



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**HABILIDADES SOCIAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE
INSTITUIÇÕES ACOLHEDORAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

FERNANDA PEREIRA CALABAR

Sob a Orientação do Professor
Wanderson Fernandes de Souza

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia.

Seropédica
Janeiro, 2018

Calabar, Fernanda Pereira, 1986 –
C141h Habilidades sociais de crianças e adolescentes de
instituições acolhedoras vítimas de violência. /
Fernanda Pereira Calabar. – 2018.

Orientador: Wanderson Fernandes de Souza.
Dissertação (Mestrado). - - Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Pós-graduação em Psicologia, 2018.

1. Habilidades sociais. 2. Infanto-juvenil. 3.
Violência. 4. Instituição acolhedora. I. Souza,
Wanderson Fernandes de, 1980, oriente. II
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Pós-
graduação em Psicologia III. Título.

É permitida a cópia total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FERNANDA PEREIRA CALABAR

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**,
no Curso de Pós-Graduação em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM ___/___/_____.

Wanderson Fernandes de Souza. Dr. UFRRJ
(Orientador)

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto. Dra. UFRRJ

Emmy Uehara Pires. Dra. UFRRJ

Carlos Eduardo Norte. Dr. UVA

Ao Autor e Consumador da minha fé.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois, sem ti nada sou. Aos meus pais Paulo e Valdira, por me amarem e apoiarem. Meu irmão Fernando, sua esposa Aparecida e meu afilhado Breno por me mostrarem o quão forte posso ser. Ao Rafael, por sempre estar ao meu lado mostrando que posso alcançar sempre mais. Ao meu orientador Wanderson que abraçou esse projeto e se fez feliz com minhas conquistas. E a todos que, entenderam que, na minha ausência momentânea, se encontrava o crescimento para estar cada vez mais presente.

Obrigada.

BIOGRAFIA

Ao chegar no 6º período da Graduação em Psicologia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e ao me deparar com as várias linhas de pesquisas disponibilizadas pela disciplina “Estágio Profissional” desenvolvidos na UFRRJ, optei em cumprir o estágio com crianças e adolescente vítimas de violência. O estágio foi desenvolvido em convênio com a UFRRJ e a Organização Não Governamental Associação Vida Plena em Mesquita-RJ, onde pude atuar em atendimentos psicológicos individuais e em grupo com crianças e adolescentes que foram vítimas de algum tipo de violência até o 10ª período da Graduação. Os atendimentos foram realizados tanto para crianças e adolescentes oriundas da comunidade ao redor da associação, quanto para aquelas em situação de acolhimento, oriundas da parceria entre a Associação Vida Plena e Casa de Acolhimento da Criança em Mesquita-RJ, que abriga crianças de 0 a 12 anos, e Casa do Menor em Miguel Couto-RJ, que abriga adolescentes de 12 a 18 anos.

Estudos sobre a temática violência também foram realizados no Laboratório de Estudos sobre Violência em Crianças e Adolescentes - LEVICA-UFRRJ que, dentre suas atividades, promove palestras de conscientização e prevenção a violência e violação aos direitos dessa população. Também participei no projeto “Levantamento do Perfil Cognitivo de Crianças Vítimas de Violência”, coordenado pela Profa. Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto, do Departamento de Psicologia da UFRRJ, e pelo Programa de Bolsas Institucionais de Extensão - BIEXT, do qual atuei de 2014 a 2015 e fui bolsista BIEXT da Pró-Reitoria de Extensão da UFRRJ. As pesquisas realizadas neste projeto resultaram em uma ampliação dos estudos sobre o perfil cognitivo das vítimas de violência e, como consequência, em apresentação em congressos dos resultados obtidos.

Das crianças e adolescentes que foram atendidos no estágio observei que muitos foram encaminhados para atendimento psicológico com queixas de problemas comportamentais e com déficit em habilidades sociais, além de apresentarem violência contra seus pares, comportamento sexual inadequado e exacerbado, dificuldades escolares, empobrecimento do repertório social e dificuldades de relacionamento entre si e autoridades. O que corrobora a ideia de que um repertório de habilidades sociais empobrecido, principalmente em termos de “empatia, expressão de sentimentos e resolução de problemas”, pode estar relacionado a dificuldades interpessoais, envolvendo problemas comportamentais (ELIAS; AMARAL, 2016).

RESUMO

CALABAR, Fernanda Pereira. **Habilidades sociais de crianças e adolescentes de instituições acolhedoras vítimas de violência.** 2018. 110 p Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação. Departamento de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2018.

Os acolhimentos institucionais são medidas provisórias e excepcionais, sendo efetivadas como medida de proteção à criança e ao adolescente quando seus direitos foram ameaçados ou violados por meio de qualquer forma de violência. Entretanto, algumas pesquisas indicam que a institucionalização pode criar condições favoráveis à manifestação de distúrbios psicológicos e ao desenvolvimento de comportamentos antissociais. Apesar do avanço significativo na concepção do cuidado e das mais diversas formas de proteção, a violência contra crianças e aos adolescentes não deixou de ocorrer. Neste escopo, este trabalho tem por objetivo realizar o mapeamento das habilidades sociais de crianças e adolescentes vítimas de violência que vivem em situação de acolhimento institucional. Para tal, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre estudos na área da infância e adolescência; habilidades sociais; os tipos de violências e suas consequências; além da construção histórica de instituições acolhedoras. Foi aplicado o Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (Formulário Criança e Formulário Pais), com a participação de 12 crianças/adolescentes de 06 a 13 anos, acolhidos nos municípios de Seropédica, Itaguaí, Paracambi e Mesquita, no ano de 2017, além da participação de 05 cuidadores que tiveram mais de 2 meses de contato direto com o institucionalizado. Os resultados obtidos, segundo os cuidadores, apontam os seguintes resultados: na classificação geral de habilidades sociais 91,7% estavam abaixo da média, sendo o campo civilidade (91,7% abaixo da média) e autocontrole (75% abaixo da média) que mais se destacam. Na percepção das crianças/adolescentes, a classificação geral de habilidades sociais: 41,7% estavam abaixo da média, contudo, 41,7% também apresentaram classificação bom. Autocontrole/civilidade foi a habilidade que mais se destacou abaixo da média (50%). Este resultado indica que, para lidarem com as adversidades ocasionadas pela violência que sofreram e conseqüentemente com o acolhimento institucional, desenvolver um repertório elaborado de habilidades sociais pode ser considerado como fator de proteção contra os problemas ocasionados pela violência para crianças e adolescentes acolhidos, pois é um indicador de ajustamento psicossocial, de desenvolvimento saudável e de qualidade de vida, além de ser um preditor significativo de competência acadêmica.

Palavras-chave: Habilidades sociais; Infanto-juvenil; Violência; Instituição acolhedora.

ABSTRACT

CALABAR, Fernanda Pereira. **Social skills of children and adolescents from welcoming institutions victims of violence.** 2018. 110 p Dissertation (Master in Psychology). Institute of Education. Department of Post-Graduation, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2017.

Institutional shelters are provisional and exceptional measures and are implemented as a measure to protect children and adolescents when their rights have been threatened or violated through any form of violence. However, some research indicates that institutionalization can create favorable conditions for the manifestation of psychological disorders and the development of antisocial behaviors. Despite significant advances in the conception of care and the most diverse forms of protection, violence against children and adolescents has continued to occur. In this scope, this work aims to map the social skills of children and adolescents victims of violence who live in an institutional reception situation. For this, a bibliographic review was carried out on studies in the area of childhood and adolescence; social skills; the types of violence and its consequences; besides the historical construction of welcoming institutions. The Inventory of Social Skills, Behavior Problems and Academic Competence for Children (Child Form and Parents Form) was applied, with the participation of 12 children / adolescents from 06 to 13 years old, hosted in the municipalities of Seropédica, Itaguaí, Paracambi and Mesquita, in the year 2017, in addition to the participation of 05 caregivers who had more than 2 months of direct contact with the institutionalized. According to the caregivers, the results show that in the general classification of social skills, 91.7% were below average, with civility (91.7% below average) and self-control (75% below average) which stand out the most. In the perception of children / adolescents, the general classification of social skills: 41.7% were below average, however, 41.7% also presented a good classification. aAutocontrole / civility was the skill that stood out below average (50%). This result indicates that, in order to deal with the adversities caused by the violence that they have suffered and consequently with the institutional reception, developing an elaborate repertoire of social skills can be considered as a protection factor against the problems caused by violence for children and adolescents. an indicator of psychosocial adjustment, healthy development and quality of life, besides being a significant predictor of academic competence.

Keywords: Social skills; Childhood adolescence; Violence; Welcoming institution.

LISTA DE ABREVIACÕES

AICA	Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
BIEXT	Programa de Bolsas Institucionais de Extensão
CA	Competência social
CAC	Casa de Acolhimento e Cidadania
CIEP	Centros Integrados de Educação Pública
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRIAMs	Centros de Recuperação e Integração do Menor
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
HS	Habilidades Sociais
IBM SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LEVICA	Laboratório de Estudos sobre Violência em Crianças e Adolescentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PC	Problemas de comportamento
PNBEM	Política de Bem-Estar do Menor
PNCFC	Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária
PNE	Plano Nacional de Educação
SAM	Serviço de Assistência a Menores
SNPDCA	Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente
SSRS	Inventário de HS, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica (Social Skill Rating System)
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TA	Treinamento Assertivo
THS	Treinamento de Habilidades Sociais
UFRRJ	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Criança

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 A primeira Roda de Expostos, Ospedale de Santa Maria in Saxia, Roma, início do século XIV
- Figura 2 A Roda dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia em 1910
- Figura 3 Amas-de-leite mercenárias da Roda dos Expostos de São Paulo, 1925
- Figura 4 Casa dos Expostos em 30/05/1908
- Figura 5 SAM - Dormitório Pavilhão Anchieta - Quintino, RJ, 1964
- Figura 6 Crianças na fila para o banho - FUNABEM
- Figura 7 Formação de filas para exercícios de atividades diárias – FUNABEM

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Instituições e Participantes da Pesquisa
Tabela 2	HS - Classificação Geral
Tabela 3	HS F1 (Classificação Empatia/Afetividade)
Tabela 4	HS F2 (Classificação Responsabilidade)
Tabela 5	HS F3 (Classificação Autocontrole/Civilidade)
Tabela 6	HS F4 (Classificação Assertividade)
Tabela 7	HS F1 (Classificação Geral)
Tabela 8	HS F1 (Classificação Responsabilidade)
Tabela 9	HS F2 (Classificação Autocontrole)
Tabela 10	HS F3 (Classificação Afetividade/Cooperação)
Tabela 11	HS F4 (Classificação Desenvoltura Social)
Tabela 12	HS F5 (Classificação Civilidade)
Tabela 13	PC - Classificação Geral
Tabela 14	PC F1 (Classificação Externalizante)
Tabela 15	PC F2 (Classificação Internalizante)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	25
2. OBJETIVOS	27
2.1. Objetivo Geral	27
2.2. Objetivos Específicos	27
3. REVISÃO DA LITERATURA	29
3.1. A Infância e Adolescência	29
3.1.1. Definição	29
3.1.2. Construção histórica da infância	30
3.1.3. Legislação	34
3.2. Habilidades Sociais: Sua Relevância nas Relações Humanas	38
3.2.1. Definição de Habilidades Sociais	38
3.2.2. Modelos conceituais que deram origem as HS	42
3.2.3. Distinção entre termos: competência social, assertividade e comportamento socialmente habilidoso	46
3.2.4. Problemas de comportamentos, dificuldades interpessoais e déficits em HS	50
3.2.5. Habilidade Social na infância	51
3.3. Violências Contra Crianças e Adolescentes	52
3.3.1. Tipos de Violência	56
3.3.2. Consequências da violência	59
3.4. Abrigo x Acolhimento Institucional: Entendendo as Diferenças	61
3.4.1. Uma trajetória histórica sobre a institucionalização de “menores” no Brasil	63
3.4.2. Porque crianças e adolescentes são acolhidos atualmente	68
3.4.3. Formas de encaminhamento de crianças e adolescentes para instituições de acolhimento	69
3.4.4. Garantias de quem é acolhido	69
3.4.5. Atividades exercidas nas instituições por quem é acolhido	72
3.4.6. Compreendendo a instituição	72
3.4.7. Tipos de instituições acolhedoras	75
3.4.8. Processo de desligamento da instituição	77
3.4.9. Consequências do acolhimento institucional	78
4. MÉTODO	81
4.1. Participantes	81
4.2. Procedimentos	81
4.3. Instrumentos	83
4.4. Análise Estatística	85
5. RESULTADO E DISCUSSÃO	87
5.1. Dados Referente as Respostas das Crianças/Adolescentes	87
5.2. Dados Referente as Respostas dos Cuidadores	88
6. CONCLUSÕES	93

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	95
APÊNDICE	105
APÊNDICE A – Declaração	106
APÊNDICE B – Carta de Anuência da Instituição de Pesquisa	107
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	108
APÊNDICE D – Termo de Assentimento	109
APÊNDICE E – Questionário de dados sócio demográfico	100

1 INTRODUÇÃO

A violência que acomete crianças e adolescentes é considerada atualmente como um dos grandes problemas de saúde pública. Minayo (2001) destaca que a mortalidade por violência constitui a 2ª causa de morte para a população em geral, a primeira para as crianças e adolescentes de 5 a 19 anos e a segunda entre crianças de 1 a 4 anos. No ano de 1996, de todas as mortes de crianças entre 1 e 4 anos, 22,6% foram por causas violentas; já entre crianças de 5 e 9 anos, 48,2% foram por violência (como acidentes de trânsito e homicídios); na faixa de 10 a 14 anos, foram 56,3%; e no grupo de 15 a 19 anos, 72,2%. Isso significa que crianças e adolescentes estão morrendo mais por conflitos sociais do que por doenças (MINAYO, 2001).

