as formas de violência, enquanto estiver sob os cuidados de seus pais ou outros cuidadores (UNICEF, 2014). Sessenta e três países ao redor do mundo, incluindo o Brasil, concordaram e proibiram o uso de punições físicas contra as crianças (Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, 2021).

No Brasil, a lei que proíbe expressamente a punição física e outros tratamentos cruéis ou degradantes das crianças, onde quer que estejam e quem quer que seja o perpetrador, entrou em vigor no ano de 2014 (Lei nº. 13.010, 2014). Essa lei estabelece ainda que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão atuar de forma articulada na elaboração de políticas públicas e na execução de ações destinadas a coibir o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante e difundir formas não violentas de educação de crianças e de adolescentes. Outra lei brasileira voltada para a infância é o "Marco Legal da Primeira Infância" que estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas, voltadas para os primeiros seis anos da vida da criança (Lei nº. 13.257, 2016). Esta lei destaca a importância de programas para as famílias a fim de melhorar as relações afetivas e estimular o desenvolvimento integral da criança. Essas duas legislações reforçam a constituição brasileira e o anterior Estatuto da Criança e do Adolescente e demonstram a

conscientização das agências governamentais para a necessidade de programas de parentalidade implementados no sistema de políticas públicas. No entanto, apesar de as crianças brasileiras estarem seguras legalmente, apenas a legislação não é o suficiente para evitar que o abuso infantil ocorra em índices alarmantes no país (Williams et al., 2021). Verifica-se a necessidade urgente da implementação em larga escala sustentável, de forma sistêmica, de programas de parentalidade para prevenção de violência contra crianças com evidências científicas comprovadas.

O Brasil enfrenta altas taxas de violência e desigualdade de renda (UNICEF, 2017) e uma tendência crescente de notificações de abuso infantil (Williams et al., 2021). Estima-se que metade das crianças pequenas são expostas à agressão psicológica ou física de seus cuidadores (Cuartas et al., 2019). Os pais e cuidadores aparecem como os principais responsáveis pelas violências notificadas em crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (Waiselfisz, 2012). Em 2015 foram registradas 42.085 denúncias de violências ocorridas contra crianças e adolescentes no espaço doméstico (World Vision International & IPSOS, 2017). Uma pesquisa realizada durante a pandemia pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (2021) identificou que 67% dos pais de crianças de até 3 anos de idade relataram utilizar pelo menos uma prática educativa negativa com a criança (gritar com a criança, dar um chacoalhão ou umas palmadas, pegar com força pelo braço ou chamar de burra ou chata). Esses achados mostram a presença de violência física e psicológica em fase inicial do desenvolvimento, que aumentaram sobremaneira no cenário da pandemia.

Iniciativas têm sido realizadas em países de baixa e média renda para fortalecer a cultura de prevenção por meio da disseminação de programas parentais eficazes, com o objetivo de reduzir os maus-tratos infantis e melhorar a saúde mental dos pais e das crianças (Parra-Cardona et al., 2021). Essas iniciativas enfatizam a relevância de adotar uma cultura de prevenção caracterizada por compromissos nacionais com contribuições compartilhadas por governos e sociedade civil e a importância de envolver pesquisadores, profissionais e comunidades em um processo bidirecional de aprendizagem colaborativa, engajamento e liderança (Parra-Cardona et al., 2021).

Revisões sistemáticas da literatura internacional demonstram mudanças positivas na forma como os pais cuidam e educam seus filhos, incluindo a diminuição de práticas negativas, após a participação em programas de parentalidade de prevenção universal de violência (Altafim & Linhares, 2016; Branco, Altafim, & Linhares, 2021).

Os estudos encorajam a implementação de programas de parentalidade de prevenção universal como uma estratégia para promover práticas parentais positivas e o desenvolvimento das crianças (Branco et al., 2021). Os programas de parentalidade para a prevenção universal da violência e maus-tratos contra crianças visam aumentar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil, promover práticas parentais eficazes e encorajar o comportamento parental não violento e abusivo (Altafim & Linhares 2016; Branco et al., 2021). Entre esses programas, o ACT Raising Sake Kids é um programa baseado em evidências científicas, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, com baixos custos de implementação (National Center for Parent Family and Community Engagement, 2015).

Desde 2012, o Programa ACT para Educar Crianças em Ambientes Seguros (versão em português), desenvolvido pela American Psychological Association (Silva, 2011), tem sido realizado no Brasil (Altafim & Linhares, 2020). A Organização Mundial da Saúde reconhece o Programa ACT como um programa de parentalidade efetivo de prevenção universal de violência contra crianças (Hardcastle et al., 2015). O programa também foi reconhecido com evidência científica promissora pelas agências California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2020) e National Institute of Justice (2015).

A eficácia do Programa ACT foi demonstrada em três ensaios clínicos randomizados controlados, sendo dois realizados no Estados Unidos (Knox et al., 2013; Portwood et al., 2011) e um no Brasil (Altafim & Linhares, 2019a). Os achados dos estudos demonstraram a eficácia do programa ACT, de acordo com a percepção dos cuidadores na melhoria de práticas parentais positivas, incluindo a disciplina positiva, regulação emocional e comportamental e comunicação (Altafim & Linhares 2019a), redução do castigo físico e taxas de violência psicológica e verbal e melhorias no comportamento acolhedor (Knox et al., 2013; Portwood et al., 2011). Esses resultados positivos foram mantidos após três a quatro meses na avaliação de *follow-up* (Altafim & Linhares, 2019a; Portwood et al., 2011). O estudo brasileiro também mostrou a eficácia do programa ACT para reduzir problemas de comportamentos internalizantes e externalizantes (Altafim & Linhares, 2019a).

O grupo de pesquisa da cidade de Ribeirão Preto (Estado de São Paulo, Brasil) foi o centro pioneiro na realização de pesquisas e formação de facilitadores do Programa ACT no Brasil (Altafim & Linhares, 2020), assim como alavancar a

generalização do Programa ACT para aplicabilidade com fidelidade em larga escala sustentável. Além do estudo randomizado controlado as pesquisas realizadas por esse grupo demonstraram os seguintes resultados: (i) efetividade do programa ACT, em contextos públicos de Saúde e Educação, para melhorar o estilo e comportamento parental, e a prática de controle e monitoramento da mídia eletrônica e reduzir os problemas de comportamento de crianças de 3 a 8 anos (Altafim et al., 2016); (ii) efetividade do programa para melhorar as práticas educativas maternas e o comportamento da criança de mães de crianças de escolas públicas e particulares, independentemente do nível socioeconômico ser médio ou baixo (Pedro et al., 2017); (iii) alta aceitabilidade do programa, com relatos maternos sobre os aspectos positivos do programa que incluíam explicações dos facilitadores, discussões em grupo e atividades dinâmicas (Altafim & Linhares, 2020); (iv) efetividade do ACT para melhorar as práticas parentais de um grupo específico (*target*) com mães de crianças nascidas prematuras (Belotti et al., 2019); (v) efetividade do programa em mães que vivenciaram violência na infância e mães que não vivenciaram (Altafim et al., 2021); (vi) a regulação emocional e comportamental como mediadora da diminuição dos problemas de comportamento após a participação no programa, e eficácia do ACT em mães de crianças com e sem problemas de comportamento (Altafim et al., 2021). Adicionalmente, foi desenvolvido um estudo com análises das tarefas de casa do programa ACT, demonstrando a incorporação por parte das mães dos conceitos de práticas parentais positivas para lidar com os comportamentos desafiadores dos filhos (Leithold et al., 2020).

Após os principais estudos sobre viabilidade, efetividade e eficácia do Programa ACT no contexto brasileiro terem demonstrado resultados positivos significativos iniciou-se o processo de implementação em larga escala sustentável, por meio da formação de facilitadores em parcerias com universidades e organizações inseridas no sistema de políticas públicas. O conceito de implementação refere-se ao programa, inovação ou intervenção aplicado a determinado contexto (Durlak & DuPre, 2008).

Um elemento essencial para garantir a fidelidade da implementação de programas de parentalidade é o treinamento dos facilitadores (Altafim & Linhares, 2020). De acordo com a Organização Mundial da Saúde um treinamento bem projetado e ferramentas para monitorar a fidelidade podem apoiar a implementação de alta qualidade em grande escala (Hardcastle et al., 2015). No treinamento de profissionais

para realizarem um programa de prevenção de violência é importante fornecer um panorama das evidências científicas que embasam o programa (Hardcastle et al., 2015). Além disso, considerando que as histórias e experiências pessoais podem ter um impacto na implementação do programa, pode ser necessário no treinamento abordar os próprios valores e ideais dos trainees para alinhá-los com a base do programa (Hardcastle et al., 2015). No Programa ACT, os facilitadores têm um papel central e suas funções incluem a exposição dos conteúdos, auxiliar os participantes nas reflexões, estimular os cuidadores a compartilharem suas experiências e motivá-los para a mudança de comportamento (Altafim & Linhares, 2020). Os facilitadores são treinados a oferecer um ambiente de respeito e acolhedor, em que as famílias não são confrontadas ou julgadas e os cuidadores são apoiados no processo de mudança (Silva, 2011). Os facilitadores são mediadores de um processo dinâmico e interativo com os participantes para aprendizagem dos conteúdos adaptados com exemplos práticos (Altafim & Linhares, 2020).

Estudos prévios com o Programa ACT no Brasil contribuíram para o aperfeiçoamento do treinamento dos facilitadores (Altafim & Linhares, 2020). Em 2018, em uma parceria com a Universidade Federal de Pelotas (Rio Grande do Sul, Brasil) a equipe de treinamento de facilitadores de Ribeirão Preto realizou a formação de profissionais servidores públicos da prefeitura de Pelotas (Altafim & Linhares, 2019b) para a realização de um estudo randomizado controlado com o programa ACT (Murray et al., 2019). Neste estudo, os facilitadores eram servidores das áreas da Educação, Saúde e Proteção Social (pedagogos, psicólogos e assistentes sociais). Após resultados promissores, que mostraram que o ACT teve uma alta aceitabilidade pelos participantes e que as taxas de comparecimento foram elevadas (Martins et al., 2020), a Prefeitura de Pelotas instituiu o programa como uma política pública da cidade (Prefeitura de Pelotas, 2019). O treinamento dos profissionais vinculados a prefeitura garantiu a sustentabilidade do programa ACT na cidade. Uma análise qualitativa com relatos de gestores, implementadores, pesquisadores e mães verificou a viabilidade da implementação do programa ACT no âmbito do serviço público e também diversos benefícios percebidos por todos os atores envolvidos na sua execução (Soares, 2019). A pesquisa também verificou fatores-chave para a implementação tais como a liderança, supervisão profissional e motivação dos implementadores (Soares, 2019). Atualmente, o Programa ACT está implementado de forma intersetorial no atendimento às famílias.

No entanto, até onde se sabe, neste momento não há dados de avaliação sistematizada do monitoramento da implementação em larga escala no sistema público.

Em 2020, as Master Trainers do Programa ACT, certificadas pela APA, E.R.P. Altafim e M.B.M. Linhares, estabeleceram uma parceria com uma coalização de iniciativas na área da primeira infância no Estado do Ceará (Brasil) para a implementação do Programa ACT, como uma das iniciativas. A estratégia do Programa ACT envolve a realização de formações de facilitadores, supervisão da implementação para assistência a famílias e realização de pesquisa, em 24 municípios do estado. O projeto, denominado “Programa de intervenção baseado em evidência científica com enfoque na Parentalidade Positiva e Prevenção de violência contra crianças: Formação, Nucleação e Pesquisa”, em andamento no período 2020-2022, visa: formar equipe de profissionais, realizar pesquisa e promover a sustentabilidade do programa após a finalização da etapa de pesquisa. O objetivo maior é garantir que o programa continue sendo aplicado como uma política pública pelos profissionais treinados ao finalizar o período da pesquisa em 2022. Dessa forma, em parceria com o governo do Estado e fundações parceiras foram estabelecidas estratégias para a manutenção do programa ACT enquanto uma tecnologia social com sustentabilidade. Um pequeno grupo de cinco representantes do Estado foram formados como facilitadores do Programa ACT e encontram-se em formação facilitadores, que são de profissionais das áreas da Proteção Social, predominantemente, Saúde e Educação e servidores públicos vinculados às prefeituras dos 24 municípios. Para a realização das formações dos facilitadores estão sendo realizados diversos workshops de formação divididos por turmas. Portanto, ao final do projeto cada município contará com um núcleo de facilitadores treinados, um supervisor e um coordenador locais do Programa ACT. O número de facilitadores varia de 5 a 15 facilitadores dependendo do tamanho do município, do número de crianças beneficiadas por programa do governo e do número de serviços de assistência social disponíveis. Trata-se da primeira iniciativa de *avaliação sistemática da implementação em larga escala* no sistema público, com uma abordagem sistêmica do governo do estado e prefeituras, que incluirá as seguintes etapas: formação de facilitadores, nucleação nos municípios, resultados do impacto nas famílias atendidas com o Programa ACT por profissionais do sistema público.