Quando a falta de habilidades sociais (HS) se torna crítica, as relações sociais podem se tornar restritas e conflitivas, interferindo de maneira negativa no grupo em que o indivíduo está inserido e em sua própria percepção e, sobretudo, em sua saúde psicológica (PINHEIRO et al., 2006). No caso, crianças e adolescentes em situação de acolhimento podem ter seus déficits em habilidades sociais ampliados devido ao contexto onde vivem.

Os acolhimentos institucionais são medidas provisórias e excepcionais, sendo efetivadas como medida de proteção à criança e ao adolescente. Entretanto, a institucionalização pode criar condições favoráveis à manifestação de distúrbios psicológicos e ao desenvolvimento de comportamentos antissociais. No âmbito da violência, crianças que apresentam comportamentos agressivos ou opositivos e que viveram em situação de risco, podem desenvolver comportamentos delinquentes na adolescência (PINHEIRO et al., 2006).

No caso, indivíduos que sofreram algum tipo de agressão, precisarão desenvolver habilidades para enfrentar a violência que muitas vezes são submetidos. Por isso, a importância do desenvolvimento das HS que tem por objetivo ensinar ao sujeito a atender as diversas situações sociais e articular seus sentimentos, pensamentos, ações, com sua cultura e também com a violência que sofrem, o que resultará em um importante instrumento de enfrentamento para lidarem com esse entrave (DEL PRETTE, 2005).

A experiência de rejeição, abandono ou indiferença pelos pais coloca a criança ou o adolescente em maior risco de comportamento agressivo e antissocial, inclusive de comportamento abusivo quando adultos. Foram encontradas associações entre o comportamento suicida e diversos tipos de violência como maus tratos infantis, violência por parceiro íntimo, agressão sexual e abuso de idosos, maior probabilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos, problemas com bebidas alcoólicas, doenças psicossomáticas, tendência ao suicídio, fraco desempenho acadêmico, delinquência, uso de drogas e desordens emocionais diversas. Esses danos psicológicos podem estar associados a idade de início do abuso, sua duração, ao grau ou ameaça de violência, a diferença de idade do violentador em relação ao violentado, o relacionamento entre os mesmos ou até mesmo a ausência de figuras parentais protetoras (FUMO et al., 2009; MURTA, 2005; SCHERER; SCHERER, 2000).

Quanto mais as crianças e adolescentes se tornarem socialmente habilidosos, maior a probabilidade de obterem reforçadores e, por consequência, ampliarem o repertório comportamental, favorecendo lidar com situações de conflito. Bolsoni-Silva e Carrara (2010) afirmam que, apesar de existir uma descrição geral de HS, algumas populações específicas têm necessidades interpessoais próprias, de modo que seu mapeamento e consequentes intervenções possam constituir um caminho produtivo para o programa de pesquisa em HS.

Na atualidade, as publicações referentes a HS, em sua maioria, provem de alguns grupos de pesquisa. Na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) o grupo de Del Prette e Del Prette, na Universidade Federal de São João Del Rey (UFSJ) o grupo de Bandeira, e na Universidade Estadual Paulista (UNESP) o de Bolsoni-Silva (FUMO et al., 2009).

Acreditamos que o estudo com crianças e adolescentes acolhidos, que foram vítimas de violência, poderá servir de subsídio para a elaboração de novos instrumentos de avaliação e como suporte a pesquisas de intervenção. Considera-se, portanto, que o desenvolvimento de HS é uma ferramenta valiosa em todos os níveis de atuação em saúde. Nesse sentido, a ampliação do repertório de HS, poderá minimizar fatores de risco e incrementar fatores de proteção ao desenvolvimento humano, tratar problemas já instalados passíveis de remissão e reduzir o impacto de déficits graves em HS em pessoas portadoras de condições crônicas (MURTA, 2005).

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Investigar as HS de crianças e adolescentes vítimas de violência que vivem em situação de acolhimento institucional, em instituições públicas, das seguintes cidades pertencentes a Baixada Fluminense: Paracambi, Seropédica, Mesquita e Itaguaí.

2.2. Objetivos Específicos

- Fazer uma revisão sobre estudos de HS em criança e adolescentes acolhidos.
- Estudar as características comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de violência.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. A Infância e Adolescência

3.1.1. Definição

A infância compreende a fase entre o nascimento e a puberdade, sendo considerada como um período peculiar na vida do ser humano. Essa fase se caracteriza por possuir modos específicos de sentimentos, ações e comportamentos, respeitando as diferentes culturas, em um determinado tempo e espaço. Além disso, relaciona-se também com a troca de conhecimentos que se estabelecem entre crianças, adolescentes e adultos (SCHULTZ; BARROS, 2011).

Segundo o Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa Michaelis (2017), é possível destacar que infância se caracteriza como um período da vida do ser humano que vai desde o nascimento até o início da adolescência. Como definição para adolescente, é o período que se estabelece entre a puberdade e a maturidade, que ainda está em processo de desenvolvimento, mas não alcançou toda a sua vitalidade.

Apesar das definições encontradas no dicionário para essa fase da vida, a ideia de criança ou adolescente, e as representações de infância dos dias atuais têm origem em um processo histórico e cultural, recebendo diferentes tratamentos em função das diferentes relações que foram se estabelecendo. Esse processo ainda conta com aspectos político, econômico, ideológico, do grupo etário, da colocação do indivíduo na família, e de sua construção social (BERNARTT, 2009; NIEHUES; COSTA, 2012; MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013).

Desse modo, Niehues e Costa (2012) afirmam que é preciso considerar a infância como uma classe psicobiológica e sócio histórica. Levando em consideração as capacidades sensoriais e intelectuais da criança e também, seu gênero e raça. Não descartando quais instituições possuem poder de discurso moral sobre elas, seja o estado, a igreja ou a família.

Por isso, a preocupação com a sociabilidade vem ocupando um lugar cada vez mais importante no processo educacional das crianças. Com um olhar em direção ao passado, é possível vislumbrar os esforços no sentido de “ajustar” à criança e o jovem à sua comunidade e aos papéis que se espera que venham a desempenhar (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2004).

Deste modo, o adulto exerce papel fundamental para trazer um significado do que é ser criança e suas relações. Isto é, a história da infância com sua relação entre a sociedade, a cultura, dos adultos, com essa classe de idade, e a história das crianças entre si e com os adultos (BERNARTT, 2009; NIEHUES; COSTA, 2012).

Niehues e Costa (2012) ao citarem Gagnebin (1997, p. 86) e Sarmiento (2005, p. 368) salientam sobre o significado da palavra infância:

A palavra infância não diz respeito instantaneamente a uma faixa etária, mas sim aos anos iniciais de sua vida, que se caracteriza por incapacidade e pela carência de fala. Oriunda do latim *fari* – falar, dizer, e do complemento *fans*, a criança é *in-fans*, ou seja, aquele que não fala. Sarmiento (2005, p. 368) ressalta que etimologia da palavra infância propõe um sentido negativo, ao caracterizar infância como a idade do não falante, remetendo a ideia do discurso inarticulado, desarranjado ou ilegítimo. Através do entendimento do mesmo autor, a infância significa uma classe social de uma determinada geração e criança é o indivíduo que participa desta classe, sendo ele o ator social da classe pertencente (p. 287).

Levando em consideração as definições citadas acima e com a legislação brasileira vigente, para a realização desse trabalho será usado como faixa etária para criança e adolescente o que diz a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da

Criança e do Adolescente (ECA). Em seu Art. 2º define-se criança como “a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”.

Entendendo que a concepção que possuímos hoje de infância foi uma invenção da modernidade, constituída historicamente pelas condições socioculturais determinadas, é possível compreender que a infância como um conceito, uma representação do que seria considerado um tipo ideal a caracterizar elementos comuns a diferentes crianças. Com isso, e partindo desse princípio, podemos considerar que a infância sofre transformações com o tempo e com os diferentes contextos, sejam eles sociais, econômicos ou geográficos. Portanto, as crianças de hoje não são iguais e nem serão as mesmas que virão nos próximos anos (NIEHUES; COSTA, 2012).

Sobre o período da adolescência, é possível caracterizá-lo com o término da infância, que acontece por volta dos treze anos, acompanhado de mudanças fisiológicas da puberdade. Essas mudanças fisiológicas podem incluir “o rápido crescimento do corpo, endurecimento ósseo, mudanças hormonais e o súbito desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias” (MCKINNEY; FITZGERALD; STROMMEN, 1983, p. 15).

A puberdade merece destaque pois é o processo pelo qual se chega a maturidade, sendo considerado um “divisor de águas na vida humana”. Podendo iniciar-se antes mesmo dos treze anos em sociedades mais desenvolvidas, chegando por volta dos nove ou dez anos de idade (BELSKY; 2010 p. 265).

Após todo o processo de mudanças fisiológicas e com as reações psicológicas proporcionadas por essas mudanças, a adolescência chega ao fim. Consequentemente, o término da adolescência passa a se caracterizar com a obtenção sociológica do status pleno de adulto que acontece por volta dos dezenove ou vinte anos de idade (MCKINNEY; FITZGERALD; STROMMEN, 1983, p. 15).

Belsky (2010) aponta que foi no início do século XX, mais precisamente em 1904, com a identificação de “uma nova etapa da vida caracterizada como tormenta e estresse”, por G. Stanley Hall, que o termo “adolescência” começou a ser utilizado. Hall utilizou essa expressão, segundo Belsky, para “referir-se às intensas oscilações de humor, sensibilidade emocional e tendência de correr riscos que caracterizam o estágio da vida que denominou adolescência” (pg. 298).

Para Belsky (2010, p. 298), somente em 1930 que a adolescência passou a ser classificada nos Estados Unidos como uma etapa distinta da vida. A partir da administração de Roosevelt com a implementação de um ambicioso programa nacional para atrair jovens ociosos para a escola, durante a Grande Depressão de 1930, que ir à escola tornou-se normal. Nesse sentido, os adolescentes deixaram de assumir responsabilidades adultas de trabalho em idades precoces.

O que pode diferenciar o status de criança para o de adolescente é que estes últimos ainda estão submetidos à autoridade adulta. Entretanto, são parcialmente responsáveis pelo seu próprio bem-estar. Ao passo que as crianças podem ser totalmente dependentes de adultos (MCKINNEY; FITZGERALD; STROMMEN, 1983, p. 16). A seguir será apresentada a ideia de infância a partir de uma visão histórica.

3.1.2. Construção histórica da infância

Por muito tempo a humanidade tratou a criança como um “adulto em miniatura” e com isso a criança não era considerada como um ser em particular. Apesar de sua trajetória histórica, a criança tem sido fruto de determinações sociais e econômicas, se desenvolvendo a partir das relações com outros seres humanos (BERNARTT, 2009; NUNES, 2012). Tendo em vista a concepção da infância como uma construção, serão descritos a seguir, a partir de uma divisão histórica, o papel e a representação da infância na humanidade.

• Idade Antiga

Nos estágios iniciais da civilização humana, é possível encontrar poucas referências e evidências sobre essa etapa da vida. Estudos sobre a mortalidade infantil oferecem indícios sobre a vida das crianças nesse período. Especificamente na antiguidade, em função das condições precárias de sobrevivência ou mesmo por opção, a mortalidade infantil era altíssima (BERNARTT, 2009).

Na Grécia antiga, todo o referencial em relação à educação, à cultura, à saúde, à formação moral e à estrutura psicológica, se dava através da família onde o pai era a autoridade máxima. Por dominarem a escrita linear e por possuírem as famosas escolas dos filósofos, especialmente nas florescentes Atenas e Creta, e com a idealização da “polis”, a educação já estava bem estruturada (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2004; MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013).

Nesta época, o ensino planejado para o aprimoramento das crianças e jovens já se destacava em treinamentos em várias HS que focalizavam as funções que cada criança deveria exercer na sociedade. Atividades de pajens, cavaleiros, soldados, gladiadores, magistrados, senadores, administradores, exigiam indivíduos selecionados nos diferentes estratos sociais, e por isso um sistema de educação e adestramento era necessário e bastante diferenciado (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2004).

Já na Roma Antiga, o nascimento de uma criança não era apenas um fato biológico, mas também era considerado um fator de aceitação paterna. Quando o pai, ou o chefe da família, elevava a criança do chão, o mesmo estava aceitando criá-la, sendo este um ato de adoção. Durante este período da história, a contracepção, o aborto, o abandono e a morte de crianças eram atitudes corriqueiras e consideradas legais (BERNARTT, 2009; NIEHUES; COSTA, 2012).

A família era, para a criança, sua base educacional e cultural. A criança era considerada indivíduo quando atingisse a idade adulta, e a infância era uma fase em que ainda não havia identidade, capacidade de discernimento para tomar decisões e pensamento autônomo (MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013).

• Idade Média

Na Idade Média, mais especificamente na Europa, as percepções sobre a infância transformaram-se radicalmente com as declarações de Agostinho de que a criança pequena já trazia consigo o pecado e que sua alma não era inocente. Nessa época, a adolescência e a infância eram confundidas, não havendo a distinção de um limite etário que as separasse, com isso não havia uma concepção de infância (ARIÈS, 1981, p. 10; MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013).

Não havia muitos registros que destacasse a infância. É possível apontar, por exemplo, a arte da Idade Média, que compreendia desde pinturas, quadros, retratos, iconografias, entre outros, que desconheciam ou não buscavam representar a infância (ARIÈS, 1981, p. 17; NIEHUES; COSTA, 2012)

Entretanto, Bernartt (2009), ao citar Heywood (2004, p.26), que evidenciou uma tradução feita no século XII do Cânone de Avicena, deixou claro que existia em alguns discursos greco-romanos a ideia da infância reconhecida no medievo. Nesse sentido, havia uma compreensão do crescimento da criança ao subdividir as etapas da vida do nascimento aos trinta anos, onde a primeira etapa, a *infantia*, ia do nascimento aos 7 anos.

Apesar dessa classificação realizada por Heywood, as crianças da Idade Média não possuíam identidade própria, para isso era preciso conseguir realizar atividades semelhantes

àquelas realizadas pelos adultos, com as quais estavam misturados. Condições gerais de higiene e saúde eram muito precárias, o que tornava o índice de mortalidade infantil muito alto. Nas famílias ricas as crianças que sobreviviam eram afastadas da família logo após o nascimento, sendo criadas por amas de leite. Já as crianças pobres eram iniciadas no mundo do trabalho muito cedo (BERNARTT, 2009; CALDEIRA, 2010).

Esse status sem identidade e anônimo conferido as crianças se dava, pois, devido as elevadas taxas de mortalidade, quando a criança percesse seria logo substituída por outra. Com isso, as necessidades específicas de afeto e atenção não eram direcionadas para as crianças (SANTOS, 2005).

A única diferença entre uma criança e um adulto era o tamanho e a força, enquanto as outras características permaneciam iguais. Até no traje medieval não havia distinção para separar a criança do adulto. Cabia aos adultos desenvolver nelas o caráter e a razão, em vez de procurar entender e aceitar as diferenças e semelhanças das crianças e a originalidade de seu pensamento (SANTOS, 2005; CALDEIRA, 2010)

É preciso distinguir também as diferenças entre os sexos das crianças. O nascimento do menino era valorizado. Caso uma criança do sexo feminino nascesse, esta menina já era considerada como o produto de relações sexuais originadas por enfermidades ou a desobediência a uma proibição. Com isso, a celebração do nascimento de uma criança se diferenciava de acordo com o sexo da mesma (CALDEIRA, 2010).

• Idade Moderna

Até o século XVII, devido às más condições sanitárias, a mortalidade infantil continuou alcançando níveis alarmantes. As crianças eram vistas como um ser ao qual não se podia apegar, em razão de que a qualquer momento ela poderia deixar de existir. Nesse contexto, até o século XVII as crianças continuaram vistas, igualmente, como adultos, desempenhando tarefas, nas vestimentas e no convívio social. Não havia o “brincar”, pois as crianças eram criadas sem nenhum tratamento especial, vivendo e participando de um mundo adulto. As crianças pobres aos sete anos eram retiradas do convívio familiar e criadas por famílias estranhas, aprendendo todo o tipo de serviço doméstico. Esses ensinamentos práticos eram considerados muito importantes naquela época (NUNES, 2012).

A descoberta da infância na Modernidade se estruturou a partir dos séculos XV, XVI e XVII, quando foi reconhecido que as crianças precisavam de tratamento especial, “uma espécie de quarentena”, antes que pudessem participar do mundo dos adultos. Essa quarentena foi a escola, que substituiu a aprendizagem como meio de comunicação e permitiu que as crianças deixassem de ser misturadas aos adultos. Isso se deu com grande ênfase e preocupação quanto à educação e à moral, que influenciaram o pensamento dos séculos posteriores. Nesse caso, a “descoberta da infância” teria começado no século XIII (CALDEIRA, 2010; MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013).

A educação das crianças passou a ter lugar central nas atividades dos adultos sendo considerada como “uma das coisas mais importantes do mundo”. Assim houve o aumento da preocupação quanto a sua supervisão, não as deixando sozinhas, valorizando seu total cuidado, que estava em primazia diante obrigações religiosas e satisfações particulares dos adultos (ARIÈS, 1981, p. 87).

• Idade Contemporânea

A partir do século XVIII, a criança na contemporaneidade e as percepções sobre a infância sofreram profundas mudanças. A partir daí elas passam, do ponto de vista biológico, a ser tratadas com particularidades e também serem percebidas na sua singularidade por possuírem sentimentos próprios (NIEHUES; COSTA, 2012).

Foi nessa época que a Igreja Católica passou a acusar quem matasse crianças de praticar bruxaria. A infância passa a ser reconhecida a partir do discurso cristão do “culto ao menino Jesus” e do “massacre dos inocentes” praticado por Herodes. Foi neste cenário, que se emerge o “sentimento de infância”, onde a ideia de que a criança é um mediador do céu e da terra se difundiu, e que é das crianças que vêm falas de sabedoria” (MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013).

Dessa maneira, a afetividade, por meio da valorização da educação, ganhou mais importância no seio da família que começa a perceber a criança como um investimento futuro, que precisa ser preservado, e, portanto, deve ser afastada de maus físicos e morais. Com isso, houve uma diminuição dos índices de mortalidade. A família passou a se interessar pelas questões relacionadas à higiene e à saúde da criança, aos poucos assumindo o papel que antes era destinado à comunidade (BERNARTT, 2009).

A vida familiar ganha um caráter mais privado. Esse sentimento de infância e de família representa um padrão burguês, que se transformou universal. Já a igreja passou a se encarregar e direcionar o processo de aprendizagem preocupada com a formação moral, visando corrigir os desvios da criança, acreditando que ela era fruto do pecado, e deveria ser guiada para o caminho do bem. Todo esse cenário possibilitou a descoberta humanista da especificidade da infância e da adolescência no século XIX, onde os termos ‘criança’, ‘adolescente’ e ‘menino’ passam a constar nos dicionários da década de 1930 (NUNES, 2012).

Ao abordar o cenário das concepções acerca da infância no Brasil, é possível destacar as influências oriundas por sua colonização no início do século XVI, a qual introduziu nesse processo de colonização de imigrantes, seus filhos, órfãos e crianças pobres recrutados pela coroa portuguesa, que com diferentes hábitos, precisavam se adaptar à nova realidade. As crianças imigrantes vivenciavam uma difícil e cruel realidade que se iniciava nas embarcações onde estavam expostas às penosas condições da viagem. As crianças, segundo sua condição social ou proteção, eram submetidas à trabalhos pesados e muitas vezes destinadas a sobreviver em péssimas condições, muitas não resistiam às punições e abusos recebidos (BERNARTT, 2009).

Bernartt (2009) ainda salienta que com mudanças estruturais na sociedade, a condição da criança pobre e desvalida, a partir do século XVIII, foi ficando mais visível, principalmente com o fortalecimento da sociedade industrial. Nesse contexto apareceram no Brasil as primeiras iniciativas de atendimento à criança abandonada. Iniciou-se assim a instalação das “Rodas dos Expostos” nas Santas Casas de Misericórdia.

As rodas tratavam-se de um espaço em que os bebês poderiam ser deixados e entregues à caridade sem que a mãe fosse identificada. Em princípio atendiam as cidades mais desenvolvidas como Salvador (1726), Rio de Janeiro (1738), Recife (1789) e ainda em São Paulo (1825), já no início do império. Outras rodas menores foram surgindo em outras cidades após este período (p. 4).

Dessa forma, no começo do século XX, a infância passou a ser conhecida e construída como uma etapa da vida em que o ser humano possui necessidades específicas, peculiares ao período em que se encontra. Surgiu nesse momento dois tipos de infância: uma incluída na cobertura das políticas sociais básicas, com crianças socializadas pela escola e pela família, e outra excluída das famílias e das políticas sociais, que constituiu o contingente dos “menores”, que se intensificou com o crescimento da pobreza e da violência urbana (SCHULTZ; BARROS, 2011; MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013).

Nos anos 60, o Estado se torna o principal responsável pela proteção e pela assistência à infância abandonada e em situações de risco no Brasil. Surge uma nova concepção de infância: a criança como sujeito de direitos civis, humanos e sociais, necessitando de direitos e cuidados especiais (MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013). A maneira como a infância é vista atualmente é sinalizada no Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil, que em

1998, procurou desenvolver a ideia de que as crianças possuem uma natureza única, que sentem e pensam o mundo de um jeito muito próprio. (CALDEIRA, 2010).

3.1.3. Legislação

Atualmente, observa-se que a infância é concentrada dentro de uma promoção da valorização das crianças e dos adolescentes, passando de objetos a sujeitos de direito. Suas necessidades “físicas, cognitivas, psicológicas, emocionais e sociais passaram a ter um atendimento integral e integrado, com absoluta prioridade, visto que se encontram em fase de desenvolvimento biopsicossocial” (SCHULTZ; BARROS, 2011, p. 138). À vista disso que a criação de uma legislação específica para essa faixa etária passou por várias etapas, a seguir serão descritas o desenvolvimento dessas normas tanto no âmbito internacional, quanto no nacional.

• No mundo

Com as inúmeras determinações internacionais, surge um período de preocupações com a infância e conseqüentemente, uma necessidade de estabelecer políticas educacionais adequadas às crianças. Assim, organismos internacionais assumem o papel de definição das políticas assistenciais voltadas à infância nos países subdesenvolvidos (BERNARTT, 2009).

Em 1924, a Liga das Nações passa a adotar a Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança. A Declaração estabeleceu os direitos da criança e os meios para seu desenvolvimento material, moral e espiritual; proporcionou também ajuda especial em situações de fome, doença, incapacitação ou orfandade; prioridade no atendimento em situações difíceis; imunidade contra exploração econômica; e educação em um ambiente que inspire um sentido de responsabilidade social (UNICEF, 2009).

Já em 1946 foi estabelecido o Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF), com sede nos Estados Unidos, com o objetivo da criação de um fundo de emergência para ajudar as crianças de todo o mundo, que sofreram com as conseqüências da guerra, formado por um grupo de países reunidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). Mas, alguns anos depois, milhões de crianças de países pobres continuavam ameaçadas pela fome e pela doença. Em 1953, o UNICEF tornou-se uma instituição permanente de ajuda e proteção a crianças de todo o mundo, e é a única organização mundial que se dedica especificamente às crianças (BERNARTT, 2009).

Em 1948, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Declaração dos Direitos Humanos, que, em seu artigo 25, faz menção à criança como “detentora do direito a cuidados e assistência especiais”. Já em 1959, adotou a Declaração dos Direitos da Criança, que reconhece direitos tais como imunidade à discriminação, a ter um nome e uma nacionalidade. Estabelece especificamente os direitos da criança a educação, cuidados de saúde e proteção especial (UNICEF, 2009).

O ano de 1979 foi proclamado pelas Nações Unidas, o Ano Internacional da Criança. O acesso à educação das crianças também passa a ser alvo de atenção, junto com a temática da infância e a sua condição recebe atenção e divulgação (BERNARTT, 2009).

Outros marcos merecem destaque sobre o desenvolvimento da legislação referente a infância como, por exemplo, a Convenção sobre os Direitos da Criança, que no dia 20 de novembro de 1989 proporcionou uma decisão histórica adotada pelos líderes mundiais presentes na Assembleia Geral da ONU. Desde sua criação, a Convenção tornou-se o tratado de direitos humanos mais amplamente ratificado em toda a história humana como um testemunho do entendimento comum entre os países e as comunidades de que a toda criança possui o direito à “sobrevivência e ao desenvolvimento; à proteção contra a violência, o abuso

e a exploração; ao respeito por suas opiniões; e à garantia de que todas as ações que a afetam priorizem seu melhor interesse” (UNICEF, 2009).