A pandemia trouxe um grande desafio adicional para a realização desse projeto e outros projetos de pesquisa em andamento. Este contexto apresentou restrições para a

realização de programas de parentalidade baseados em evidências científicas, pois os *lockdowns* e o distanciamento social interromperam a realização de programas presenciais com as famílias, os treinamentos de profissionais e apoio de organizações que oferecem programas para pais (Sanders et al., 2021). Dessa forma, durante a pandemia foi necessário a realização de adaptações tanto no programa ACT com as famílias como nos Workshops de formação de facilitadores, pois ambos eram realizados no formato presencial e precisaram passar para o formato remoto.

As adaptações no Programa ACT com as famílias foram baseadas nas recomendações da American Psychological Association. As atividades foram realizadas por videoconferências, via Google Meet, em pequenos grupos de no máximo seis participantes mediadas por um facilitador e um cofacilitador. As atividades em grupo foram adaptadas para garantir a interação dos participantes mesmo que de forma online. Os resultados do estudo de viabilidade demonstraram a efetividade do programa ACT no formato remoto para melhorar as práticas parentais (Lotto et al., 2021b). No entanto, verificou-se uma dificuldade de atingir mães de níveis socioeconômicos mais baixos por conta das questões de disponibilidade dos recursos tecnológicos.

O workshop de formação de facilitadores do Programa ACT, desenvolvido pela Associação de Psicologia Americana, era originalmente realizado em dois dias no formato presencial, totalizando 16 horas. Durante a pandemia as Master Trainers M. B.M. Linhares e E.R.P. Altafim realizaram adaptações para o formato online no Brasil, em que a formação foi dividida em quatro encontros de quatro horas, realizados duas vezes na semana. As formações foram realizadas na plataforma Zoom, que permite a divisão do grupo em salas simultâneas para a realização de atividades e discussões em pequenos grupos. Em todos os dias das formações pelo menos uma atividade em pequenos grupos foi realizada com o objetivo de deixar o encontro dinâmico. Os profissionais eram divididos em quatro grupos e um facilitador do programa ACT acompanhava e mediava as discussões. Em algumas atividades foi utilizado o recurso do Jamboard, quadro branco digital que permite que diferentes pessoas criem um documento com post-its, desenhos, imagens e textos. Foi solicitado que durante o Workshop os participantes permanecessem com as câmeras abertas e foram realizadas muitas atividades dinâmicas e interativas, em que os participantes eram chamados para garantir o engajamento. Para a realização do Workshop no formato remoto foi necessário ampliar a equipe de formação que era realizada por dois Master Trainers,

incluindo um técnico em informática e o apoio de quatro facilitadoras do Programa ACT, sendo duas profissionais para o apoio logístico e contato direto com os participantes antes, durante e após o workshop e duas responsáveis pela tutoria de conteúdo para acompanhar os pequenos grupos. Também foram disponibilizados diferentes canais de comunicação para dúvidas e apoio para os profissionais com uma equipe treinada e especializada na área de primeira infância e no Programa ACT. Monitoramento na seleção e adesão dos participantes. Quando os participantes tinham alguma dificuldade e/ou não compareciam, foi realizado um acompanhamento via e-mail e telefone. Após o treinamento semanalmente foram oferecidas tutorias online (Live) pelo Zoom em pequenos grupos para dúvidas relacionadas ao conteúdo do programa e execução da parte prática com as famílias. Além disso, os participantes foram inseridos em uma plataforma de ensino a distância (EAD-Guru), com informações e materiais de cada uma das sessões do Programa ACT e com Fóruns de Discussão para dúvidas e comentários sobre os encontros.

Nos anos de 2020 e 2021 em que as interações sociais presenciais foram gravemente restritas verificou-se a necessidade de inovações utilizando a tecnologia nos programas de parentalidade. Uma revisão meta-analítica recente verificou a efetividade de programas de parentalidade implementados por meio de tecnologia para melhorar a parentalidade e o comportamento da criança (Harris et al., 2020). Os resultados demonstraram a relevância do facilitador, pois se por um lado as intervenções que não incluíram contato direto com um facilitador não mostraram evidências de eficácia, por outro lado as intervenções que incorporaram contato foram significativamente mais eficazes (Harris et al., 2020). Os estudos têm demonstrado resultados comparáveis entre o treinamento presencial e por videoconferência online, assim como os programas de parentalidade com as famílias (Sanders et al., 2021). Esses achados promissores sugerem que os programas de parentalidade online podem aumentar significativamente o alcance e podem ajudar a reduzir os custos (Sanders et al., 2021).

Até o momento, os achados dos estudos que desenvolvemos mostram que, além da demonstração da eficácia e efetividade do Programa ACT nos âmbitos da pesquisa, é preciso avançar para avaliar a implementação com qualidade e fidelidade em larga escala sustentável. O desenvolvimento de intervenções eficazes precisa avançar na implementação e manutenção a longo prazo (Durlak & DuPre, 2008). Para generalizar a aplicabilidade do programa deve-se avaliar e assegurar a fidelidade à versão original

desenhada pelos desenvolvedores. De acordo com Keating (2020) e O'Donnell (2008), a aderência ao desenho e protocolos dos programas é um elemento-chave para a disseminação e escalabilidade de programas. Portanto, o processo de adaptação deve ser avaliado e documentado para assegurar a fidelidade à proposta do programa original. Adicionalmente, o cuidado dispensado ao treino e supervisão dos facilitadores dos programas de intervenção é um aspeto central para garantir a fidelidade da implementação.

Conclui-se que os programa de parentalidade positiva e prevenção de violência contra crianças são estratégias efetivas principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. O Programa ACT Para Educar Crianças em Ambientes Seguros possui um histórico no Brasil com pesquisas demonstrando eficácia e efetividade para melhorar as práticas parentais e diminuir problemas de comportamento nas crianças em diferentes contextos tais como da Saúde e Educação. Além disso, verificou-se a viabilidade da implementação do programa ACT como uma política pública sustentável. As adaptações realizadas no programa ACT durante o contexto da pandemia COVID-19 garantindo a manutenção das pesquisas e formações e trouxeram novas possibilidades de incorporação das tecnologias remotas para auxiliar na aplicação generalizada do programa ACT. No momento atual, estamos avançando para o desenvolvimento de pesquisa implementada em um contexto do “mundo real”, com uma abordagem sistêmica envolvendo *researchers, providers, stakeholders e policymakers*. Os avanços das pesquisas permitiram que o grupo de pesquisas iniciasse a aplicação do programa ACT como uma tecnologia social implementada de forma sustentável em um sistema público, com facilitadores do sistema e não pesquisadores, assegurando o monitoramento e avaliação das diferentes etapas deste processo para garantir qualidade e fidelidade à proposta original do programa.

Referências bibliográficas

- Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2016). Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psychosocial Intervention, 25*(1), 27-38. [doi:10.1016/j.psi.2015.10.003](https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.10.003)

- Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2019a). Preventive intervention for strengthening effective parenting practices: A randomized controlled trial. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *62*, 160-172.
- Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2019b). A Ciência Aplicada a Políticas Públicas: Um Caminho de Aprendizados para o Fortalecimento das Famílias. In Prefeitura de Pelotas (Org.), *ACT Pelotas Política Pública: Relatos de Experiências* (1ª ed.). Prefeitura de Pelotas.
- Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2020). Intervenção preventiva em práticas parentais utilizando o Programa ACT Para Educar Crianças em Ambientes Seguros. In S. R. F. Enumo, T. L. Dias, & F. P. Ramos (Org.), *Intervenções psicológicas para promoção do desenvolvimento e saúde na infância e adolescência* (pp. 325-346). Appris Editora.
- Altafim, E. R. P., McCoy, D. C., & Linhares, M. B. M. (2021). Unpacking the Impacts of a Universal Parenting Program on Child Behavior. *Child Development*, *92*(2), 626-637.
- Altafim, E. R. P., de Oliveira, R. C., & Linhares, M. B. M. (2021). Maternal History of Childhood Violence in the Context of a Parenting Program. *Journal of Child and Family Studies*, *30*(1), 230-242.
- Altafim, E. R. P., Pedro, M. E. A., & Linhares, M. B. M. (2016). Effectiveness of ACT raising safe kids parenting program in a developing country. *Children and youth services review*, *70*, 315-323.
- Belotti, F., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2019). Feasibility study of a preventive parenting program with mothers of children born preterm. *Children and Youth Services Review*, 104526.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D., Fink, G., Shawar, Y., Shiffman, J., Devercelli, A., Wodon, Q., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, *389*(10064), 77-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).
- Branco, M. S. S., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2021). Universal intervention to strengthen parenting and prevent child maltreatment: updated systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380211013131.
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (2020). *ACT raising safe*

kids. <http://www.cebc4cw.org/program/act-raising-safe-kids/>

- Cuartas, J., McCoy, D. C., Rey-Guerra, C., Britto, P. R., Beatriz, E., & Salhi, C. (2019). Early childhood exposure to non-violent discipline and physical and psychological aggression in low-and middle-income countries: National, regional, and global prevalence estimates. *Child Abuse & Neglect*, 92, 93–105. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.021>
- Cuartas, J., Weissman, D. G., Sheridan, M., & Lengua, L. J. (2021) Corporal punishment and elevantes neural responses to threat in children. *Child Development*, 92(3), 821-832. [doi:10.1111/cdev.13565](https://doi.org/10.1111/cdev.13565)
- Durlak, J. A. & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. (2021) Primeiríssima Infância – Interações na Pandemia: Comportamentos de pais e cuidadores de crianças de 0 a 3 anos em tempos de Covid-19. <http://www.fmcsv.org.br>
- Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2016). Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta- analyses. *Journal of Family Psychology*, 30, 453–469. <https://doi.org/10.1037/fam0000191>
- Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children. (2021). *States which have prohibited all corporal punishment*. <http://endcorporalpunishment.org/wp-content/uploads/legality-tables/Global-progress-table-commitment.pdf>
- Hardcastle, K. A., Bellis, M. A., Hughes, K., & Sethi, D. (2015). *Implementing child maltreatment prevention programmes: What the experts say*. World Health Organization. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/289602/Maltreatment_web.pdf?ua=1
- Harris, M., Andrews, K., Gonzalez, A., Prime, H., & Atkinson, L. (2020). Technology-assisted parenting interventions for families experiencing social disadvantage: A meta-analysis. *Prevention Science*, 21, 714-727.
- Keating, B. (2020). *Fidelity Monitoring Tip Sheet*. Office of Population Affairs, Office of the Assistant Secretary for Health, U.S. Department of Health and Human Services.