• No Brasil

Levando em consideração a história do atendimento a criança no Brasil, é possível perceber que as iniciativas voltadas à infância surgiram com o objetivo assistencialista, incorporada a uma perspectiva social. Essas iniciativas visavam combater as ameaças que as crianças sem atendimentos poderiam representar para a sociedade (BERNARTT, 2009).

Essas iniciativas surgiram logo na independência, onde discussões sobre direitos da criança e do adolescente foram incluídas no Código Criminal de 1830. Essa foi a primeira lei imperial penal que caracterizou uma concepção tênue entre a infância e a fase adulta. Antes dessa lei as crianças e adolescentes que praticavam crimes, eram considerados como adultos e punidos severamente segundo as leis portuguesas (SCHULTZ; BARROS, 2011).

Apesar de esforços sobre a política de atendimento à infância desse período, as ações ligadas a esta fase da vida eram de responsabilidade de entidades de cunho privado, seja religioso, ou de caridades das pessoas de boa vontade. Entretanto, com o crescimento das grandes cidades, da industrialização e da pobreza no Brasil, a necessidade do cuidado às crianças tornou-se ainda mais um problema social do Estado. Assim foi se estabelecendo a convicção da necessidade de políticas e legislações específicas para a infância (BERNARTT, 2009; SCHULTZ; BARROS, 2011).

Em 1890, houve a mudança da legislação com o surgimento de um novo Código Penal. Neste sentido se promulgou uma concepção mais peculiar ligada ao período da infância, com uma maior proteção, de modo a não imputar os menores de nove anos de idade. Contudo, essa mudança continuou ligada à criança e/ou ao adolescente que apresentasse condutas delituosas. Além disso, houve a preocupação estabelecida pelos sindicalistas que exigiam leis para o trabalho infantil, e dos pediatras e higienistas, que desenvolviam trabalhos voltados à saúde e o bem-estar da criança (SCHULTZ; BARROS, 2011).

Já no início do século XX e com a difícil realidade e suas consequências da maioria das crianças brasileiras, confrontada às pressões de mecanismos internacionais, ações de atendimentos as crianças e adolescentes foram impulsionadas por parte do poder público. Dessa forma, as medidas de atendimento às crianças foram se tornando emergenciais e o século XX se tornou o mais importante cenário para a infância brasileira referente a legislação (BERNARTT, 2009).

Merece destaque o surgimento em 1923 do Juizado de Menores, com um atendimento diferenciado em relação ao adulto; o Código de Menores em 1927; a criação em 1940 pelo setor público do Departamento Nacional da Criança, órgão vinculado ao Ministério da Educação e Saúde Pública, o qual centralizou o atendimento às crianças brasileiras. Em 1941, criou-se o Serviço de Assistência a Menores (SAM), voltado a atender menores delinquentes e abandonados. No mesmo período surge a Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada em 1942 com o objetivo de promover a assistência social, principalmente durante a infância. Um novo Código de Menores de 1979 e o ECA, de 1990 (BERNARTT, 2009).

O Código de Menores de 1927, também conhecido como o Código Mello Mattos, em razão de ter sido elaborado pelo professor e jurista José Cândido de Albuquerque Mello Mattos, primeiro juiz de menores do Brasil e da América Latina, foi a primeira lei que veio a disciplinar o sistema de garantias da criança e do adolescente, criada sob duas vertentes a justiça e a assistência. A contribuição desse código foi a mudança da concepção ligada à proteção e a assistência também aos menores de 18 anos, dando tratamento apropriado ao “menor infrator”, oferecendo algumas garantias a sua situação peculiar de pessoa em desenvolvimento (SCHULTZ; BARROS, 2011).

Já o SAM trabalhou com a assistência social em todo o território nacional aos menores abandonados e infratores. Entretanto, com o golpe militar de 1964, trabalhou-se com a desjudicialização da infância, extinguindo-se o SAM e o substituindo por um novo órgão desvinculado da Justiça. Assim surgiu a Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM), transferindo a responsabilidade da infância delinquente e à margem dos bons costumes ao Estado (SCHULTZ; BARROS, 2011).

Em 1979, com o objetivo de trazer uma nova doutrina da situação irregular da infância, surgiu um novo Código de Menores, que revogou o código de 1927. Esse novo código manteve a mesma política filantrópica e assistencialista das legislações anteriores, com pouquíssimas modificações em relação ao código de 1927, que mostrou não ter havido grandes modificações no conceito de infância da época (SCHULTZ; BARROS, 2011).

Já nos anos 80 buscou-se contemplar todas as áreas do atendimento da criança e do adolescente, o que resultou na inserção da doutrina de proteção integral da ONU, do artigo 227 da Constituição da República de 1988 (OLIVEIRA, 2013).

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (OLIVEIRA, 2013).

O artigo 227 mostrou-se como uma grande inovação: a evolução da concepção de infância, ou seja, o asseguramento à criança e ao adolescente o estado de sujeitos de direitos. Ele aponta as três instâncias reais e formais de garantia dos direitos elencados na Constituição e nas leis: a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado. Dessa maneira, a família representa a esfera primeira, natural e básica de atenção, já ao Estado cabe a garantia das condições mínimas para exercer suas funções (OLIVEIRA, 2013).

Com isso, os princípios básicos da Declaração dos Direitos da Criança foram ratificados pela criação do ECA, aprovado pelo Congresso Nacional em 30 de junho de 1989 e, transformado na Lei nº 8069 em 16 de julho de 1990. Dentro dessas perspectivas, a criança e o adolescente passaram da condição de mero destinatários das ordens dos adultos a sujeitos de direitos, sendo-lhes atribuídas algumas garantias, prerrogativas e direitos concernentes a institutos antes pertencentes a direitos somente de adultos (SCHERER; SCHERER, 2000; SCHULTZ; BARROS, 2011).

À vista disso, esses sujeitos são “pessoas em desenvolvimento”, conforme descrito no Art. 6º; e 7º do ECA, que tem direito “a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990). Dessa forma, tanto a criança quanto o adolescente se tornaram prioridades absolutas para o efetivo desenvolvimento do País. O ECA proporcionou um privilégio legal à população infanto-juvenil devido ao seu valor intrínseco “são cidadãos em desenvolvimento e, dado o seu valor projetivo, são portadores do futuro” (BARBIANI, 2016).

Os direitos que tratam o ECA também são estendidos para a gestante. No Art. 8º é assegurado a gestante o acesso “aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1990).

As ações propostas pelo ECA são orientadas com ênfase no artigo 88, da “municipalização do atendimento” (BRASIL, 1990), sendo operado, apoiado e estruturado em três eixos por meio de um sistema de garantia de direitos: promoção, controle social e defesa de direitos:

O eixo da promoção de direitos compreende as políticas sociais básicas destinadas à população infanto-juvenil e às suas famílias. O eixo da defesa dos direitos consiste em zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente por meio de intervenções onde e quando houver ameaça ou violação desses direitos. O eixo controle social trata da participação da sociedade na formulação e fiscalização das políticas voltadas para a criança e para o adolescente por meio da ação das organizações da sociedade civil (especialmente aquelas que prestam atendimento), dos movimentos sociais e das instâncias formais de participação estabelecidas na lei, que são os Conselhos de Direitos (BARBIANI, 2016, p. 201).

Além do ECA, em 1991 houve também a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que integra o conjunto de atribuições da Presidência da República, através da Lei nº 8.242 de 12 de outubro de 1991. Este conselho esclareceu os princípios que devem nortear as políticas de atendimento e deliberou sobre a criação dos Conselhos da Criança e do adolescente em âmbito municipal e dos Conselhos Tutelares (BRASIL, 1991; CALDEIRA, 2010).

Em 1996, houve a promulgação da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9394. Suas determinações educacionais se voltaram em prol da infância e o atendimento a criança e ressaltou a importância da educação infantil tornando-a primeira etapa da educação básica. Por consequência, a criança é “definida nos discursos oficiais como cidadã de direitos, com necessidades próprias e capacidades a serem desenvolvidas através da educação em todos os seus aspectos” (BERNARTT, 2009).

Cabe citar também o Plano Nacional de Educação (PNE), que estabelece metas de expansão e de melhoria da qualidade da educação infantil. O PNE atua com incentivos aos estados e municípios para elaborarem planos de educação infantil de âmbito local ressaltando a importância destinada à infância na sociedade atual (CALDEIRA, 2010).

Já em 2006, por iniciativa do CONANDA e em articulação com o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), junto com a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNPDCA) e demais instâncias da sociedade civil, é lançado o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC). Este plano representou mais um avanço “à medida que preconiza que crianças e adolescentes sejam vistos de forma indissociável de seu contexto familiar e comunitário” (BARBIANI, 2016).

Por fim, em 2014, com a criação da Lei Nº 13.010, de 26 de junho de 2014, houve a alteração do ECA 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” (BRASIL, 2014). Esta lei também é conhecida como “Lei da Palmada” ou “Lei Menino Bernardo” em homenagem a Bernardo Boldrini, de 11 anos. Bernardo foi morto e os acusados são seu pai e madrasta. Bernardo procurou ajuda para denunciar as violências que sofria (DOMINGOS, 2014; NITAHARA, 2016).

Diante do que foi exposto é possível compreender a significativa evolução das legislações referentes a proteção da infância. Entretanto, essas ações têm se mostrado insuficiente diante do histórico de descaso e abandono que construíram o panorama atual de desigualdades de condições das crianças em nosso país. Se faz necessário além dos direitos, a garantia da efetivação dessas legislações para a concepção clara da ideia de crianças cidadãs (BERNARTT, 2009).

Tendo em vista o que foi exposto anteriormente, e das diferentes representações que as crianças receberam no decorrer da história da humanidade, é possível ampliar a concepção da temática da infância na sociedade contemporânea. Por isso, a maneira como a infância é vista atualmente caracteriza-se como consequência de suas constantes transformações (BERNARTT, 2009; CALDEIRA, 2010).

A concepção de infância desenvolvida pela sociedade contemporânea, foi instituída tanto pelo Estado moderno quanto pelas teorias psicológicas do desenvolvimento, em que a criança é vista como um “ainda não”. Isso ocorreu devido à preocupação nos últimos anos com a participação da criança nos programas e intervenções psicossociais, onde a criança é potencializada como agente de instituição e transformação da sociedade em que está inserida. Dessa forma, hoje “a criança é vista como um valor em si, amada, desejada, protegida, e é considerada no tempo presente, e não mais como uma promessa para o futuro” (SCHULTZ; BARROS, 2011, p. 143).

Nas sociedades capitalistas pós-modernas do século XX, há novamente uma reestruturação da concepção de infância tornando as crianças como segmento de mercado. Essa representação da infância que emerge na atualidade é fruto das mudanças econômicas, sociais, políticas e ideológicas ocorridas com a globalização do século XX (MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013).

Ter o entendimento da infância como construção, que é resultado do valor da cultura e da experiência, repercute em um aceitar da história e um pensar no futuro. Dessa forma, é possível corresponder com as expectativas de políticas para crianças e adolescentes que garantam e protejam sua situação peculiar de desenvolvimento (SCHULTZ; BARROS, 2011).

3.2. Habilidades Sociais: Sua Relevância Nas Relações Humanas

Seja por necessidade ou pela satisfação que o contato social pode gerar, é possível afirmar que todos os seres vivos são sociais. Entre todos os animais, tendo em vista sua fragilidade e complexidade, o ser humano é considerado o que precisa de mais cuidados em suas relações (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000).

As Ciências Humanas reconhecem que as interações sociais satisfatórias são um importante fator do desenvolvimento infantil, tanto da saúde mental, quanto da satisfação no trabalho, do exercício de cidadania e também da qualidade de vida comunitária. Assim, as dificuldades cotidianas de relacionamento entre pessoas, que são expressas por queixas interpessoais, indicam desempenhos sociais inadequados, comprometendo a qualidade das interações sociais e produzindo sequelas negativas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996).

Por isso, pessoas com problemas de ajustamento em suas interações sociais têm maior probabilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos, problemas relacionados ao uso abusivo de bebidas alcoólicas, doenças psicossomáticas e tendência ao suicídio. O que exige de crianças, jovens e adultos o desenvolvimento de um repertório de Habilidades Sociais (HS) cada vez mais elaborado diante os desafios e as demandas impostas pelo mundo atual (FUMO et al., 2009).

As HS são reconhecidas como fator de proteção no desenvolvimento humano, pois é considerada como um indicador de ajustamento psicossocial, de desenvolvimento saudável e de qualidade de vida, além de ser um preditor significativo de competência acadêmica. Constituindo processos que ocorrem “naturalmente” por meio das interações sociais cotidianas ao longo da vida (ELIAS; AMARAL, 2016; FUMO et al., 2009; DEL PRETTE et al., 2011).

Os processos de aquisição das HS são aprendidos e contemplam as dimensões pessoal, situacional e cultural. Entretanto, possuir um bom repertório de HS não garante, por si só, um desempenho socialmente competente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; BOLSONI-SILVA et al., 2006).

3.2.1. Definição de HS

Para definir as HS, é preciso levar em consideração tanto o seu conteúdo quanto as consequências dos comportamentos interpessoais. Embora não exista consenso na literatura

quanto à definição, sua importância para o desenvolvimento do sujeito é amplamente reconhecida (ELIAS; AMARAL, 2016; LEME et al., 2016).

Caballo aponta que as HS formam um elo entre o indivíduo e seu ambiente e, devido a carência de uma definição universalmente aceita, existe uma variedade de dimensões que nunca acabam de ser estabelecidas. Essa falta de universalidade na definição se tornou um problema atual ainda não resolvido para guiar as pesquisas sobre HS. Contudo o seu mapeamento e consequentes intervenções focadas parece ser um caminho produtivo no que se refere ao estudo das HS (CABALLO, 2003; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

Destaca-se que as habilidades são expressões de comportamentos necessários a uma relação interpessoal bem-sucedida, levando em consideração características determinadas de cada cultura, seus padrões de comunicação que variam de forma ampla entre culturas e dentro de uma mesma cultura. O que indica a importância de considerar o contexto histórico-cultural, e padrões transculturais (BOLSONI-SILVA, 2002; LEME et al., 2016).

Fatores como idade, sexo, classe social, nível socioeconômico, educação, o que se deseja conseguir na situação específica em que se encontra, suas próprias atitudes, valores, crenças, capacidades cognitivas e um estilo único de interação, também não podem ser descartados. Pois em uma situação um comportamento pode ser considerado apropriado, e impróprio em outra. Portanto, não pode haver um critério absoluto de HS, porém, “parece que todos sabemos, de maneira intuitiva, o que são HS” (BOLSONI-SILVA, 2002; CABALLO, 2003).

Os modelos psicossociais para o desenvolvimento das HS incluem habilidades cognitivas, interpessoais e socioemocionais necessárias ao comportamento social adequado e interações sociais positivas, desde que maximizem os ganhos e reduzam as perdas para as interações sociais. Essas competências permitem ao indivíduo se relacionar de forma positiva e evitar situações sociais que resultem em interações negativas. Neste sentido as HS podem contribuir para a aceitação por pares, ajustamento escolar, para a prevenção de sintomas de depressão e para o desenvolvimento social de crianças e jovens com transtornos mentais (BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010; LEME et al., 2016).

Para Del Prette e Del Prette (2000), as HS correspondem a um universo mais amplo das relações interpessoais e se estendem para além da assertividade. Podendo incluir as habilidades de comunicação, de resolução de problemas em grupo, de negociação, “a afirmação dos próprios direitos e expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada que não viole o direito das outras pessoas”. Neste sentido diferenciar HS de assertividade é possível pois, o universo da assertividade é mais restrito, “correspondendo às habilidades de: recusar pedidos, exercer direitos, utilizar o pronome eu, discordar e expressar sentimentos positivos e negativos”.

Bolsoni-Silva e Carrara (2010) apontam que, as HS são como um “conjunto de comportamentos emitidos diante das demandas de uma situação interpessoal, desde que maximizem os ganhos e reduzam as perdas para as interações sociais”. O conceito explicita uma gama de habilidades consideradas como comportamentos socialmente habilidosos como a expressão do indivíduo de suas atitudes, comportamentos encobertos, abertos, sentimentos, desejos, opiniões, respeito a si próprio e aos outros, resolução de problemas imediatos e diminuição da probabilidade de problemas futuros.

Falcone (2001) enfatiza que, um sistema de HS parte dos seguintes princípios:

- a) as habilidades sociais estão relacionadas a uma integração entre a busca de satisfações pessoais e de relações interpessoais gratificantes; b) a assertividade, a empatia e a capacidade de solucionar problemas interpessoais são habilidades sociais que se complementam para a obtenção da satisfação pessoal e da maior qualidade das relações interpessoais; c) as habilidades sociais incluem componentes cognitivos e comportamentais que devem ser identificados e passíveis de avaliação (FALCONE, 2001. p. 208).

Murta (2005) também destaca que as HS dizem respeito a comportamentos necessários para as relações interpessoais, esses comportamentos para serem considerados bem-sucedidos dependerão do contexto e da cultura onde o indivíduo está inserido. Essas habilidades podem incluir os comportamentos “de conversas; pedir ajuda; fazer e responder a perguntas; fazer e recusar pedidos; defender-se; expressar sentimentos; pedir mudança no comportamento do outro; lidar com críticas e elogios; admitir erro e pedir desculpas e escutar empaticamente”. Além desses conteúdos que se expressam através da fala, são igualmente relevantes os comportamentos do tipo não verbais, como por exemplo: postura e contato visual, cognitivoafetivos, fisiológicos e aparência pessoal e atratividade física.

Caballo (2003) destaca as contribuições de Albeti, em 1911, e Van Hasselt e cols., em 1979, acerca de algumas características das HS que merecem destaque:

Com Albeti (1911b) temos de dizer que a habilidade social: a. é uma característica do comportamento, não das pessoas; b. é uma característica específica a pessoa e a situação, não universal; c. deve ser contemplada no contexto cultural do indivíduo, assim como em termos de outras variáveis situacionais; d. está baseada na capacidade de um indivíduo escolher livremente sua ação; e. é uma característica da conduta socialmente eficaz, não danosa. Para Van Hasselt e cols. (1979), três são os elementos básicos das HS: a. as HS são específicas as situações. O significado de uma determinada conduta variara, dependendo da situação em que tenha lugar; b. a efetividade interpessoal e julgada segundo as condutas verbais e não verbais praticadas pelo indivíduo. Além disso, essas respostas são aprendidas. c. O papel da outra pessoa é importante e a eficácia interpessoal deveria supor a capacidade de se comportar sem causar dano (verbal ou físico) aos demais (p. 7).

A partir do que foi abordado, entende-se HS como uma “qualificação” que parece ter sido consolidada na prática cultural. Essa qualificação se configura em uma dimensão éticomoral, ou seja, “elas remetem a um procedimento de escolha do que ensinar e do que não ensinar, do como ensinar, de que finalidades escolher quando nos interessa melhorar o repertório de HS das pessoas”. Para isso é preciso destacar o “repertório socialmente habilidoso (ou repertório socialmente inábil), ou comportamento socialmente habilidoso (ou comportamento inábil ou não habilidoso)”, como forma de qualificar comportamentos que sejam ou não compatíveis com as funções sociais aceitas dentro de regras do grupo social no qual o indivíduo está inserido (BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

• Componentes das HS

Segundo Caballo (2003), é possível distinguir três componentes que compõem as HS: uma dimensão comportamental, que se refere ao tipo de habilidade que se deseja alcançar; uma dimensão pessoal, que são compostas pelas variáveis cognitivas; e uma dimensão situacional, que compreende o contexto ambiental. Todavia nos últimos anos tem-se dado um progressivo auge na consideração da conduta encoberta, isto é, pensamentos, crenças, processos cognitivos dos indivíduos como componente das HS.

Sobre os elementos comportamentais, grande parte da literatura sobre as HS avaliou os elementos comportamentais observáveis, segundo a quantidade ou a frequência com que o indivíduo os emite. É possível destacar os componentes olhar/contato visual e gestos com as mãos; os processos de conversação em geral como tomar a palavra, escolher a ocasião apropriada, a qualidade da voz, o conteúdo, a duração e afluência da mensagem ou até mesmo a qualidade da voz. Esses elementos operam de maneira presumivelmente integrada em um indivíduo habilidoso, entretanto é preciso estabelecer a quantidade ótima de um componente para que contribua com um comportamento socialmente hábil (CABALLO, 2003).

Caballo (2003) ainda aponta que os componentes da HS em sua concepção comportamental enfatizaram dois níveis de análise: a molar e a molecular.

As *categorias molares* são tipos de habilidade geral, como a defesa dos direitos, a habilidade heterossociais ou a capacidade de atuar com eficácia nas entrevistas trabalhistas. (...) O enfoque molar evita avaliações objetivas, específicas, em favor de avaliações gerais, subjetivas. (...) Supõe-se que cada uma dessas habilidades gerais depende do nível e da forma de uma variedade de *componentes moleculares* de resposta, como o contato visual, o volume da voz ou a postura. Essa análise a dois níveis foi uma fonte de considerável confusão sobre o que deveria ser avaliado concretamente. O enfoque molecular está intimamente unido ao modelo comportamental da habilidade social. (...) Alguns pesquisadores obtiveram avaliações das categorias globais, outros mediram componentes específicos e outros avaliaram os dois (p. 17, 18).

Para o autor, existem doze dimensões comportamentais observáveis mais comumente aceitas e consideradas mais básicas, conforme enumeradas a seguir:

1. Fazer elogios; 2. Aceitar elogios; 3. Fazer pedidos; 4. Expressar amor, agrado e afeto 5. Iniciar e manter conversações; 6. Defender os próprios direitos; 7. Recusar pedidos; 8. Expressar opiniões pessoais, inclusive o desacordo; 9. Expressar incomodo, desagrado ou enfado justificados; 10. Pedir a mudança da conduta do outro; 11. Desculpar-se ou admitir ignorância; 12. Enfrentar as críticas (p. 8).

Embora esses tenham sido os tipos de resposta mais aceitos, foram propostos outros como a independência; a resistência as tentações e a resposta a um intercambio; o dar e receber retroalimentação; a realização de entrevista de emprego; dar reforço ao outro ao manter uma conversação; regular a entrada ou saída nos grupos sociais; solicitar satisfatoriamente um trabalho; e a habilidade de falar em público (CABALLO, 2003).

Bolsoni-Silva (2002) apresenta uma discriminação entre as categorizações das HS, no nível comportamental, entre Del Prette e Del Prette em 2001 e Caballo em 1991. A autora afirma que Del Prette e Del Prette apresentam uma taxonomia mais completa, quando comparada com as de Caballo. Onde essas categorias são organizadas de forma mais amplas e específicas e designadas a seguir:

- 1) Habilidades sociais de comunicação: fazer e responder a perguntas; gratificar e elogiar; pedir e dar feedback nas relações sociais; iniciar, manter e encerrar conversação; adequabilidade de componentes verbais de forma na comunicação: duração, latência e regulação da fala; 2) habilidades sociais de civilidade: dizer por favor; agradecer; apresentar-se; cumprimentar; despedir-se; 3) habilidades sociais assertivas de enfrentamento: manifestar opinião, concordar, discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar-se e admitir falhas; estabelecer relacionamento afetivo/sexual; encerrar relacionamento; expressar raiva e pedir mudança de comportamento; interagir com autoridades; lidar com críticas; 4) habilidades sociais empáticas: parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio; 5) habilidades sociais de trabalho: coordenar grupo; falar em público; resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos; habilidades sociais educativas; e 6) habilidades sociais de expressão de sentimento positivo: fazer amizade; expressar a solidariedade e cultivar o amor (BOLSONI-SILVA, 2002, p. 3).

Em 1988, Caballo fez uma revisão de 90 trabalhos publicados entre 1970 e 1986 que empregaram componentes comportamentais sobre estudos de HS. Para isso o autor separou em quatro itens: o primeiro faz referência aos componentes não-verbais. O segundo trata dos elementos paralinguísticos ou vocais, que compreendem os elementos não-verbais da fala. O terceiro consiste nos componentes verbais. Já o quarto refere-se a componentes mais amplos, que é composto de elementos não-verbais e/ou paralinguísticos e/ou verbais (CABALLO, 2003).

Os elementos mais utilizados como componentes das HS que foram apresentados pelo autor são: o olhar/contato visual, as qualidades da voz, o tempo de conversação e o conteúdo verbal desta. Concluiu-se que alguns destes eram os mais considerados para classificar uma conduta como socialmente hábil: Olhar/contato visual; conversação, em geral, levando em conta o conteúdo, fluência e a duração; a qualidade da voz e os gestos com as mãos (CABALLO, 2003).

Esses componentes envolvem os costumes sociais, moda, estilo de vestir, e a linguagem, que podem mudar durante toda a vida. Portanto, para continuar socialmente hábil é preciso continuar aprendendo, pois com a falta de uso, depois de longos períodos de isolamento, pode ocasionar a perda das HS (CABALLO, 2003).

3.2.2. Modelos conceituais que deram origem as HS

Na Psicologia Clínica, os estudos precursores que visavam a análise dos problemas interpessoais foram desenvolvidos por autores de diferentes orientações teóricas como: Salter, Wolpe, Lazarus, Argyle, Dean, Zigler e Phillips. Esses autores desenvolveram modelos para o esclarecimento de variáveis associadas ao processo de socialização e na análise de fatores que podem ocasionar déficits e dificuldades de desempenho social (FUMO et al., 2009).

Foram destacados cinco modelos que permitiram a estruturação do campo teórico e prático das HS: o modelo cognitivo, o da teoria de papéis, o da assertividade, o da aprendizagem social e o da percepção social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996).