- Knox, M., Burkhart, K., & Cromly, A. (2013). Supporting positive parenting in community health centers: The ACT Raising Safe Kids Program. *Journal of Community Psychology, 41*(4), 395-407. doi:10.1002/jcop.21543
- Leckman, J. F., & Britto, P. R. (2018). Steps toward peace and violence prevention across generations: the potential of early child development in the context of the 2030 sustainable development goals. *New directions for child and adolescent development, 2018*(159), 5-12.
- Lei nº. 13.010, de 26 de junho de 2014. (2014, 27 de junho). Altera a Lei No. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei No. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União, seção 1*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm
- Lei nº. 13.257, de 8 de março de 2016. (2016, 9 de março). Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. *Diário Oficial da União, seção 1*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm
- Leithold, E., Altafim, E. P., & Linhares, M. B. M. (2020). *Práticas educativas maternas no contexto do Programa ACT-Para Educar Crianças em Ambientes Seguros* [Monografia de Conclusão do Programa Optativo de Bacharelado em Psicologia não publicada]. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP.
- Lotto, C. R., Altafim, R. P., & Linhares, M. B. M. (2021a). Maternal history of childhood adversities and later negative parenting: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 1-22* doi: 10.1177/15248380211036076
- Lotto, C. R., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2021b). Feasibility and acceptability study of the online ACT-Raising Safe Kids Program. Manuscript submitted for publication.
- Martins, R. C., Machado, A. K. F., Shenderovich, Y., Soares, T. B., da Cruz, S. H., Altafim, E. R. P., ... & Murray, J. (2020). Parental attendance in two early-

- childhood training programmes to improve nurturing care: A randomized controlled trial. *Children and youth services review*, *118*, 105418.
- Murray, J., Santos, I. S., Bertoldi, A. D., Murray, L., Arteche, A., Tovo-Rodrigues, L., ... & Soares, T. B. (2019). The effects of two early parenting interventions on child aggression and risk for violence in Brazil (The PIÁ Trial): protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *20*(1), 253.
- National Center for Parent, Family and Community Engagement. (2015). *Compendium of parenting interventions*. National Center on Parent, Family, and Community Engagement, Office of Head Start, U.S. Department of Health & Human Services. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/tta-system/family/docs/compendium-of-parenting.pdf>
- National Institute of Justice. (2015). *Program profile: Adults and Children Together (ACT) Raising Safe Kids Program*. <https://www.crimesolutions.gov/ProgramDetails.aspx?ID=311>
- O'Donnell, C. L. (2008) Defining, conceptualizing, and measuring fidelity of implementation and its relationship to outcomes in K–12 Curriculum intervention. *Review of Educational Research*, *78*(1), 33-84.
- Parra-Cardona, R., Leijten, P., Lachman, J. M., Mejía, A., Baumann, A. A., Amador Buenabad, N. G., ... & Domenech Rodríguez, M. M. (2021). Strengthening a culture of prevention in low-and middle-income countries: Balancing scientific expectations and contextual realities. *Prevention Science*, *22*(1), 7-17.
- Pedro, M. E. A., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2017). ACT Raising Safe Kids Program to promote positive maternal parenting practices in different socioeconomic contexts. *Psychosocial Intervention*, *26*, 63-72. doi: 10.1016/j.psi.2016.10.003.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental psychology*, *53*(5), 873.
- Portwood, S. G., Lambert, R. G., Abrams, L. P., & Nelson, E. B. (2011). An evaluation of the Adults and Children Together (ACT) Against Violence Parents Raising Safe Kids program. *Journal of Primary Prevention*, *32*(3-4), 147-160. doi:10.1007/s10935-011-0249-5

- Prefeitura de Pelotas (2019). *ACT Pelotas política pública: relatos de experiências*. Prefeitura.
- Sanders, M. R., Divan, G., Singhal, M., Turner, K. M., Velleman, R., Michelson, D., & Patel, V. (2021). Scaling up parenting interventions is critical for attaining the Sustainable Development Goals. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12.
- Silva, J. (2011). *Programa ACT para Educar Crianças em Ambientes Seguros, Manual do Facilitador e Guia de Avaliação*. American Psychological Association.
- Soares, T.J.B. (2019). *Políticas públicas e prevenção da violência no desenvolvimento infantil baseada em evidências: uma análise da implementação dos programas ACT e Conte Comigo na cidade de Pelotas, RS* (Dissertação de Mestrado. Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
- UNICEF. (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. UNICEF.
- UNICEF. (2017). *A familiar face: Violence in the lives of children and adolescents*. Author.
- UN General Assembly. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. Author.
- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da violência: Criança e adolescentes do Brasil*. Flacso Brasil. https://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012_crianca.php
- Williams, L. C., Gama, V. D., Oliveira, R. P., & D’Affonseca, S. M. (2021). Some challenges in child abuse prevention in a middle income country: the Brazilian perspective. *Child Abuse & Neglect*, 119, 104720.
- World Health Organization. (2009). *Violence prevention: The evidence—preventing violence through the development of safe, stable and nurturing relationships between children and their parents and caregivers* (Series of briefings on violence prevention: The evidence). World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597821_eng.pdf
- World Health Organization. (2014). *Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020*. WHO.
- World Vision International, & IPSOS Reid. (2017). *Violência contra crianças e adolescentes. Percepções Públicas no Brasil. Relatório 2017 - Resultados do Brasil*.

O Papel da Escola em Tempo de Pandemia – Boas Práticas do Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique

João Caiado¹

¹ Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique de Viseu, Portugal

Nestes tempos de pandemia em que temos vivido, foram colocados às escolas novos desafios no acompanhamento do desenvolvimento educativo dos nossos alunos, mas também no apoio às suas famílias. Têm sido tempos de incerteza, onde o mais importante tem sido o apoio aos que mais precisam e o estabelecimento de redes que tentem incluir todos, não deixando ninguém para trás. Com este objetivo o Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique desenvolveu esforços no sentido de chegar a todos, recorrendo, em cada caso, aos meios considerados mais adequados. Este processo implicou trabalho exaustivo e a mobilização de toda a comunidade.

O Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique é constituído por duas escolas dos 2.º e 3.º ciclos, a Infante D. Henrique e a D. Luís de Loureiro, onze escolas do 1.º ciclo e dez jardins de infância. A população é heterogénea e diversificada e abrange zonas rurais do concelho de Viseu, nomeadamente as freguesias de Silgueiros, S. João de Lourosa, Fail/Vila Chã de Sá, locais desfavorecidos, cujos habitantes apresentam um nível socioeconómico baixo e onde se destaca, também, a existência de um elevado número de indivíduos de etnia cigana. A área abrangente do Agrupamento contempla, ainda, uma zona urbana, constituída pelas freguesias de Ranhados e Repeses/S. Salvador. Nesta última, é de destacar o Bairro de Paradinha, cuja população é quase exclusivamente composta por indivíduos de etnia cigana. No total, o Agrupamento contempla 1879 alunos, dos quais 190 são de etnia cigana.

Ao longo da pandemia foi levada a cabo uma importante intervenção junto dos alunos de risco, com o objetivo de lhes proporcionar as melhores condições no processo de ensino e aprendizagem, facultando-lhes as ferramentas necessárias ao seu sucesso educativo. Esta intervenção foi efetuada junto de alunos em quarentena profilática - antes do confinamento, aos alunos com necessidades educativas, aos alunos doentes de risco com Plano de Desenvolvimento, aos alunos filhos de profissionais de primeira linha, e aos alunos sem ligação à internet / sem meios tecnológicos e sem condições

socioeconómicas.

Em todo este processo, foram implicadas diversas estruturas de apoio, nomeadamente os Diretores de Turma / Conselhos de Turma, a Educação Especial, a Equipa Multidisciplinar, os Serviços de Psicologia, as mediadoras e as Bibliotecas Escolares.

Como ações prioritárias há a destacar a distribuição de 290 tablets aos alunos do 1.º ciclo e 68 aos alunos do 3.º ciclo. Em 19 turmas houve a necessidade de recorrer a professores mentores para um acompanhamento mais próximo aos alunos sem recursos. As mediadoras prestaram apoio direto em 11 turmas. No 1.º ciclo, 27 alunos estiveram em ensino presencial, no período de confinamento, e 25 frequentaram a escola de acolhimento; nos 2.º e 3.º ciclos, estiveram em ensino presencial 36 alunos. Ainda no período de confinamento e em termos de ajuda social, foram atribuídos, quinzenalmente, cabazes alimentares a 130 alunos.

No decorrer do processo verificaram-se alguns constrangimentos, nomeadamente a nível tecnológico, verificando-se a existência de alunos sem rede wireless e sem meios tecnológicos, alunos com rede wireless, mas sem meios tecnológicos, famílias numerosas com apenas um dispositivo.

A nível familiar, os constrangimentos estão relacionados com os pais com empregos essenciais, mas sem suporte familiar de retaguarda, tendo os alunos de frequentar a escola de acolhimento e alunos que não dispunham de meios tecnológicos, mas a quem os pais não autorizaram a frequência do ensino presencial.

O papel do Diretor de turma revelou-se ainda de maior importância no apoio aos alunos em quarentena, na identificação dos alunos sem meios, nos contactos estabelecidos com os encarregados de educação, na monitorização de ações no conselho de turma, na articulação com os professores mentores, com as mediadoras, SPO e Educação Especial, na supervisão dos materiais enviados aos alunos e na elaboração dos planos de desenvolvimento. Os Diretores de Turma procederam, também, à entrega de tablets aos alunos, à reorganização dos horários, à atribuição de professores mentores, ao envio de materiais em suporte papel, ao contacto com instituições, à promoção das mentorias, à produção de recursos digitais, à implementação do trabalho interdisciplinar, tendo-se verificado, ainda, uma maior interação e proximidade com os encarregados de educação.

Os Conselhos de Turma reuniram com frequência semanal, tendo em vista a articulação curricular e a definição das estratégias mais adequadas em cada momento.

Foram mobilizadas ferramentas de comunicação, nomeadamente o *Teams* e outras ferramentas do *Office 365*, tendo havido necessidade de facultar formação aos docentes no uso de RED e de proceder a alterações e à adoção de novas metodologias de ensino, dando-se primazia ao trabalho de projeto, a metodologias ativas e incentivando-se mais o trabalho colaborativo e em rede. O Departamento de Educação Especial deu continuidade às atividades de apoio, concretamente em sala de aula aos alunos em regime presencial, apoio individualizado online, assessoria aos docentes nas aulas online – criação de salas para apoio em pequenos grupos, elaboração e distribuição de materiais em suporte papel, contactos com as entidades prestadoras de serviços (terapias), função de professores tutores/mentores nos conselhos de turma e cumprimento/supervisão dos PEI/RTP/PIT.O CRI deu continuidade ao apoio presencial.

A Equipa Multidisciplinar monitorizou as necessidades dos alunos, o acompanhamento dos alunos e das famílias, deu continuidade à implementação e identificação de medidas, articulou com os diversos serviços da e na comunidade e com os conselhos de turma e a educação especial.

As Bibliotecas Escolares procederam à curadoria de conteúdos de interesse para o currículo, à partilha de recursos educativos que cruzam as artes, a cultura e as disciplinas, promoveu a formação online para docentes, a leitura na sala de aula e leitura recreativa, o apoio/mentoria aos alunos em regime presencial, dinamizou um blogue com atividades culturais, concursos e desafios semanais e procedeu à partilha de bibliotecas digitais de acesso livre.

As mediadoras intervieram junto da comunidade de etnia cigana, através do contacto direto/presencial junto dos alunos e das famílias. Articularam com os conselhos de turma, educação especial e SPO, estabeleceram a mediação junto das instituições de apoio em algumas freguesias, tendo também efetuado a distribuição e recolha dos recursos enviados aos alunos.

Os Serviços de Psicologia e Orientação levaram a cabo atividades de promoção do bem-estar/estar bem no seio da comunidade, manutenção das consultas e avaliações de forma presencial, contactos online regulares com os alunos acompanhados pelo SPO. Disponibilizaram recursos de autoajuda, entretenimento e de lazer no blogue e estabeleceram contacto regular e apoio aos docentes, famílias e restante comunidade escolar.

O Agrupamento mobilizou todos os meios e recursos ao seu dispor, no sentido

de dar a resposta ajustada a todos os alunos, e em particular àqueles que, pelas suas características e ambiente familiar / socioeconómico, mais carecem de ajuda.