O modelo cognitivo parte do pressuposto de que o desempenho social considerado adequado é mediado por habilidades sócio-cognitivas na interação da criança com seu meio social. Neste caso o desempenho interpessoal está associado com o “processamento dos estímulos ambientais, dos fenômenos do ambiente social, em que o indivíduo organiza cognições e comportamentos frente a objetivos sociais ou interpessoais” que são culturalmente aceitos, sendo que essas cognições geram comportamentos (BOLSONI-SILVA, 2002).

O sujeito avalia e modifica continuamente o comportamento que emite para maximizar a probabilidade de alcançá-los. Como exemplo é possível citar a resolução de problemas interpessoais, a necessidade de atribuir causalidade aos fatos ou intencionalidade às pessoas e a de colocar-se no lugar do outro (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996).

O modelo da teoria dos papéis foi derivado da Psicologia Social e indica o papel plástico do comportamento, em que deve haver flexibilidade em assumir diferentes papéis sociais. Este modelo está interessado na compreensão da aquisição e desenvolvimento do próprio papel e do papel do outro, os elementos simbólicos, verbais ou não, que estão associados nesse processo (BOLSONI-SILVA, 2002; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996).

O modelo da assertividade apresenta dois aspectos que descrevem comportamentos respondentes e operantes. Respondente, pois, procura compreender a dificuldade no desempenho social dos indivíduos, que é vista como resultante da ansiedade interpessoal. Já no paradigma operante, a inabilidade social seria decorrente da carência de controle de estímulos na relação de respostas sociais ou a problemas específicos na aprendizagem de interações sociais (BOLSONI-SILVA, 2002; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

No modelo de aprendizagem social, que remete à relevância da observação que tem influência filogenética, as HS são aprendidas através de experiências interpessoais vicariantes, onde a observação do desempenho do outro (modelo) é considerada como o processo básico na obtenção do repertório social. Neste caso o reforço é mais considerado como fator de desempenho de comportamentos já aprendidos do que de aprendizagem (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996; BOLSONI-SILVA, 2002; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

Por fim o modelo da percepção social que focaliza uns dos aspectos da habilidade de leitura do ambiente social, reconhecendo e decodificando os sinais presentes no contexto interativo, as mensagens verbais e não verbais, e o conhecimento sobre as normas e valores das condutas esperadas. Com isso é possível ao indivíduo discriminar formas adequadas de se comportar frente aos diferentes padrões sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996).

Cabe salientar que os cinco modelos mencionados não são totalmente excludentes. Dessa forma é possível verificar a influência das tendências behaviorista e sociocognitivista

nesses modelos, que são incorporados nos Treinamento de Habilidades Sociais (THS) (BOLSONI-SILVA, 2002).

Influências da Terapia cognitivo-comportamental também podem ser destacadas com estudos precursores que visavam a análise dos problemas interpessoais, desde sua origem na década de 50 e 60. Esses estudos estiveram relacionados com as abordagens da Psicologia Comportamental e com o desenvolvimento da Psicologia Comportamental Cognitiva que incorporou o Treinamento Assertivo (TA) e o THS na análise do comportamento (FUMO et al. 2009; DEL PRETTE et. al, 2011).

Essas abordagens utilizavam conhecimentos derivados das pesquisas experimentais de laboratório, problemas de relacionamento social comuns como: a timidez, a agressividade e a apatia. Chamando a atenção para comportamentos sociais possíveis de serem avaliados, sugerindo estratégias de intervenção efetivas, seja em atendimentos individuais ou em grupos (BOLSONI-SILVA, 2002; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000).

• Origem das HS: do exterior ao Brasil

Com uma série de raízes históricas, que remontam as primeiras décadas da segunda metade do século XX, mais precisamente na década de 30, surgiu o movimento das HS, que se desenvolveu de estudos científicos sistemáticos. É possível afirmar que a pesquisa sobre as HS teve origem diferente nos Estados Unidos (as duas primeiras fontes) e na Inglaterra (a terceira fonte), e também ênfase diferente, embora tenha havido uma grande concordância nos temas, métodos e conclusões de ambos os países (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000).

As duas fontes oriundas dos Estados Unidos incluíam trabalhos de Salter, em 1949, que foram seguidos por Wolpe em 1958, e Lazarus em 1966 e depois por outros pesquisadores, da área clínica. Na década de 70, esses pesquisadores popularizaram a temática da assertividade que ganhou destaque nos Estados Unidos, sendo popularizado pelo livro *Your perfect right* de Robert E. Albert e Michael L. Emmons, com sucessivas reedições, alcançando em 1989 a 20ª edição, com a marca de 800 mil exemplares vendidos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000; CABALLO, 2003).

Salter em 1949 era considerado um dos pais da Terapia Comportamental e publicou o livro *Conditioned reflex therapy* (Terapia de reflexos condicionados), com os estudos de Pavlov acerca do reflexo condicionado, o que lhe permitiu promover técnicas para aumentar a expressividade verbal e facial. Salter também empregou a expressão “personalidade excitatória”, influenciado, por sua vez, pelos estudos de Pavlov sobre a atividade nervosa superior (BOLSONI-SILVA, 2002; CABALLO, 2003; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

Já Wolpe, em 1958, é o primeiro autor a empregar o termo “assertivo” e “comportamento assertivo”, o qual se refere à expressão que ampliou e especificou o repertório de HS, identificando a possibilidade de avaliar e intervir em comportamentos envolvidos na expressão de sentimentos negativos e na defesa dos próprios direitos, que substituiu a expressão “personalidade excitatória” de Salter. Posteriormente, alguns autores propuseram trocar o termo de Salter por outros novos, como: “liberdade emocional”, “efetividade pessoal”, “competência pessoal” etc. (BOLSONI-SILVA, 2002; CABALLO, 2003).

A segunda fonte é representada pelos trabalhos de Zigler e Philips em 1960 e 1961, sobre a “competência social” com adultos hospitalizados em instituições psiquiátricas e “mostrou que quanto maior a competência social prévia dos pacientes, menor e a duração de sua internação e mais baixa a taxa de recaídas” (CABALLO, 2003).

Em consequência Lazarus em 1966, Wolpe e Lazarus também em 1966, Alberti e Emmons em 1970, Lazarus em 1971 e Wolpe em 1969 ampliaram a pesquisa em HS. Alberti e Emmons lançaram o livro *Your perfect right* (Seu perfeito direito), o primeiro dedicado

exclusivamente ao tema da assertividade. No início dos anos 70 outros autores, como R. Eisler, M. Hersen, R. M. Mcfall e A. Goldstein, contribuíram com o desenvolvimento do campo e elaboraram programas de treinamento para reduzir déficits em HS. Lazarus em 1977 trabalhou com Wolpe e criticou a ênfase exagerada na expressão de sentimentos negativos e propôs, então, a inclusão da expressão de sentimentos positivos (CABALLO, 2003; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

O TA também recebeu outras denominações: *Structured Learning Therapy* por Goldstein em 1973; *Emotional Expressiveness* por Lazarus em 1977; e *Personal Effectiveness* pelos autores Liberman, King, DeRisi e McCann em 1975. Cabe salientar que o THS já havia se estruturado como um método para treinamento de um conjunto de classes de HS, mesmo antes de haver um consenso sobre as principais classes de assertividade (BOLSONI-SILVA et al., 2006).

Houve nesse período, o surgimento de abordagens que buscavam ampliar a definição de desenvolvimento humano, considerando a interação das dimensões biológica, cognitiva, afetiva e social; reconhecendo e valorizando a qualidade das relações interpessoais para um bom desenvolvimento biopsicossocial do ser humano (LEME et al., 2016).

Já a terceira fonte, oriunda da Inglaterra, surgiu com o grupo de pesquisas teórico-prático de estudos da Universidade de Oxford, liderado por Michael Argyle. Seus estudos utilizavam abordagens cognitivas e tinham por objetivo investigar as relações sociais no contexto do trabalho, sobre ergonomia e sistemas homem-máquina, explicar o desenvolvimento e a aprendizagem ao longo do ciclo de vida, e difundir o conceito de HS e o THS para outros países, especialmente habilidades cognitivas resultantes de um projeto sobre HS ao longo de 15 anos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996).

Foi Argyle, em 1976, após reunir a aplicação dos conhecimentos do “modelo das HS”, que criou a expressão THS. Argyle entendia as HS “como o mecanismo de interação entre as pessoas, situando-as no campo da comunicação” (DEL PRETTE et al., 2011).

Argyle englobou conceitos de diferentes matrizes teóricas da Psicologia, “como a teoria de papéis, a abordagem operante, a abordagem de processamento cognitivo (especialmente teorias da percepção social) e a teoria da aprendizagem social”. Ele acreditava que essas teorias iriam contribuir “na explicação das interações sociais e do relacionamento social de amizade, amor, cooperação, e de fenômenos como dominância (liderança), necessidade social, instinto gregário etc.” associados ao conceito de habilidades, especialmente cognitivas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996; DEL PRETTE et al., 2011).

Muitos dos trabalhos pioneiros de Argyle receberam a colaboração de seu principal assistente em Oxford, Peter Trower. Em 1995 Trower publicou uma análise sobre a área do THS, mostrando o estado da arte e as tendências teóricas empíricas atuais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000).

Da Inglaterra, o movimento do THS partiu para aos Estados Unidos, Canadá e Austrália, também com aceitação na Espanha, México, Bélgica, Chile, Colômbia e em Portugal “na esteira do interesse pela análise do comportamento e pela terapia comportamental-cognitiva”. Posteriormente, a partir da década de 80, vários autores como Cox e Schopler em 1995; Hargie

Saunders e Dickson em 1994; e Trower em 1995 “apontaram para uma maior abrangência do THS e defenderam que a assertividade deveria ser compreendida como uma de suas subáreas” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996; BOLSONI-SILVA et al., 2006).

Sobre a difusão dos estudos de HS na América do Sul e no Brasil, Del Prette et al. (2011) afirmam que houve uma difusão tardia sobre o campo teórico-prático das HS e, em particular, do uso de programas de THS. Três fatores poderiam explicar essa situação:

2.3. O primeiro refere-se ao atraso na regulamentação da profissão de psicólogo, que ocorreu no Brasil, em 1962; no Chile, em 1964 e, na Argentina, em 1973, quando

comparados com os Estados Unidos, o Canadá e com alguns países europeus que há muito tempo já possuíam a profissão regulamentada. 2.4. O segundo fator diz respeito à dificuldade de acesso à produção de pesquisadores do exterior até a década de 1980, quando ocorreu a expansão da rede mundial de computadores. 2.5. O terceiro fator, pelo menos em nosso país, pode ser atribuído à dificuldade com a língua e, portanto, à assimilação da bibliografia estrangeira sobre a área. Considerando tal situação, estudos publicados ao final da década de 1980 e no início de 1990, nas línguas portuguesa e espanhola, constituíram objeto de interesse inicial pelo THS na América do Sul (DEL PRETTE et al. 2011).

No Brasil, os estudos precursores da área de HS, obstante algumas traduções de autores pioneiros nos momentos do TA e do THS, foram publicados no final da década de 70 e 80. Esse interesse inicial foi direcionado mais para a prática do que para a pesquisa, o que pode ter ocasionado poucas publicações. Um levantamento nos periódicos da época mostrou que a primeira publicação sobre TA apareceu em 1978 com o título: “*O treino assertivo na formação do psicólogo*”¹. Mas, a partir da década de 80, seguiram-se outras publicações, enfocando diferentes problemas e temáticas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000).

O primeiro artigo conceitual sobre psicologia das HS produzido no Brasil foi escrito por Del Prette e Del Prette em 1996, com o título de “*Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento*” e pode ser considerado como um marco da apresentação desse campo de conhecimento e aplicação em nosso país. E foi apenas em 1999 que ocorreu o lançamento do primeiro livro² no país exclusivamente sobre HS, que veio completar e ampliar a apresentação da área das HS, abordando os principais conceitos e matrizes teóricas, expondo, detalhadamente, procedimentos e técnicas de intervenção em THS (FUMO et al., 2009; BOLSONI-SILVA et al., 2006).

É possível destacar trabalhos desenvolvidos sobre a temática do TA e do THS entre os anos de 1980 e início do ano 2000. Esses estudos foram classificados por Del Prette e Del Prette (2000) em quatro grupos temáticos: análise de programas ou procedimentos de treino; caracterização de repertórios de populações específicas; análise e desenvolvimento de instrumentos de avaliação e; estados da arte/estudos teóricos (FUMO et al., 2009).

• Programa de THS e TA

O THS pode ser considerado como um dos movimentos da Psicologia que mais deram bons resultados nas últimas décadas, tanto por sua finalidade, quanto pela sua base teórica. É possível afirmar, por isso, que o THS alcançou maior aceitação que o TA, do qual ele foi contemporâneo (BOLSONI-SILVA et al., 2006).