2. TEMAS TRANSVERSAIS DE INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO E PERIGO

Crianças e adolescentes em acolhimento residencial: a importância do autoconceito

Ana Sobral¹, Sara Felizardo^{2,3} e José Sargento^{2,3}

¹ Centro Social e Cultural de Orgens

² Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

³ CI&DEI - Centro de Estudos em Educação e Inovação, IPV, Portugal

Resumo: Os percursos de vida de crianças e adolescentes em acolhimento residencial, muito marcados por experiências de maus-tratos, parecem repercutir-se no desenvolvimento do autoconceito, marcador muito relevante do desenvolvimento e do bem-estar de crianças e adolescentes. Pretende-se, neste estudo, explorar o autoconceito de crianças e adolescentes em acolhimento residencial, bem como a existência de diferenças no autoconceito em função do género, da idade e do tempo de acolhimento. Participaram no estudo 82 crianças e adolescentes em acolhimento residencial, tendo sido utilizados os seguintes instrumentos: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS) e um questionário sociodemográfico. As crianças e adolescentes em acolhimento residencial parecem perceber-se de forma pouco positiva, com diferenças significativas entre os participantes do sexo masculino e feminino. Crianças e jovens acolhidos, face aos desafios do acolhimento, mas principalmente à história de maus-tratos que até ele os conduziu – parecem tender a perceber-se de forma mais negativa, sendo essa percepção especialmente saliente nas participantes do sexo feminino.

Palavras-chave: Autoconceito, Acolhimento Residencial, Maus-tratos.

Introdução

A família é um sistema natural fundamental no desenvolvimento da criança, nas suas várias dimensões – socio-afetiva, cognitiva, moral, psicomotora, etc. (Alarcão, 2006; Batista, 2001; Delgado, 2006). Neste contexto, o acolhimento residencial de crianças e jovens não poderá ser equacionado senão como uma resposta de último recurso, uma espécie de mal menor (Sá et al., 2008), em que a separação da criança face ao seu contexto familiar, social e escolar ocorre como única forma de a proteger dos maus-tratos a que é exposta.

Se, com Bowlby (1982), tomarmos a construção de relações seguras como um eixo fundamental do desenvolvimento da criança, não haverá muito como perspetivar o

ingresso de uma criança numa casa de acolhimento residencial à margem de um sofrimento muito intenso – quer pelos maus-tratos sofridos, de tal forma graves que justificam o acolhimento, quer pela separação do contexto familiar (Ferreira, 2013; Sargento, 2016; Sobral, 2016).

As crianças e jovens em acolhimento residencial, com história dos mais variados tipos de abandono, negligência e maus-tratos cresceram, as mais das vezes, em núcleos familiares desagregados, com dinâmicas patológicas, muito marcadas pelo abandono, pela violência e pelo desamparo (Sobral, 2016). Não obstante, o processo de acolhimento é, quase sempre, muito doloroso para a criança, que poderá, neste contexto, tender a idealizar a relação com os pais, anterior ao acolhimento (Mota & Matos, 2008).

O impacto do ingresso numa casa de acolhimento residencial tenderá a ser, de acordo com Bronfenbrenner (1996), tanto maior quanto menor for a idade da criança acolhida. E, não obstante, implicar quase sempre sofrimento e as dificuldades inerentes a uma separação e à adaptação a um novo meio, é fundamental que a criança encontre na casa de acolhimento afeto, contenção física e emocional e autoridade protetora e acolhedora (Delgado, 2006; Sobral, 2016).

O autoconceito e o acolhimento residencial

O autoconceito diz respeito à forma como o sujeito se percebe a si próprio: às suas competências, fragilidades, sistema de valores, etc. É um constructo multidimensional que influencia, em larga medida, a relação do sujeito consigo próprio, com o outro e com o mundo (Carapeta et al., 2001; Veiga, 1995). Neste sentido, Veiga (2006, 2012), na sequência dos trabalhos de adaptação da *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (Piers & Harris, 1964) sustenta que o autoconceito, para além de poder ser considerado do ponto de vista global, pode ser perspectivado como integrando as seguintes dimensões: comportamental, estatuto intelectual e escolar, aparência e atributos físicos, ansiedade, popularidade, satisfação e felicidade.

O autoconceito constrói-se a partir da interação com o outro, resultando, em boa medida, da interiorização da percepção que o sujeito faz da avaliação do outro significativo (Cole et al., 2001; Sim-Sim & Lima, 2004), não sendo, neste contexto, difícil de imaginar que as crianças com histórias de vida de tal forma marcadas pelos maus-tratos que o acolhimento residencial se afigura como uma espécie de mal menor, poderão ter, em várias dimensões, uma percepção negativa de si próprias (Louro, 2013;

Pasion & Jacquenin, 1999; Turner et al., 2017). Neste sentido, a investigação tem assinalado que as crianças em acolhimento institucional tendem a ter um autoconceito mais pobre, quando comparadas com as crianças integradas no seu núcleo familiar (Pasion & Jacquemin, 1999; Zortea et al., 2008)

A literatura tem dado conta de uma relação negativa entre o autoconceito e a psicopatologia: quanto mais positivo o autoconceito, menores parecem ser os índices de psicopatologia, sendo que esta relação parece manter-se nas crianças e adolescentes com história de maus-tratos (Gewirtz-Meydan, 2020), podendo, neste contexto, o autoconceito afigurar-se como uma importante variável moderadora entre o stresse e a depressão na criança (Janureguizar et al., 2018). Na mesma linha, Purkey e Stanley (2001) sustentam que dificuldades no que concerne ao autoconceito podem fragilizar os estados psicológico, biológico e social do ser humano, deixando-o mais suscetível a problemáticas relacionadas com o abuso de substâncias, perturbações alimentares ou dificuldades na interação social.

A investigação tem assinalado que o autoconceito tende a ter flutuações à medida que se vão colocando diferentes desafios desenvolvimentais. Assim, tenderia, na infância, a ser mais positivo. À medida que se aproxima a adolescência, com o ajustamento das representações de si próprio, (que tendem a tornar-se mais realistas) por um lado, e com as profundas transformações corporais por outro, o autoconceito tende a ser menos positivo, voltando a ser impulsionado no final da adolescência/início da adultez (Brown & Carney, 2020; Harter, 1999; Milani & Loureiro, 2009; Veiga, 1990).

A literatura tem, ainda, assinalado flutuações no autoconceito em função do sexo, especialmente na dimensão relativa à aparência física, entre os adolescentes. Neste contexto, os adolescentes do sexo masculino tenderiam a perceber a sua aparência corporal como mais positiva do que as adolescentes do sexo feminino (Harter, 2006).

O presente estudo tem como propósito:

- i) Analisar o autoconceito de crianças e adolescentes em acolhimento residencial;
- ii) Aferir a existência de diferenças no autoconceito em função do sexo, da idade e do tempo de acolhimento.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza quantitativa.

Participantes

A amostra é de conveniência, sendo que a seleção dos participantes foi efetuada através de uma amostragem não probabilística.

Integraram o estudo 82 crianças e adolescentes em acolhimento residencial, com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos, de ambos os sexos (masculino 52.4%, n=43; feminino 47.6%, n= 39), com uma média de idades de 12.56 anos (DP=2.70). Foram consideradas duas categorias etárias: *i*) crianças de idades dos 8 aos 12 (27 do sexo masculino e 16 do feminino); *ii*) crianças dos 13 aos 17 anos (14 do sexo masculino e 25 do feminino). Cada grupo representa 50% (n=41) da amostra. A tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes no estudo.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica dos Participantes no Estudo

Variáveis sociodemográficas	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Sexo		
masculino	43	52.4
feminino	39	47.6
total	82	100.0
Idade		
8 aos 12 anos	41	50.0
13 aos 17 anos	41	50.0
total	82	100.0
Tempo de acolhimento		
3 a 6 meses	7	8.5
6 a 12 meses	4	4.9
1 ano	25	30.5
2 anos ou mais	46	56.1
Motivos do acolhimento		
Abandono	11	13.4
Negligência	34	42.7
Absentismo/abandono escolar	6	7.3
Maus tratos	16	19.5
Abuso sexual	10	12.2
Trabalho infantil	1	1.2
Outros (prisão)	3	3.7
Adaptação		
Fácil	33	40.2
Um pouco fácil	24	29.3
Difícil	25	30.5
Contacto com familiares		
Sim	63	76.8
Não	19	23.2

Relativamente ao tempo de acolhimento, verifica-se uma menor percentagem nas crianças institucionalizadas entre 3 a 6 meses (8.5%, n=7) e entre 6 a 12 meses (4.9%, n= 4) e uma maior percentagem nas crianças institucionalizadas há um ano (30.5%, n=25) e há dois ou mais anos (56.1%, n=46). Os motivos mais frequentes foram a negligência (42.7%, n=34), maus-tratos físicos e psicológicos (19.5%, n=16), abandono parental (13.4% n=11) e abuso sexual (12.2%. n=10).

Instrumentos

Para a operacionalização do estudo, utilizaram-se os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- Questionário sociodemográfico construído para o efeito.
- *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (PHCSCS), versão portuguesa (Veiga, 2006). Esta escala é constituída pelas dimensões: aspeto comportamental; estatuto intelectual e escolar; aparência e atributos físicos; ansiedade; popularidade; satisfação; felicidade.

Procedimento estatístico

Para avaliar as diferenças em função do sexo e do grupo etário recorreu-se ao teste t sempre que estavam assegurados os pressupostos para a utilização de testes paramétricos, e ao teste *U* de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis para as variáveis em que não foi possível assegurar estes pressupostos. Utilizou-se, para o efeito, o software IBM SPSS Statistic 25 (Statistical Package for the Social Sciences).

Resultados

O autoconceito em crianças e adolescentes em acolhimento residencial

Como é possível observar na tabela 2, as crianças e jovens em acolhimento residencial que integram este estudo tendem a apresentar níveis pobres no indicador global de autoconceito e nas várias dimensões que o compõem.

Tabela 2
Estatísticas Descritivas dos Resultados na PHCSCS

Escala PHCSCS e subescalas	Amostra do presente estudo (N=82) (em acolhimento residencial)			
	M		DP	
	M	F	M	F
Comportamento	19.69	19.28	5.03	5.36
Estatuto Intelectual	21.65	19.25	4.53	5.32
Aparência física	24.07	19.79	5.38	5.97
Ansiedade	21.00	15.33	4.23	5.21
Popularidade	25.06	20.87	4.16	5.22
Felicidade	23.93	19.12	5.55	7.25
Autoconceito Global	135.4	113.6	19.01	23.16

Ainda que, naturalmente, não possam ser retiradas ilações inferenciais dadas as limitações metodológicas da comparação, as crianças e adolescentes acolhidos tendem a apresentar níveis mais pobres de autoconceito (quer considerado o índice global, quer nas várias dimensões que o compõem), quando comparadas com a amostra de crianças a frequentar o 3º ciclo, apresentada por Veiga e Domingues (2012): na amostra do presente estudo a média é de 135.4 ± 19.01 para os rapazes e 113.6 ± 23.16 para as raparigas, ao passo que no estudo de Veiga e Domingues (2012), a média dos rapazes é de 257.76 para o 7º ano, e de 249.20 para o 9º ano, e a das raparigas de 254.01 para o 7º ano e de 244.54 para o 9º ano. O mesmo se verifica para cada uma das dimensões do autoconceito: os participantes da amostra de crianças e adolescentes acolhidos pontuam sempre abaixo da amostra de alunos do 3º ciclo de Veiga e Domingues (2012).

O autoconceito e o sexo

No que se refere ao índice global de autoconceito, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos ($t=4.818$, $p<.001$), com os participantes do sexo masculino ($M=132.7 \pm 17.14$) a pontuarem mais alto do que as participantes do sexo feminino ($M=112.0 \pm 21.28$). Do mesmo modo, os rapazes tendem a pontuar mais alto nas dimensões Aparência Física ($U= 485.00$, $p=.001$), Ansiedade ($t=5.347$, $p<.001$), Popularidade ($U= 444.500$, $p<.001$), Felicidade ($U= 490.00$, $p=.001$) e Estatuto Intelectual ($t=2.167$, $p=.033$), apresentando uma média mais elevada ($M=21,65 \pm 4.53$).

No que concerne à dimensão relativa ao Comportamento, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t=0.361$, $p=.719$).

O autoconceito e a idade

No que diz respeito à idade, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes mais novos (8 aos 12 anos) e o grupo de participantes mais velhos (13 aos 17 anos), quer no que diz respeito ao indicador global de autoconceito ($U=634.500$, $p=.056$), quer às dimensões comportamento ($t=.2$, $p=.718$), ansiedade ($t=1.480$, $p=.143$), popularidade ($U=771.500$, $p=.521$), felicidade ($U= 648.00$, $p=.074$) e do estatuto intelectual ($t=.087$, $p=.931$). Já no que se refere à dimensão relativa à aparência física, o grupo dos mais novos (8 aos 12 anos) tende a apresentar pontuações mais elevadas do que o grupo dos mais velhos (13 aos 17 anos) ($U= 610.500$, $p=.032$).

O autoconceito e o tempo de acolhimento

Os resultados indicam que não há diferenças entre os diversos grupos com mais e menos tempo de acolhimento (3 a 6 meses, 6 a 12 meses, 1 a 2 anos, mais de anos), no que se refere ao indicador global de autoconceito ($K = 6.521$, $p = .259$), assim como às diversas dimensões que o compõem.

Discussão e conclusões

As crianças e jovens em acolhimento residencial participantes deste estudo tendem a apresentar indicadores pobres quer no que concerne ao autoconceito global, quer no que se refere às dimensões que o compõem (comportamento; estatuto intelectual; aparência física; ansiedade; popularidade; felicidade e autoconceito), pontuando sempre abaixo da amostra de alunos do 3º ciclo, apresentada por Veiga e Domingues (2012). Estes resultados vão ao encontro do que tem sido reportado pela literatura, quer em relação às crianças acolhidas (Pasian & Jacquemin, 1999; Zortea et al., 2008), quer em relação às crianças com história de maus-tratos (Turner et al., 2017), afigurando-se o autoconceito como um indicador desenvolvimental relevante no que se refere às crianças e adolescentes em acolhimento residencial.

O tempo de acolhimento não parece representar, neste estudo, um impacto significativo sobre o autoconceito das crianças e adolescentes acolhidos, uma vez que não se verificam diferenças entre os grupos acolhidos há mais e menos tempo. Dias et

al. (2018) sugerem, neste contexto, que as estratégias de promoção de um autoconceito saudável serão fundamentais na mitigação das consequências dos maus-tratos infantis de que estas crianças e adolescentes terão sido vítimas.

Os resultados dão conta, ainda, do facto dos participantes do sexo masculino apresentarem níveis mais elevados de autoconceito global, assim como nas dimensões relativas à aparência física, popularidade, felicidade e estatuto intelectual. A literatura tem relevado, sobretudo, as diferenças no que concerne à aparência física, com os rapazes a tenderem a ter uma perceção de si mais positiva do que as raparigas (Harter, 2006).

No que concerne à idade, de forma coincidente com a literatura (Brown & Carney, 2020; Harter, 1999; Milani & Loureiro, 2009; Veiga, 1990) as crianças do estudo tendem a perceberem-se com melhor aparência física do que os adolescentes. Para tal poderão contribuir decisivamente as transformações corporais e a necessidade da integração de uma nova imagem corporal, que caracteriza a adolescência.

O presente estudo apresenta diversas limitações metodológicas – da técnica de amostragem à ausência de um grupo de controlo que permitisse comparar crianças acolhidas *versus* crianças não acolhidas, por exemplo - que obrigam a que os resultados sejam interpretados com cautela. Ainda assim, poder-se-á dizer que as crianças e jovens acolhidos, face aos desafios do acolhimento, mas principalmente à história de maus-tratos que até ele os conduziu – parecem tender a perceberem-se de forma mais negativa, sendo essa perceção especialmente saliente nas participantes do sexo feminino.

Tomando os indicadores tendencialmente baixos de autoconceito como um sinal de alarme, deste estudo parecem resultar diversas pistas para investigações futuras, que possam incluir variáveis como a vinculação e a resiliência, e aclarar a diferença entre as crianças do sexo masculino e feminino.

Referências bibliográficas

- Alarcão, M. (2006). *Desequilíbrios familiares*. Quarteto Editora.
- Batista, I. G. (2001). Família e Intervenção Social. In L. F. Silva (Ed.), *Ação Social na área da família* (pp. 41 - 51). Lisboa: Universidade Aberta.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment*. (2ª ed., vol. 1). Basic Books.

- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano*. Artes Médicas.
- Brown, D., & Cairney, J. (2020) The synergistic effect of poor motor coordination, gender and age on self-concept in children: A longitudinal analysis, *Research in Developmental Disabilities*, 98, 103576, <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103576>
- Carapeta, C., Ramires, A. C., & Viana, M. F. (2001). Auto-conceito e participação desportiva. *Análise Psicológica*, 1(19), 51-58.
- Cole, D., Maxwell, S., Martin, J., Peeke, L., Seroczynski, A., Tram, J., & et. al. (2001). The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: A cohort sequential longitudinal design. *Child development*, 72, 1723-1746.
- Delgado, P. (2006). A Soberania Individual: em busca da responsabilidade perdida. In P. Delgado (Ed.), *Os Direitos da Criança da Participação à Responsabilidade. O Sistema de Proteção e Educação das Crianças e Jovens* (pp. 27 - 78). Editora Profedições, Lda.
- Dias, A., Mooren, T., & Kleber, R. J. (2018). Public health actions to mitigate long-term consequences of child maltreatment. *J Public Health Policy*. 39(3), 294-303. doi: 10.1057/s41271-018-0129-9. PMID: 29795522.
- Ferreira, C. (2013). *Direitos das Crianças Institucionalizadas: Um Estudo de Caso num Centro de Acolhimento Temporário* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2773>
- Gewirtz-Meydan, A. (2020). The relationship between child sexual abuse, self-concept and psychopathology: The moderating role of social support and perceived parental quality, *Children and Youth Services Review*, 113, 104938, <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104938>
- Harter, S. (1999). *The construction of the self*. The Guilford Press.
- Harter, S. (2006). The self. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (pp. 505-570). John Wiley & Sons.
- Jaureguizar, J., Garaigordobil, M., & Bernaras, E. (2018). Self-concept, Social Skills, and Resilience as Moderators of the Relationship Between Stress and Childhood

- Depression. *School Mental Health*, 10, 488–499 <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9268-1>
- Louro, R. (2013). *Vinculação e autoconceito em crianças em idade escolar: Meio familiar vs. Institucionalização* [Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. <https://recil.ensinolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/4902/1/Dissertação%20Mestrado%20Rita%20Louro.pdf>
- Milani, R. G., & Loureiro, S. R. (2009). Crianças em risco psicossocial associado à violência doméstica: o desempenho escolar e o autoconceito como condições de proteção. *Estudos de Psicologia*, 14, 191-198. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300002>
- Mota, C., & Matos, P. (2008). Adolescência e Institucionalização numa Perspectiva de Vinculação. *Psicologia e Sociedade*, 20(3), 367-377.
- Pasian, S. R., & Jacquemin, A. (1999). O auto-retrato em crianças institucionalizadas. *Paidéia*, 9(17), 50 - 60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X1999000200006>
- Piers, E. V. & Harris, D. (1964). Age and others correlates of self-concept in children. *Journal of Education Psychology*, 55(2), 91-95.
- Purkey, W. W., & Stanley, P. H. (2001). The Self in Psychotherapy. In D. J. Cain, & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: handbook of research and practice* (pp. 473 - 498). American Psychological Association.
- Sá, E., Silva, R., Matela, S., & Abrantes, A. (2008). A Criança e o Perigo: Clarificação, Consequência e Intervenção. In E. Sá (Coord.), *Abandono e Adopção* (1ª ed., pp. 179-191). Almedina.
- Sargento, J. (2016). Criança institucionalizada: das consequências dos maus-tratos à intervenção. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 40, 53-59.
- Sobral, A. (2016). *Vinculação e Autoconceito em Crianças e Jovens Institucionalizados* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório do Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4496>

- Sim-Sim, M., & Lima, M. L. (2004). O auto-conceito sexual. *Psychologica*, 35, 211-232.
- Turner, H., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2017). Effects of Poly-Victimization on Adolescent Social Support, Self-Concept, and Psychological Distress. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(5), 755-780. doi:10.1177/0886260515586376
- Veiga, F. H. (1990). *Auto-conceito e disrupção escolar dos jovens* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/6239>
- Veiga, F. H. (1995). Escala de Disrupção Escolar Inferida pelos Professores (EDEI): Construção e Validação. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIX, 1, 99-118. <http://hdl.handle.net/10451/5809>
- Veiga, F. H. (2006). Uma versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS – 2). *Psicologia e Educação*, 1(1), 39-48.
- Veiga, F. H. (2012). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Edições Fim de Século.
- Veiga, F. H., & Domingues, D. (2012). A Escala Piers-Harris Children's Self-concept scale: uma versão com respostas de um a seis. *Actas do 12º Colóquio de Psicologia e Educação*, 223-238.
- Zortea, L. E., Kreutz, C. M., & Johann, R. L. (2008). Imagem corporal em crianças institucionalizadas e em crianças não institucionalizadas. *Aletheia*, 27, 111-125.

Estudo Qualitativo sobre Bullying em Crianças: o Papel dos Observadores Face ao Bullying e Relação com Outras Vulnerabilidades

Maria José D. Martins^{1,2} e **Filipa Valente**¹

¹ Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal

² VALORIZA, Centro de Investigação para a Valorização de Recursos Endógenos, Portugal

Resumo: Este estudo visa aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno do *bullying* em crianças dos 9 aos 12 anos, que vivem em territórios rurais de baixa densidade populacional, nos contextos escolar e de lazer. A abordagem foi qualitativa com vista a apreender o conhecimento que as crianças detinham sobre o *bullying*, qual a natureza das ocorrências e qual o papel dos observadores face a este tipo de situações. Procurou-se ainda verificar qual o papel dos adultos, tal como percebido pelas crianças, na resolução destas situações, e identificar alguns fatores de risco e de proteção associados ao *bullying* escolar.

Palavras-chave: Crianças, *Bullying*, Papel dos Observadores, Vulnerabilidade.

Introdução

O *bullying* é uma forma de comportamento agressivo que pode ocorrer entre pares, que se caracteriza pela repetição e por um desequilíbrio de poder entre agressores e vítimas (Olweus & Limber, 2007; Pereira, 2008; Smith et al., 2004).

A agressão envolve a intenção de provocar dano físico ou psicológico no outro, ou na sua propriedade, mas pode ocorrer ocasionalmente assumindo a forma de uma briga pontual. De modo que nem toda a agressão é *bullying* mas todo o *bullying* envolve manifestações de agressão (Martins, 2009a; Martins & Vicente Castro, 2010). Quer o *bullying*, quer a agressão podem ser de tipo físico (e.g., bater); verbal (e.g., insultar); relacional ou indireto (e.g., excluir do grupo); ou digital (e.g., ameaçar, insultar através dos dispositivos eletrónicos como o computador ou o telemóvel) (Smith et al., 2004).

Existem muitos estudos sobre o *bullying* em contexto escolar, mas são menos os estudos sobre o *bullying* em contexto de lazer ou sobre as comparações entre as ocorrências nos dois contextos (Martins, 2009b).

O *bullying* não envolve apenas agressores e vítimas, vários estudos têm demonstrado que as crianças desempenham diferentes papéis nestas ocorrências: alguns são exclusivamente agressores e têm simultaneamente capacidade de liderar um grupo; outros são cúmplices ativos pois juntam-se ao grupo que agride e seguem os agressores líderes; outros são cúmplices passivos das ocorrências que observam, pois nada fazem para as impedir; outros são simultaneamente vítimas e agressores; alguns são auxiliares das vítimas; e finalmente algumas crianças são apenas vítimas passivas. Por tudo isto, o *bullying* é fundamentalmente um fenómeno de grupo (Martins, 2007; Martins & Pinto, 2020; Runions et al., 2018; Salmivalli et al., 1996; Salmivalli, 2014).