As primeiras tentativas de THS, embora ainda sem sua definição concreta, remontam a diversos trabalhos realizados com crianças por autores como: Jack em 1934; Murphy, Murphy e Newcomb em 1937; Page em 1936; Thompson em 1952; e Williams em 1935. Esses autores estudaram os aspectos do comportamento social em crianças, entretanto, durante um longo tempo não foram reconhecidos como antecedentes precoces do movimento das HS (CABALLO, 2003).

A definição para o programa de THS é caracterizada por ser a atividade de condução ou mediação, pelo terapeuta ou coordenador, do agrupamento de atividades organizadas que estruturam os processos de aprendizagem. Cada participante tem por objetivo: “(a) ampliar a frequência e/ou melhorar a proficiência de habilidades sociais já aprendidas, mas deficitárias;

¹ DEL PRETTE, A. *O treino assertivo na formação do psicólogo*. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, 30, 53-55; 1978.

² DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e Educação*. Petrópolis: Vozes, 1999.

(b) ensinar HS novas significativas; (c) diminuir ou extinguir comportamentos concorrentes com tais habilidades” (DEL PRETTE et al., 2011).

Segundo Del Prette et al. (2011), os programas de THS se apoiam nos seguintes princípios e constatações empíricas:

As habilidades sociais são aprendidas e, portanto, podem ser ensinadas; A aprendizagem de habilidades sociais pode ocorrer de maneira incidental ou pode ser planejada por meio de condições estruturadas (de ensino ou de terapia); Como o contexto social é permeado por diferentes subculturas, cujas práticas se alteram ao longo do tempo, certas habilidades sociais podem ser valorizadas em determinados contextos, em detrimento de outras (caráter situacional cultural das habilidades sociais). Ao longo do tempo, as diferentes experiências do cotidiano podem alternar as condições de estimulação social do indivíduo: se favoráveis, as habilidades sociais entram em um círculo virtuoso de aprender-fortalecer-aperfeiçoar; se desfavoráveis, em um círculo vicioso de enfraquecer-extinguir-desaprender, com alta probabilidade de serem substituídas por comportamentos problemáticos (DEL PRETTE et al. 2011).

As atividades executadas nos THS podem ser realizadas em atendimentos individuais (consultórios psicológicos) ou em grupo (escolas, empresas e clínicas-escola, etc.). Contudo o trabalho em grupo se destaca em relação à forma individual, pois a existência de uma situação social constituída propicia que os participantes desempenhem papéis e forneçam *feedback* uns aos outros. Dessa forma o THS busca, através de procedimentos clínicos e educativos, superar *déficits* no desempenho social e promover interações sociais mais satisfatórias (BOLSONISILVA, 2002; LEME et al., 2016).

Na área clínica, o THS frequentemente é usado para: “transtornos afetivos e de ansiedade; esquizofrenia; timidez e isolamento social; problemas conjugais e familiares; transtornos de personalidade antissocial”. Já na área educacional o THS é utilizado no ensino especial e regular. Por isso, demandas na área familiar, escolar, de trabalho, onde pessoas possuam *déficits* de relacionamento interpessoal, pode ser beneficiada com um THS (BOLSONI-SILVA, 2002).

Cabe salientar que o THS deve levar em consideração as características da população, os problemas (queixas), os *déficits* de comportamentos e os recursos individuais, pois sua aplicação não deve ser mecanizada e nem baseada em técnicas isoladas. Tendo em vista que os manuais e os protocolos de intervenção precisam ser utilizados de forma flexível e adaptável às condições de cada participante (DEL PRETTE et al., 2011).

Toda via, realizar uma avaliação completa das HS e da competência social requer uma estratégia de avaliação metodológica multimodal, usando diferentes instrumentos e procedimentos, junto a vários informantes, em diferentes contextos ambientais, não somente focando nos *déficits* comportamentais, mas considerando também os recursos presentes no repertório do indivíduo (LEME et al., 2016).

Por isso o estudo do campo teórico-prático do THS é importante, pois os seres humanos interagem socialmente, “e ao serem socialmente habilidosos, são capazes de promover interações sociais satisfatórias, as quais favorecem aumento de reforçadores e, portanto, podem auxiliar na prevenção e/ou redução de dificuldades psicológicas” (BOLSONI-SILVA, 2002).

3.2.3. Distinção entre termos: Competência Social, Assertividade e Comportamento Socialmente Habilidoso

Devido a carência de uma definição universalmente aceita do termo HS, e com a enorme variedade de dimensões que nunca acabam de ser estabelecidas, alguns pesquisadores, de acordo com seu objetivo e modelo da pesquisa, atribuíram sinônimos para tratar sobre HS (CABALLO, 2003; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

Termos como: competência social (CS); assertividade; e comportamento socialmente habilidoso são encontrados na literatura e usados como sinônimos para HS, entretanto cada termo apresenta a sua particularidade. A seguir serão definidos competência social, assertividade, comportamento socialmente habilidoso, e também problemas de comportamentos, dificuldades interpessoais e déficits em HS.

• Competência Social

Caballo afirmou que mesmo CS e HS terem sido utilizado como sinônimos, atualmente há a intenção de separá-los para designar aspectos diferentes do campo das HS (CABALLO, 2003).

Para os autores que diferem HS de CS, o termo HS é utilizado no plural, onde as HS são definidas em termos descritivos para designar as classes de comportamentos abertos e encobertos, que são exigidos nas interações sociais. Já o termo CS, em um sentido estritamente avaliativo, visando qualificar o nível de proficiência da funcionalidade do desempenho das interações, com que os comportamentos são ou deveriam ser emitidos, bem como sua congruência e adequação às dimensões pessoal e situacional e com classes articuladas para um desempenho bem-sucedido (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996; BOLSONI-SILVA, 2002; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010; LEME et al., 2016).

Para ser considerado socialmente competente, o sujeito precisa alcançar seus objetivos imediatos de forma socialmente aceitável e, que o seu desempenho gere equilíbrio entre os ganhos próprios e o do outro nas relações interpessoais, ao mesmo tempo que respeite os direitos humanos. Esses indivíduos geralmente apresentam melhor expressão verbal e não verbal, como variações de postura, maior tempo de fala e maior frequência de perguntas (BOLSONI-SILVA, 2002, LEME et al., 2016).

Caballo (2003) faz uma distinção dos termos da seguinte forma:

Ao falar de “competência”, o termo se refere a uma generalização avaliadora, enquanto o termo “habilidades” refere-se a capacidades específicas. Social é um adjetivo empregado para qualificar os termos competência e habilidades. Esse adjetivo refere-se ao fato de que nosso interesse na conduta de uma pessoa dá-se a partir de uma perspectiva social. Por outro lado, a conduta social conceitua liza-se sobre as bases da reciprocidade e da influência mútua. Não somente o indivíduo encontra-se influenciado pelas respostas dos demais; ele ajuda, também, a criar seu ambiente social ao exercer influência sobre os outros para que modifiquem sua conduta (p. 14).

Del Prette e Del Prette (2011) afirmam que os conceitos de HS e CS não se equivalem:

Os conceitos sobre habilidades sociais e competência social não se equivalem. O termo habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais. Por outro lado, a competência social tem um sentido avaliativo e, portanto, qualifica “a proficiência de um desempenho e se refere à capacidade do indivíduo de organizar pensamentos, sentimentos e ações em função de seus objetivos e valores articulando-os às demandas imediatas e mediatas do ambiente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011).

Dessa forma, a CS, como construto avaliativo, implica em instrumentos de avaliação, a compreensão da especificidade da situação onde o desempenho ocorre com critérios de avaliação. Para isso utiliza-se dos principais critérios de funcionalidade: consecução dos objetivos, em termos de consequências específicas obtidas na interação social; manutenção ou melhora da autoestima dos envolvidos; manutenção ou melhora da qualidade da relação; maior equilíbrio entre ganhos e perdas entre os parceiros da relação; respeito e ampliação dos direitos humanos básicos (BOLSONI-SILVA et al., 2006; DEL PRETTE et al.; 2011).

Com a leitura adequada do ambiente social, que auxilia na decodificação correta dos desempenhos esperados, valorizados e efetivos para o indivíduo em sua relação com os demais,

as pessoas socialmente competentes conseguem contribuir na maximização de ganhos e na minimização de perdas para si e para aquelas com quem interagem. Para isso se utiliza HS específicas, referentes aos seus componentes cognitivo, motor e psicológico, o que favorece a obtenção de um desempenho adequado frente a determinada tarefa (BOLSONI-SILVA, 2002).

É preciso ressaltar ainda que, tanto os problemas de CS, quanto os de HS, fazem parte da grande maioria de transtornos psicológicos e das queixas que levam os pais a buscar ajuda terapêutica para seus filhos. Existem evidências de que um repertório deficitário de HS é considerado fator de risco para o desenvolvimento saudável que, inversamente, um bom repertório constitui fator de resiliência e condições adversas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2004).

• **Assertividade**

A assertividade pode ser definida como o processo pelo qual o indivíduo (emissor) expressa, de forma adequada, seus sentimentos e pensamentos. Para isso o emissor utiliza recursos da fala como: entonação, latência e fluência de palavras apropriadas, ouvindo o receptor para, então, responder; procurando atingir seus objetivos sem prejudicar as relações futuras com o mesmo. Levando em consideração também a expressão de sentimentos negativos e defesa dos próprios direitos (BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

Em contrapartida, quando o indivíduo não consegue expressar seus sentimentos, ou os nega, seu comportamento é definido como não-assertividade, onde o emissor “inibe a expressão de sentimentos, levando a pessoa a sentir-se ferida, ansiosa e autodesvalorizada, e por consequência raramente atinge os objetivos desejados” (BOLSONI-SILVA, 2002, p. 02). Neste sentido, é quando o emissor, ao não expressar seus sentimentos e seus pensamentos ao receptor, “emitindo, muitas vezes, comportamentos contra a própria vontade ou deixando de defender-se por medo de prejudicar sua relação futura com o receptor” pode ser, em muitos momentos, explorado e prejudicado, sem, contudo, atingir seus objetivos (BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010, p. 333).

Em algumas situações, pelas dificuldades em apresentar o comportamento assertivo, o indivíduo pode agir de forma agressiva. Pois ao usar a agressividade, em alguns momentos, o emissor alcança “os objetivos desejados, mas no processo magoa os demais, fazendo escolhas por eles, além de os desvalorizar como pessoas, possibilitando represálias futuras”. Por isso, desenvolver comportamentos assertivos poderá permitir a “autoapreciação do emissor e uma expressão honesta de seus sentimentos, geralmente atingindo os objetivos desejados, não prejudicando a si mesmo, nem o receptor” (BOLSONI-SILVA, 2002, p. 02).

A assertividade se torna um campo dentro das HS, apesar de suas semelhanças, pois algumas diferenças as particularizam. Segundo Del Prette et al. (2011) é possível destacar:

Maior diversidade de matrizes teóricas presentes no campo das habilidades sociais do que no da assertividade; maior variedade de classes de comportamento social no campo das habilidades sociais; um maior espectro de tipos de dificuldades interpessoais associadas a déficits de habilidades sociais do que à assertividade (contraposta à agressividade e à passividade enquanto classes amplas de desempenhos interpessoais) (DEL PRETTE et al. 2011).

É importante destacar que nem todas as pessoas com dificuldades interpessoais no campo da assertividade apresentarão déficits em HS gerais. O oposto também é verdadeiro (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000).

• **Comportamento Socialmente Hábido**

A definição para comportamento socialmente hábil se dá através do conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal. Neste caso, o sujeito

pode expressar sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos, de modo adequado a situação, respeitando esses comportamentos em relação aos demais, resolvendo os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas (BOLSONISILVA, 2002; CABALLO, 2003).

Segundo Del Prette e Del Prette (1996), para os autores que utilizam os termos HS e CS como equivalentes, cabe a definição de comportamento socialmente habilidoso, formulada por Caballo (1987), que busca integrar aspectos de conteúdo e de funcionalidade:

O comportamento socialmente habilidoso é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo no contexto interpessoal, que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolvem uma situação ao mesmo tempo em que minimiza a probabilidade de problemas futuros (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996, p. 241).

Os comportamentos socialmente habilidosos estão relacionados à aquisição de reforçadores positivos, de esquiva ou fuga, e também nas interações sociais (BOLSONISILVA; CARRARA, 2010). Para que isso ocorra são necessárias as seguintes capacidades:

Iniciação e manutenção de conversações; falar em grupo; expressar amor, afeto e agrado; defender os próprios direitos; solicitar favores; recusar pedidos; fazer e aceitar cumprimentos; expressar as próprias opiniões, mesmo os desacordos; expressar justificadamente quando se sentir molestado, enfadado, desagradado; saber desculpar-se ou admitir falta de conhecimento; pedir mudança no comportamento do outro e saber enfrentar as críticas recebidas. As situações onde estas respostas podem ocorrer são muitas e variadas, como, por exemplo, ambientes familiares, de trabalho, de consumo, de lazer, de transporte público, de formalidade etc. (BOLSONI-SILVA, 2002, p. 3).