Vários estudos parecem indicar que os observadores/testemunhas têm um papel crucial na escalada ou na interrupção do *bullying* e podem ser mobilizados para prevenir ou descontinuar o *bullying*. De igual modo os adultos (pais e professores), com as suas atitudes e comportamentos podem constituir fatores de risco ou de proteção face ao fenómeno *bullying* (Martins, 2007; 2013; Martins & Pinto, 2020; Salmivalli, 2014; Runions, et al., 2018; Thornberg et al., 2012).

O envolvimento no *bullying*, em qualquer dos papéis tem consequências nefastas no desenvolvimento e na vida das crianças, bem como nos ambientes escolares. As vítimas e as vítimas/agressores são mais rejeitadas pelos pares, têm baixa auto-estima, insegurança, ansiedade e depressão. Os agressores, bem como as vítimas-agressoras, estão mais predispostos ao absentismo escolar, dificuldades de aprendizagem e insucesso escolar, podendo os seus comportamentos evoluir para atos de delinquência mais graves (Martins & Proença, 2019; Smith et al., 2004).

Assim, a finalidade deste estudo foi aprofundar o conhecimento sobre a ocorrência e a natureza do *bullying* em contexto escolar e de lazer. Os objetivos específicos do estudo foram os seguintes: explorar como ocupam as crianças os seus tempos de lazer; saber qual a compreensão e conhecimento que têm do fenómeno do *bullying*; verificar se já viveram experiências de *bullying*, quer no papel de vítimas, de agressoras, de vítimas agressoras ou de observadoras, em territórios rurais de baixa densidade populacional, nos contextos escolar e de lazer; identificar qual o papel dos observadores face a este tipo de situações (perceber se intervêm ou não e porquê); compreender como aconteceram e foram resolvidas as situações de *bullying* descritas; e finalmente saber como as crianças percecionam o papel dos adultos face a situações de *bullying*.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 12 crianças, 5 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos e uma média de 10,5 anos de idade. Oito crianças frequentavam o 1.º ciclo do ensino básico (3.º e 4.º anos) e quatro crianças frequentavam o 2.º ciclo do ensino básico (5.º ou 6.º anos) de escolas situadas numa aldeia do Baixo Alentejo, constituindo assim uma amostra de conveniência.

Instrumento

Foi efetuado um estudo qualitativo. Para o efeito foi elaborado um guião de uma entrevista semi-estruturada com 10 questões, que pretendiam esclarecer os aspetos explicitados nos objetivos atrás delineados (Valente, 2019).

Procedimento

A segunda autora deste estudo contactou algumas famílias de uma aldeia situada no Baixo Alentejo no sentido de autorizarem os seus filhos a participar neste estudo. Foi assim solicitado o consentimento informado dos encarregados de educação das crianças para se efetuarem as entrevistas. Foi igualmente obtido o consentimento informado de cada uma das crianças entrevistadas. Foi dada a garantia de confidencialidade relativamente aos dados obtidos através das entrevistas. O procedimento seguiu as orientações do código de ética do Instituto politécnico de Portalegre, em vigor à data desta investigação (Comissão de Ética do IPP, 2017). As respostas das crianças foram objecto de uma análise de conteúdo com vista a identificar categorias. Estas foram elaboradas com base nas respostas das crianças, nos objetivos que orientaram o trabalho e nas características do fenómeno do *bullying* identificadas pelos autores. Procurou-se que as categorias obedecessem aos princípios da exclusão mútua, homogeneidade, exaustividade, pertinência e objetividade (Amado, 2013).

Apresentação de resultados

A tabela 1 apresenta as atividades descritas pelas crianças no contexto de tempos livres, verificando-se que nesta amostra prevalecem as atividades associadas ao exercício físico tais como correr, brincar, fazer desporto, que são mencionadas por todos os participantes, logo seguidas dos jogos em contexto digital (computador, telemóvel) e/ou ver televisão. O número total de respostas é superior ao número de crianças pois muitas

mencionaram atividades que recaíram em mais de uma categoria. As respostas do sexo feminino estão assinaladas com X e as do sexo masculino com Y. Não foram descritas situações de *bullying* associadas às atividades de lazer.

Tabela 1

Ocupação dos Tempos Livres dos 12 Entrevistados

Categorias	Unidades de registo	Frequência
Tempo com a família	“(…) passeio com a minha mãe (…) brinco com a minha irmã.” “(…) faço coisas com a minha irmã.” Y “(…) jogo com o mano à bola.” Y	3 (11%)
Brincar/Correr/ Fazer desporto, vários jogos coletivos e outras atividades de expressão corporal	“(…) eu ando de patins (..)” X “Brinco, danço e corro... à apanhada, às escondidas, às mães e aos filhos.” X “Jogo à bola, brinco (..) à apanhada, às escondidas (..)” Y “Brinco, jogo à bola (..) futebol, apanhada, jogo do mata.” Y “Jogando futebol com os meus amigos (..) brincar às escondidas, apanhada, futebol” Y5 “Brinco, jogo à bola, ando de bicicleta (..) ando de bicicleta com os meus amigos” Y “Brinco, corro, salto, brinco às escondidas. às escondidas é só com amigas, mas à apanhada também... costume brincar à sardinha” X “Eu costume ocupar os meus tempos livres com as minhas amigas da turma ou então a fazer jogos como o “tubarão” ou jogar matraquilhos. (..) consta num grupo de amigos onde um deles é o tubarão, conta-se até 10 e tem de apanhar um outro menino, quando apanhar o menino é ele o tubarão e assim sucessivamente.” X “Jogo à bola, à apanhada, às escondidas. salto à corda com as raparigas e é só.” Y “Jogando à bola (..) às escondidas também” Y “Brinco, jogo à bola, ando de baloiço, brinco com as minhas amigas, ando de patins (...) brinco com os meus cães.” “Ando de skate (...) Jogo à bola, brinco às touradas, brinco às escondidas.” Y12	12 (43%)
Expressão Plástica (Trabalhos manuais) e culinária	“(…) faço massinhas (..) é uma massa que molda, que dá para secar. Seca e fica um desenho.” X (…) brinco às vezes aos cozinheiros” Y	2 (7%)
Jogos no computador ou no telemóvel/ Ver televisão	“Quando estou em casa brinco no telemóvel” X “(…) às vezes jogo playstation (..) Y “(…) jogando com os meus amigos também no computador (..) Y “(…) jogo PS4” Y “(…) Jogo no telemóvel (..)” Y “(…) vejo bonecos (...) X (Na televisão) “(…) jogando no telemóvel e ver televisão” Y	7 (25%)
Ouvir música	“(…) ouvindo música (...)” Y	1 (4%)
Total		28 (100%)

A tabela 2 apresenta os entendimentos e explicações das crianças sobre o fenómeno *bullying*. Constata-se que a maioria é capaz de definir o *bullying*, contemplando nas suas explicações duas das três características do fenómeno (agressão e desequilíbrio de poder) mas não explicitam a repetição. Apenas uma criança não soube explicar em que consistia e quatro não diferenciam ainda claramente *bullying* de agressão.

Tabela 2

Conhecimento dos 12 Entrevistados Sobre o que é o Bullying

Categorias	Unidades de registo	Frequência
Diferencia agressão de <i>bullying</i> no aspeto de salientar o desequilíbrio de poder	<p>“O <i>bullying</i> para mim é um grupo de pessoas a bater só num (...) individual também pode ser.” Y</p> <p>“Na minha opinião o <i>bullying</i> ocorre entre um ou mais agressores e um ou mais vítimas. É o agressor começar a gozar com a vítima por motivos como religião, sexo, orientação sexual, aspecto, problemas psicológicos ou condição social.” X</p> <p>“É bater, gozar...deixar de parte os amigos (...) É feito em grupo e em individual...” Y</p> <p>“É gozar com as pessoas... bater (...) É também em grupo (...) Individual também” Y</p>	4 (34%)
Não diferencia agressão de <i>bullying</i>	<p>“O <i>bullying</i> é...é bater, é aleijar as outras pessoas e também é mau o <i>bullying</i> porque pode aleijar alguma pessoa e também podem aleijar-se em algum sítio ou partir alguma coisa.” X</p> <p>“Na minha opinião o <i>bullying</i> é quando batem nas crianças e nas pessoas.” X</p> <p>“O <i>bullying</i> é gozar com as outras pessoas, com a gente e bater (...) batem-nos, chamam-nos nomes e começam a falar mal.” Y</p> <p>“<i>Bullying</i> é bater... É que batem logo... e dão pedradas e derrubam-nos, fazem agressões.” Y</p> <p>“Oh... ameaçar as pessoas. Ameaçar e bater nas outras pessoas.” Y</p> <p>“É bater, ameaçar, gozarem.” X</p> <p>“É mau ... as crianças não gostam dele porque são maltratadas. Batem-lhes na escola. Maltratam-nas.” Y</p>	7 (59%)
Não sabe explicar o que é o <i>bullying</i>	“Não sei” X	1 (4%)
Total		12 (100%)

A Tabela 3 apresenta a frequência e a natureza das ocorrências de *bullying* vividas pelas crianças. As respostas do sexo feminino aparecem associadas à letra X e as do sexo masculino à letra Y. Constata-se que uma menina viveu uma situação de vitimação na escola. Oito crianças descreveram experiências em que foram simultaneamente vítimas e agressoras ou vítimas numas situações e vítimas-agressores noutras situações e oito crianças

descreveram situações em que observaram agressões ou *bullying*, podendo ter experienciado outros papéis, uma vez que destas oito apenas duas foram exclusivamente observadoras. Nenhuma das crianças reportou ter sido apenas agressor. Os tipos de agressões descritas eram predominantemente físicos e verbais. Registrando-se apenas um relato de exclusão social.

Tabela 3

Papéis no Bullying Experimentados pelos Entrevistados

Papéis e Frequência	Descrição da ocorrência	Sentimentos Associados
Apenas vítima 1 criança	“Uma vez deu-me uma ‘porrada’ no nariz e bateu-me com uma pedra. Fiquei toda negra no olho e no nariz.” (...) “Ela do nada deu-me um murro no nariz (...) “Uma vez também tinha ido a andar de patins e ela atirou com os meus sapatos. Pegava neles e mandava-os ao chão mesmo com raiva. Foi na escola” X	“Mal... sozinha, indefesa... triste comigo mesma (...) “Olha apertada e com medo...” X
Apenas agressor 0 crianças	Sem registos	
Observador (que pode ter sido também vítima ou vítima/agressora) 8 crianças	“Eu já observei que estavam a bater-se e também se aleijaram e também iam quase partindo um joelho.” X “O que eu observei foi: eram muitos, eram três pessoas a bater só em um.” Y “Sim já observei, no meu primo por exemplo.” (...) “Eu fui lá e comecei a separá-los aos dois.” X “Vou chamar as professoras e as contínuas...” Y “Separei-os. A professora estava lá presente e disse-me para eu os separar e eu separei.” Y “Estavam dois meninos <i>garrearem</i> . Estavam a bater um no outro.” Y “Foi com o meu irmão, atiraram-lhe pedras para as costas, bateram-lhe, deram-lhe punhadas e isso (...) Fui lá separa-los e depois fui contar à minha professora.” Y “Um menino estava a bater numa menina e depois a menina virou-se a ele e depois o menino puxou-lhe os cabelos e chamou-lhe parva” X	“Eu achei mal porque não se faz isso.” X “(...) e eu achei isso mau e não deviam fazer isso.” Y “Insegura, com medo... Começo a gritar. Sinto-me mal... fico com um aperto no coração.” X “Triste, aborrecido, nervoso, choro e depois não querem brincar comigo.” Y “Triste e chorava, sentia-me mal.” Y “Triste e zangado.” Y “Mal, triste.” Y “Sentia-me triste” X
Vítimas Agressoras 8 crianças	“Um rapaz ... quando eu saí da escola, numa esquina bateu-me. Deu-me pontapés e puxou-me os cabelos (...). Quando era mais pequena sim... batia nos outros, quando era mais pequena”. X “Batem-me. Dão-me murros na cara, às vezes até me dão pontapés na cabeça (...). Sim já bati, mas nunca gozei com eles.” Y “Oh foi na escola... chegou lá um rapaz chamou-me ‘testas’ e depois já estava ‘marafado’ dei-lhe com a régua na cabeça. Depois chamou ‘deficiente’ ao meu irmão. Cheguei lá levantei-me da cadeira e dei-lhe de novo com a régua e ele começou a chorar.” (...) “Eu batia e eles também me batiam... porque eles faziam ‘rasteiras’ e depois eu batia.” Y	“Insegura, com medo... Começo a gritar” (...) “Sinto-me mal... fico com um aperto no coração (...)” X “Triste, aborrecido, nervoso, choro e depois não querem brincar comigo.” Y

	<p>“Pregavam-me chapadas, murros, pontapés e... sempre me bateram... até ao terceiro ano.” (...) “Às vezes bato. Quando me vêm bater.” Y</p> <p>“Foi um rapaz de outra aldeia, eu escorreguei e ele começou a bater-me .. deu-me pontapés e ‘punhadas’.(...) “Chamou-me ‘Filho da puta’, ‘cabrão’ e mais nada. Depois eu virei-me e dei-lhe pontapés e arrepelões.” Y</p> <p>“(...) um rapaz estava gozando com um amigo meu e ele tinha uma otite, não podia apanhar água e ele molhou-lhe o ouvido. Depois eu ia chamar um contínuo e ele agarrou-me pela blusa e eu dei-lhe uma ‘punhada’.” Y1</p> <p>“Eu estava a jogar à bola e fui bater o penálti, e o outro menino foi empurrar-me e bateu-me e eu também lhe bati.” Y</p> <p>“Sofri de <i>bullying</i> por parte de rapazes (...) era colocada de parte das brincadeiras e inventavam coisas a meu respeito, que eu falava mal das minhas amigas e assim (...) “É no outro dia estava com as minhas amigas na hora de almoço e veio um menino que começou a gozar com uma das minhas amigas, começou a chamar-lhe nomes. Depois ela defendeu-se e ele começou a dar-lhe chapadas e pontapés, então o resto do grupo defendeu-a e ele foi-se embora.” X</p>	<p>“Triste e chorava... sentia-me mal.” Y</p> <p>“Triste...aborrecido.” Y</p> <p>“Triste e zangado.” Y</p> <p>“Oh mal (...)” Y</p> <p>“Mal ... triste...” Y</p> <p>“Sinto insegurança e medo.” X</p>
--	---	--

No que respeita uma das meninas que reportou experiência de vitimação na escola e nos seus arredores, o relato indicava que uma colega de escola lhe tinha atirado pedras várias vezes e provocado por isso ferimentos na sua cara. Constatou-se junto da vítima e de um seu familiar que tinham conhecimento de que a agressora destes atos era uma criança sinalizada como estanho em risco junto da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do concelho. Deste modo, a própria agressora era também uma criança com vulnerabilidades devido à sua condição familiar e social, que necessitava de apoio psicossocial e educativo.

No que respeita às razões ou explicações para o *bullying*, a maioria das crianças (59%) afirmaram não saber porque ocorrem estas situações. Duas crianças (17%) consideram que alguns companheiros não sabem resolver conflitos. Nas palavras de um rapaz: “Acho que às vezes é porque quando jogamos à bola, damos pontapés uns aos outros e depois à tarde já começam a guerrear”. Uma menina considera que é a família que incentiva as agressões das colegas. Nas suas palavras: “Porque ela goza comigo e além disso os avós dela não lhe dizem para parar. Dizem para continuar (...). Sim e estão a ensiná-la. Ainda reforçam mais o comportamento dela.” Outro menino considera que é porque não gostam de brincar juntos e outro considera que é por causa da personalidade de cada criança.

A tabela 4 apresenta as descrições das crianças sobre como foram resolvidas as experiências vividas ou observadas de vitimação. Cerca de metade das crianças invoca o papel de um adulto com responsabilidades escolares como aquele que encetou vários tipos de diligências (dependendo do tipo de situação) para parar o *bullying*. Contudo cerca de um quarto das crianças considera que a situação não foi resolvida e o *bullying* continua, dado que os adultos envolvidos não foram capazes de interromper a escalada do *bullying*. Um dado circunstancial, tal como a mudança de escola do agressor, foi referido por uma das crianças como tendo facilitado a interrupção do *bullying*.

Tabela 4

Quando Houve Vitimação, Como se Resolveu a Situação?

Categories	Unidades de Registo	Frequência
Houve intervenção de um adulto (pais/ professores, diretores) para parar a situação de <i>bullying</i> e esta foi resolvida	<p>“A senhora professora disse que nunca mais deveriam fazer aquilo e para nunca mais se baterem e pedirem desculpa...” X</p> <p>“Foram falar com a professora sobre o que se andava a passar. E eu também conto à professora e à minha mãe (...) só fizeram queixas à minha professora e depois a minha professora é que fez queixa à escola segura.” Y</p> <p>“Foram à direção da escola e depois a direção resolveu.” Y</p> <p>“Separaram-nos... foram chamar o diretor e separaram-nos.” Y</p> <p>“A minha diretora de turma foi falar com a diretora de turma do rapaz que me fez isso e ele levou uma participação... nunca mais se meteu comigo.” Y</p> <p>“Foi a professora que resolveu... a professora foi falar com eles e disse-lhes para fazerem as pazes e eles fizeram.” Y</p>	6 (50 %)
As vitimação e as agressões continuam/ Não foram resolvidas	<p>“A minha mãe foi fazer queixa à guarda porque eu tinha aparecido com uma nódoa negra, perguntou-me quem foi, depois ela foi fazer a queixa.... Depois a mãe dele também era guarda e... ele continuou a bater-me.” X</p> <p>“A minha mãe diz que se continuar vai à escola ‘superior’ (refere-se à direção do agrupamento) apresentar queixa...Toda a gente sabe da situação e não fazem nada. Por isso é que a minha mãe o vai fazer se continuar”. X</p> <p>“Ainda está tudo igual porque a minha amiga já não quer fazer queixas à professora.” X</p>	3 (25%)
Os agressores mudaram de ano e/ou de escola	“(...) Só que depois que eles se foram embora, estavam já no quarto ano e foram embora para o quinto, para outra escola... fiquei descansado.” Y	1 (9%)
Não sabe como foi resolvida a situação	“Não sei...” X	1 (9%)
Outras situações	“Não, nunca foi necessário os meus pais fazerem alguma coisa.” Y	1 (9%)
Totais		12 (100%)

A tabela 5 apresenta dados sobre o que fazem os próprios entrevistados quando testemunham uma situação de *bullying*, ou seja, se ignoram ou se tentam intervir de alguma forma e como. Verificou-se que 50% das crianças admitem contar a um adulto que seja familiar dos envolvidos ou contar a um adulto com responsabilidades escolares (auxiliares,

professores, diretores de turma ou de escola), com a finalidade destes ajudarem a parar a situação. Três não fazem nada e três admitem tentar dissuadir os agressores de continuarem a importunar a vítima, ou tentam separar aqueles que brigam, ou chamam amigos para o fazer.

Tabela 5

O que Faz a Criança Quando Observa Ocorrências de Bullying?

Categories	Unidades de registo	Frequência
Chamar um adulto/mãe/ professor/ auxiliar	“Eu fui chamar alguém para os separar (...) era a mãe de uma menina.” X “Vou chamar as professoras e as contínuas.” Y “Eu disse à direção da escola...disse à direção e depois levaram participação.” Y “Separo a ‘garreia’ ou chamo as contínuas e se elas levarem muito tempo a ir separo eu a ‘garreia’.” Y “(...) ou então chamo um adulto.” X “(...) fui contar à minha professora.” Y	6 (50%)
O próprio observador separa/acalma os intervenientes da agressão ou dissuade o agressor através de argumentos	“Eu fui lá e comecei a separá-los aos dois.” X “Separei-os. A professora estava lá presente e disse-me para eu os separar e eu separei.” Y “Separei a ‘garreia’.” Y “Fui lá separa-los e depois fui contar à minha professora.” Y “Chamo a atenção do agressor para deixar a vítima sossegada dizendo que ela não lhe fez nada para estar a implicar com ela (...)” X	2 (17%)
Chamar amigos	“Fui chamar uns amigos meus para ajudar (...) mas eu não me meti” Y	1 (8%)
Não intervir na agressão	“Não fiz nada porque uma rapariga foi logo chamar uma contínua” Y “Eu não faço nada” X	3 (25%)
Totais		12 (100%)

Todas as crianças que admitiram ajudar de alguma forma as vítimas, justificaram-no dizendo ter pena da vítima e não concordar com os comportamentos associados ao *bullying*. Nas palavras de uma menina: “Eu fui lá e comecei a separá-los aos dois, estavam a bater-lhe (...) eu estava lá naquele momento a brincar com umas meninas e quando vi aquilo fui lá porque achei mal aquela situação”. Um menino afirma que: “Eu disse à direção da escola e depois levaram participação (...) intervimos porque ele estava sozinho e não achei justo estarem a bater-lhe”. Outro menino relata que “Separo a ‘garreia’ ou chamo as contínuas e se elas levarem muito tempo a ir separo eu a ‘garreia (...) porque tenho pena de meninos que estão a levar porrada”. Uma menina afirma que: “Chamo a atenção do agressor para deixar a

vítima sossegada dizendo que ela não lhe fez nada para implicar com ela ou então chamo um adulto (...) tento sempre chamar a atenção dos agressores porque acho o *bullying* uma coisa má”. Um rapaz reporta que: “Fui lá separá-los...e depois fui contar à minha professora. Intervim em todas (...) para os separar porque o *bullying* é mau e pode aleijar”.

Em relação aos que não intervêm, a razão invocada para não intervir é o medo de retaliações ou o facto de alguém já estar a ajudar. Aliás muitos dos que afirmam chamar um adulto fazem-no ao mesmo tempo que afirmam ter medo de enfrentar os agressores sozinhos.

Discussão e Conclusões

Esta investigação revela, à semelhança de outros estudos (Martins & Silva, 2014), que em territórios de baixa densidade populacional, rurais e no interior do país, também se verificam ocorrências de *bullying* que comprometem o bom ambiente escolar e a convivência saudável. Embora a amostra deste estudo fosse de conveniência, as descrições relativas a ocorrências de *bullying* foram todas no contexto da escola e nas suas imediações, não houve nenhuma ocorrência associada ao tempo de lazer, contrariamente a outras investigações que constataram mais ocorrências de *bullying* neste contexto (Martins, 2009b). Neste estudo as crianças reportaram que nos tempos de lazer se envolviam em atividades desportivas, brincadeiras livres e jogos tradicionais. Os jogos digitais foram apenas mencionados por algumas das crianças e não prevaleciam na ocupação dos tempos livres, talvez por se tratar de crianças que vivem numa aldeia

O número de crianças que reportou experiência de envolvimento no *bullying*, em algum dos papéis, foi elevado uma vez que houve um relato de experiência direta de vitimação e oito relatos de experiências de vitimação/agressão. Ou seja, 75% das crianças esteve de algum modo envolvida diretamente em ocorrências de *bullying* e apenas 25% não experienciaram os papéis de vítima, agressor ou vítima/agressora, embora a maioria tenha sido observadora destas situações. As formas de *bullying* descritas foram predominantemente de tipo físico e verbal e uma de tipo indireto na forma de exclusão social, não tendo havido relatos de *cyberbullying* ou *bullying* em contexto digital.

A maioria das crianças sabe descrever o que é o *bullying*, embora as três componentes do fenómeno nem sempre sejam explicitadas nas explicações. A maioria das definições dadas pelas crianças envolve duas componentes: agressão e desigualdade de poder. Algumas definições não diferenciam agressão de *bullying*, o que é frequente nas crianças mais novas também de acordo com resultados de outros estudos (Martins, 2015; Smith et al.,2002).

Verificou-se ainda que a maioria das crianças que participaram nesta investigação, quando testemunham ocorrências de *bullying*, intervêm e acham que devem intervir perante estas situações, chamando um adulto (um familiar ou um adulto com responsabilidades escolares) para ajudar a parar a intimidação. Algumas crianças admitem mesmo enfrentar sozinhos os agressores, tentando dissuadi-los de continuar as agressões ou tentando separar aqueles que brigam (ou “garreiam” de acordo com o regionalismo usado pelas crianças). Dado que estas crianças se conhecem bem e condenam este tipo de atividades, estão motivadas para intervir de acordo com o previsto por alguns autores que consideram que o conhecimento da vítima, a condenação destes atos e percebê-los como atos que magoam a vítima são fatores que facilitam a intervenção, enquanto que não conhecer bem a vítima, ter medo, ou ser amigo do agressor, podem inibir a ajuda à vítima (Martins, 2013; Thornberg et al., 2012). Verifica-se assim que a mobilização das crianças que testemunham e são observadoras destas situações é crucial para o sucesso dos programas de prevenção; elas podem constituir um contributo para a condenação do *bullying*; ao não reforçar os comportamentos que lhe estão associados, impedindo assim as cumplicidades passivas e ativas que por vezes permitem a continuidade e escalada do *bullying* (Gomez-Ortiz et al., 2017; Runions, et al, 2018; Salmivalli et al., 2014).

Por último, mas não menos importante, verifica-se que o papel dos adultos é crucial na resolução destas situações e que, na maioria das que foram descritas pelas crianças, esse papel foi determinante para interromper o *bullying*. Contudo em algumas das situações descritas verificou-se que os adultos não foram capazes de intervir no sentido de compreender o que se passava e contribuir para parar a intimidação. Constatou-se num dos relatos, que a criança que havia sido agressora, de uma das vítimas deste estudo, era ela própria uma criança sinalizada pelo sistema de proteção à infância, como tendo sido alvo de negligência ou maltrato familiar.

Nas situações relatadas em que as crianças reportaram que o problema de *bullying* não tinha sido resolvido (portanto ainda permanecia), constatou-se que a indiferença dos adultos perante essas situações, ou a sua desvalorização, pareciam ter sido fator determinante para a não resolução do *bullying*. Assim, a atitude dos adultos perante o fenómeno pode ser um importante fator de proteção ou de risco para o seu agravamento. Estes dados sugerem a necessidade de uma intervenção comunitária no sentido de prevenir quaisquer formas de vitimação e agressão, em vários contextos (familiar, escolar, comunitário). A formação de professores sobre prevenção do *bullying* e sobre outros tipos de riscos na infância pode

Estudo qualitativo sobre bullying em crianças: o papel dos observadores face ao bullying e relação com outras vulnerabilidades

ajudar as escolas a melhor enfrentar os problemas relacionais que surgem regularmente, contribuir para melhorar os ambientes de aprendizagem e a convivência social.

Referências bibliográficas

Amado, J. (2013). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Imprensa da Universidade de Coimbra

Comissão de Ética do IPP (2017). *Código de Ética do IPP*.

https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/de/10/de10829aa0584ee1b1e37699f566b744/codigo_de_etica_2017_rev1.pdf

Gómez-Ortiz, O., Romera, E. M., y Ortega-Ruiz, O. (2017). Multidimensionality of social competence: Measurement of the construct and its relationship with bullying roles. *Revista de Psicodidáctica*, 22(1), 37-44. <http://doi:10.1387/RevPsicodidact.15702>

Martins, M. J. D. (2007). Violência interpessoal e maus-tratos entre pares, em contexto escolar. *Revista da Educação*, XV(2), 51-78. http://revista.educ.ie.ulisboa.pt/arquivo/Vol_XV_2/index.html

Martins, M. J. D. (2009a). *Maus tratos entre adolescentes na escola*. Editora Novembro.

Martins, M. J. D. (2009b). Agressão, vitimação e emoções na adolescência, em contexto escolar e de lazer. (on-line) *Interações*, 3(13), 187-209. <http://www.eses.pt/interaccoes>

Martins, M.J.D. (2013). Problemas relacionais na escola: Explicações e sentimentos dos adolescentes. In M. Serpa, S. N. Caldeira, & C. Gomes. *Resolução de problemas em contexto escolar*. Colibri.

Martins, M. J. D. (2015). Envolver os alunos na prevenção da indisciplina e do *bullying* na escola. *Aprender*, 36, 39-47. <http://aprender.esep.pt/index.php/aprender/article/view/38>

Martins, M. J. D., & Pinto, A. S. (2020). Relações entre crianças na escola. In F. Veiga (Coord.) *Envolvimento dos alunos na escola: Perspetivas da psicologia e educação - Inclusão e diversidade*. E-book (pp. 256-269). <http://www.ie.ulisboa.pt/publicacoes/envolvimento-dos-alunos-na-escola-perspetivas-da-psicologia-e-educacao-inclusao-e-diversidade>

Martins, M. J. D. & Proença, A J. (2019). O papel da agressão e vitimação entre pares no insucesso escolar. *Revista Iberoamericana de Educação*, 80(2),47-60. N.º especial. <https://rieoei.org/RIE/issue/view/286>

- Martins, M. J. D & Silva, M. (2014). Condutas agressivas, *bullying* e integração social em crianças em idade escolar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology - INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 499-506.
- Martins, M. J. D. & Vicente Castro, F. (2010). How is social competence related to aggression and victimization in school? *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, XII, 1(3), 305-315.
- Olweus, D. & Limber, S. (Orgs). (2007). *Olweus bullying prevention program. School guide*. Hazelden.
- Pereira, B. (2008). *Para uma escola sem violência: estudo e prevenção das práticas agressivas entre crianças* (2ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Runions, K. C., Salmivalli, C., Shaw, T., Burns, S. & Cross, D. (2018). Beyond the reactive-proactive dichotomy: Rage, revenge, reward, and recreational aggression predict early high school bully and bully/victim status. *Aggressive Behavior*, 44, 501–511. <https://doi.org/10.1002/ab.21770>
- Salmivalli, C. (2014). Participant roles in bullying: How can peer bystanders be utilized in interventions? *Theory into Practice*, 53, 286–292. <https://doi.org/10.1080/00405841.2014.947222>
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Bjorkqvist, K, Osterman, K., & Kraukianen, A. (1996). Bullying as a group process: participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, 22, 1-15.
- Smith, P.; Cowie, H.; Olafsson, F.; Liefhoghe, A. (2002). Definitions of bullying: a comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. *Child Development*, 73(4), 119-1133.
- Smith, P., Pepler, D., & Rigby, K. (2004). (Eds.) *Bullying in schools*. Cambridge Press.
- Valente, F. (2019). *Bullying em crianças: um estudo qualitativo sobre as vítimas, os agressores e o papel dos observadores* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32340/1/Tese%20final%20-%20Filipa%20Valente.pdf>
- Thornberg, T., Tenebaum, L., Varjas, K., Meyers, J., Jungert, T., & Vanegas, G. (2012). Bystander motivation in bullying incidents: to intervene or not intervene. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(3), 247-252.

Considerações Finais

A realização de seminários científicos organizados por docentes e alunos no âmbito dos cursos de mestrado constitui-se como uma ferramenta poderosa para o cumprimento de objetivos de desenvolvimento de competências transversais, de articulação disciplinar, de troca de conhecimento e de estimulação do pensamento crítico, centrais neste ciclo educativo. Acresce que a produção e difusão da investigação mais recente e o proporcionar de espaços de debate se inscreve na missão de todas as instituições de ensino superior.

Sem dúvida que a pandemia COVID 19 trouxe desafios em todas as áreas impondo urgência de investigação, de debate e de orientações para a atuação em diversos domínios. Assim, as Políticas Sociais e de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, pela fragilidade que esta população possui exigiram, da parte de todos, uma reflexão aprofundada pelo seu impacto, pela necessidade de mudança de práticas, eventualmente pela necessidade de mudança de políticas.

A inscrição de cerca de 350 pessoas neste seminário reforçou esta urgência de debate. Várias áreas profissionais, saúde, social, educação, estudantes de 1º ciclo e de 2ª ciclo do ensino superior, de norte a sul do país, com motivações pessoais e profissionais, demonstraram muito interesse na temática e avaliaram de forma muito positiva este evento.

A qualidade das comunicações e a forte participação, quer de oradores reconhecidos nacional e internacionalmente pelo seu trabalho de investigação, quer de participantes, levaram à imprescindibilidade de colocar à disposição de toda a comunidade o resultado desta reflexão conjunta, acreditando que se pode constituir como mais uma ferramenta para todos os que, por razões pessoais ou profissionais, têm interesse na área de Crianças e Jovens em Risco.

Estamos certos que foi uma mais-valia para os docentes e alunos do Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu.

A Comissão de Organização



4 de junho 2021
II Seminário Internacional de Políticas e Respostas para Crianças e Jovens em Risco

Plataforma Zoom gratuito
<https://www.esev.ipv.pt/seminariopolitica>
Inscrição obrigatória
<https://www.esev.ipv.pt/seminariopolitica/inscricoes/>

PROGRAMA

9h – Sessão de Abertura
Sra. Secretária de Estado para a Cidadania e Igualdade - Rosa Monteiro
Sr. Presidente da ESEV - João Paulo Balula
Organização do Seminário - Maria João Amante

9h30 – Painel I – Risco e Perigo na pandemia
Moderação Maria João Amante - ESEV- IPV

Rosa Monteiro – Sra. Secretária de Estado para a Igualdade e Cidadania
Helena Gonçalves - Procuradora da República, Coord. Gabinete da Família, da Criança e do Jovem
Francisca Magano - Diretora de Políticas de Infância e Juventude da UNICEF Portugal
Cristina Marques - Pedopsiquiatra, H. D. Estefânia, Assessora do Programa Nacional de Saúde Mental

11h10– Apresentação do livro "Adolescências invisíveis"
Conferência - Impacto/desafios da pandemia nas instituições para crianças e jovens em risco na Galiza
Moderação Susana Fonseca - ESEV- IPV

Xosé Manuel Cid Fernández - Faculdade de Educação e Trabalho Social, Universidade de Vigo
Deibe Fernández-Simo - Faculdade de Educação e Trabalho Social, Universidade de Vigo

14h30 – Painel II – Parentalidade e pandemia
Moderação Sara Felizardo e Cátia Magalhães - ESEV- IPV

Michele Knox - Faculdade de Medicina e Ciências da Vida, Universidade de Toledo, Ohio
Joyce Aguiar - Investigadora, Centro de Psicologia da Universidade do Porto
Carlos Peixoto - Projeto Adélia

15h50 – Painel III – Pandemia e desafios às instituições
Moderação Paula Xavier - ESEV- IPV

Elisa Altafim- FMRP, Universidade de S. Paulo, LAPREDES
Sónia Rodrigues - Presidente da Associação AjudAjudar
João Caiado - Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique, Viseu

16h50 – Sessão de Encerramento

Comissão de Organização:
Alunos do 1º ano do Mestrado IPCJR
Cátia Magalhães
Maria João Amante
Paula Xavier
Susana Fonseca

Colaboração Técnica:
Eng. David Abrantes
Dra. Sílvia Vasconcelos
Dr. Joel Marques

Comissão Científica:
Cátia Magalhães - ESE/IPViseu
Deibe Fernández-Simo- FETS - UVigo
Elisa Altafim- FMRP - USP paulo
Filomena Gaspar - FPCE - UCoimbra
Joyce Aguiar - C. Psi. - UPorto
Maria João Amante - ESE/IPViseu
Maria José Martins - ESECS/IPPortalegre
Marisa Matias - FPCE - UPorto
Michele Knox - UOhio - USA
Paula Xavier - ESE/IPViseu
Sara Felizardo - ESE/IPViseu
Sónia Rodrigues- AjudAjudar
Susana Fonseca - ESE/IPViseu
Xosé Cid Fernández - FETS - UVigo



Politécnico de Viseu
Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco



EBook

**II Seminário Internacional de
Políticas e Respostas para Crianças e
Jovens em Risco**

**REFLEXÕES EM TORNO DA COVID-19: FAMÍLIAS,
CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO**

**THOUGHTS ON COVID-19: FAMILIES, CHILDREN
AND YOUTH AT RISK**

2021