Para ser considerado como uma resposta socialmente hábil é preciso verificar se o resultado final de uma cadeia de condutas começou com uma recepção correta de estímulos interpessoais relevantes. Dessa forma, seria possível continuar com o processamento flexível dos estímulos, gerando e avaliando as possíveis opções de resposta, das quais se selecionaria a melhor, e terminaria com a emissão apropriada ou expressão manifesta da opção escolhida (CABALLO, 2003).

Silva e Cavalcante (2015) ao citarem os estudos de Del Prette e Del Prette (2005), salientaram que existe três tipos de reações possíveis diante de uma situação de interação social: as reações não-habilidosas passivas, as não-habilidosas ativas e as habilidosas.

As reações não-habilidosas passivas e as do tipo ativas são aquelas que prejudicam a competência social, sendo que o primeiro grupo reúne as que se expressam de forma encoberta, tais como incômodo, mágoa ou no sentido do não enfrentamento das demandas, enquanto que o segundo grupo é constituído por comportamentos que se apresentam de maneira aberta através de agressividade física ou verbal, ironia, negativismo, coerção e autoritarismo, comprometendo a competência social. As reações habilidosas, por sua vez, estariam em uma posição intermediária entre as já citadas, e são as que se expressam pela coerência entre os comportamentos abertos e encobertos, no sentido de promover a adequação às demandas e que contribuem para a competência social (SILVA; CAVALCANTE, 2015, p. 251).

A relação entre comportamentos sociais habilidosos e não-habilidosos em crianças pode ser determinada com a variável sexo, onde existem maiores índices de comportamentos habilidosos (empatia, por exemplo) em meninas, em comparação aos meninos. As meninas apresentam escores mais altos de HS (assertividade e cooperação) que meninos, e estes apresentam mais problemas de comportamentos externalizantes e hiperatividade que as meninas, mas sem diferenças entre os sexos para comportamentos internalizantes (SILVA; CAVALCANTE, 2015).

É preciso destacar que não existe uma maneira universal considerada correta de se comportar, mas uma série de enfoques diferentes que podem variar de acordo com o indivíduo

e o lugar onde se encontra. O comportamento socialmente hábil deve estar relacionado em termos da eficácia de sua função em uma situação, seu contexto, as diferenças de idades e sexos, assim como para subculturas distintas, pois os valores sociais sugerem comportamentos diferentes para cada circunstância (CABALLO, 2003).

3.2.4. Problemas de comportamentos, dificuldades interpessoais e déficits em HS

Segundo Elias e Amaral (2016), não existe um consenso na literatura acerca da definição de problemas de comportamento, entretanto é possível distinguir características ou fatores para explicar esses déficits. No caso, problemas de comportamento, dificuldades interpessoais, déficits ou excessos comportamentais merecem atenção pois, prejudicam a interação da criança com pares e adultos de sua convivência, concorrem com a saúde mental, com seu desenvolvimento adequado e consistem em um importante foco de estudo para a Psicologia.

Sobre os problemas de comportamento é possível classificá-los como externalizantes e internalizantes. Quando externalizantes são expressos em relação a outras pessoas e são mais frequentes em “transtornos que envolvem agressividade física ou verbal, comportamentos opostos ou desafiadores, condutas antissociais (mentir e roubar) e comportamentos de risco (como uso de substâncias psicoativas)”. Já os problemas de comportamento internalizantes, que são expressos em relação ao próprio indivíduo, são “mais prontamente identificáveis em transtornos, como depressão, isolamento social, ansiedade e fobia social” (ELIAS; AMARAL, 2016, p. 51).

Del Prette e Del Prette (2000) apontam que alguns fatores explicativos podem ser destacados para caracterizar as dificuldades interpessoais e são eles: a ansiedade interpessoal, os processos cognitivos disfuncionais, os déficits no repertório comportamental e os problemas de percepção social. A seguir, serão apresentadas características de cada fator de dificuldades interpessoais:

A ansiedade interpessoal pode provocar a esquivas ou a fuga de interações sociais. Com isso, pode gerar também comportamentos sociais excedentes (falar em demasia, exagerar na altura da voz, gesticular excessivamente, etc.) ou comportamentos reduzidos em relação às demandas, que é o exemplo de respostas curtas quando a situação requer uma maior participação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000; DEL PRETTE et al.; 2010).

Já os processos cognitivos disfuncionais estão relacionados com a aprendizagem do comportamento social. Esses processos são mediados cognitivamente, e quando disfuncionais, influenciam negativamente no desempenho interpessoal. Desde os primeiros anos de desenvolvimento, a criança pode aprender processos cognitivos disfuncionais, em muitos casos são ocasionados por uma educação excessivamente exigente, a ênfase no cumprimento de regras, os discursos prescritivos e o uso da punição. Os mais encontrados são: autoavaliações distorcidas onde o indivíduo pode subestimar ou superestimar sua competência social; padrões perfeccionistas, no qual não há satisfação com os próprios desempenhos mesmo quando bem sucedidos, ou com baixa autoestima, auto verbalizações negativistas, autoinstruções inadequadas; expectativas e crenças irracionais como o derrotismo e o pessimismo (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000).

Os déficits no repertório comportamental são caracterizados quando o indivíduo não aprendeu os comportamentos que algumas situações requerem. Esses déficits podem estar relacionados à restrições de oportunidades de convivência em diferentes grupos culturais, círculo familiar empobrecido; práticas parentais que valorizam e premiam a dependência e punem a autonomia do sujeito e a criatividade nas interações sociais; doenças, sequelas físicas e rebaixamento da inteligência que podem impedir ou dificultar a variabilidade de contatos sociais; comportamentos concorrentes abertos, antissociais ou de isolamento; comportamentos

concorrentes encobertos com distorções cognitivas, com valores, crenças, padrões de pensamentos pouco adaptativos; e por fim déficits em componentes motores verbais e não verbais necessários para o comportamento social competente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1996; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000; DEL PRETTE et al.; 2010).

Já os problemas de percepção social estão relacionados a uma leitura do ambiente social. Isto significa a possibilidade de interpretação correta e da comunicação realizada pelo interlocutor através dos canais verbal e não-verbal, discriminando os papéis e as normas em que a interação está sendo efetuada. Pois ambientes desprovidos de oportunidades para o desenvolvimento e/ou a aquisição das HS podem gerar dificuldades de adaptação psicossocial e transtornos psicológicos em fases posteriores (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000; LEME et al., 2016).

Em relação aos déficits de HS e de problemas de competência social, para sua superação é necessário, em geral, serviços especializados no campo da terapia ou da educação. Envolvendo nesses serviços possibilidades de intervenção, em termos de procedimentos, técnicas e programas (DEL PRETTE et al.; 2011).

Diante disso, desenvolver um repertório elaborado de HS é considerado como fator de proteção contra os problemas de comportamento, dificuldades interpessoais, déficits ou excessos comportamentais que podem ser ocasionados pela violência sofrida entre crianças e adolescentes acolhidos, pois a superação desses déficits pode indicar o ajustamento psicossocial, desenvolvimento saudável e melhora da qualidade de vida, além de ser um preditor significativo de competência acadêmica (FUMO et al., 2009).

3.2.5. HS na infância

Acerca das HS e sua relação com a infância, é possível afirmar que não há dados definitivos sobre como e quando se inicia o aprendizado das HS, mas a infância é considerada um período crítico. É na infância e na adolescência, que as práticas educativas da família e da escola, junto com as experiências de convivência com os colegas, propiciam condições para a aquisição e o aperfeiçoamento das HS e da competência social (DEL PRETTE et al.; 2011).

Segundo Caballo (2003), o fator mais crítico para a criança desenvolver HS é a modelação, que acontece através da relação e observação do comportamento de seus pais ou outras pessoas. Assim sendo, as condutas verbais ou não verbais são aprendidas através da modelação (CABALLO, 2003).

Inúmeras experiências na infância podem favorecer ou prejudicar a aquisição de HS, e o seu déficit pode estar relacionado à presença de problemas de comportamento, onde cada criança responde de maneira diferente ao comportamento agressivo, assertivo e passivo dependendo de seu sexo. Diante disso, existem “evidências de que a expressão das HS pode variar conforme diversos fatores, como sexo, idade e condições clínicas de saúde das crianças” (CABALLO, 2003; SILVA; CAVALCANTE, 2015).

Levar em consideração essas características pessoais é importante, pois são fatores atuantes nos processos de aquisição das HS, junto com o ambiente, ao longo da trajetória de desenvolvimento do indivíduo, o que pode afetar os padrões de comportamento social conforme o estágio que a criança se encontra, tendo em vista que esta população específica possui suas próprias características e têm necessidades interpessoais próprias (SILVA; CAVALCANTE, 2015; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

Sobre as diferenças entre os sexos na emissão e déficits de classes de HS considera-se que esses comportamentos podem ser explicados por fatores biológicos, (comportamentos agressivos em meninos explicados por suas taxas hormonais de testosterona), e culturais (processo de socialização diferenciadas para meninos e meninas). Esses padrões se relacionam diretamente onde se desenvolvem, como por meio de modelos aprendidos que reforçam os

papeis de gênero masculino e feminino, presentes relações das crianças com seus pares (SILVA; CAVALCANTE, 2015).

A idade seria outro fator apontado pela literatura associado às variações no repertório social. Em função disso, foi comprovando que progressivamente as crianças tendem a aprimorar seu repertório de HS conforme vão crescendo (SILVA; CAVALCANTE, 2015).

Bolsoni-Silva e Loureiro (2010) ao citarem os estudos de Pierson, Carter, Lane e Glaeser (2004) descrevem que eles investigaram a associação do repertório de HS e de problemas de comportamento de 90 estudantes. Essa pesquisa reafirma sobre a relação positiva entre HS e autodeterminação, reiterando que o repertório de HS pode ser protetor ao desenvolvimento do indivíduo.

Além do sexo e idade, o estado de saúde com doenças como asma, dermatoses e epilepsia, sentimentos de inadequação com problemas de comportamentos internalizantes, como ansiedade e depressão, patologias que podem afetar diretamente a execução de atividades das crianças, e em alguns casos impedem seu convívio social, afetam sua qualidade de vida, podendo contribuir para o aumento da probabilidade da criança apresentar um repertório de comportamentos sociais inadequados (SILVA; CAVALCANTE, 2015).

Com isso, quanto maior a frequência de problemas de comportamento menor o repertório de HS e o desempenho acadêmico. Neste caso, o déficit no repertório de HS se torna fator de risco para a realização acadêmica e para o desenvolvimento socioemocional que podem se agravar na adolescência e idade adulta. Crianças que apresentam comorbidade entre baixo desempenho escolar e problemas de comportamento dispõem de um risco ainda maior para crianças que não apresentam, o que justifica considerar essas crianças como um grupo mais vulnerável (ELIAS; AMARAL, 2016).

Para haver uma diminuição da ocorrência de comportamentos problemáticos se faz necessário a aquisição de HS com o treinamento de HS e de resolução de problemas, que acarretará uma melhora da qualidade das suas relações. Para isso é preciso observar que ao se falar em crianças e adolescentes existem HS específicas que merecem atenção e que quando desenvolvidas poderão ampliar e melhorar seu desenvolvimento interpessoal como: habilidades acadêmicas (tirar dúvidas, seguir as orientações do professor, saber trabalhar de forma independente); habilidades de autocontrole (controlar o humor, negociar, lidar com críticas); habilidades de relacionamentos com pares (cumprimentar, elogiar, oferecer ajuda, fazer amizades); habilidades de ajustamento (atender a pedidos, seguir regras e instruções, usar tempo livre de forma apropriada); habilidades assertivas (responder a cumprimentos, iniciar conversação, aceitar e recusar convites), de autocontrole e expressividade emocional, solução de problemas interpessoais, civilidade e empatia (ELIAS; AMARAL, 2016; BOLSONISILVA; CARRARA, 2010).

3.3. Violências Contra Crianças e Adolescentes

A violência pode ser considerada com um fenômeno de difícil apreensão, devido seu grau de subjetividade, polissemia, polêmica e controvérsia, além de ser principalmente envolvida em uma forma própria de relação pessoal, política, social, ambiental e cultural. Dentre as inúmeras dificuldades no enfrentamento da violência, encontra-se o do próprio reconhecimento de que existe a violência, ou quando ela é visibilizada, mas a vítima é culpabilizada por ter “provocado” violência. Sendo considerada um componente cultural naturalizado, a violência se torna um problema da atualidade por ser resultante das interações sociais (MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2001; DAHLBERG; KRUG, 2007; EGRY et al., 2017).

Conforme Barbiani (2016), componentes como a magnitude, transcendência e vulnerabilidade podem ser levados em consideração para a análise da violência:

Dimensões de magnitude (frequência: anos potenciais de vida perdidos), transcendência (gravidade: óbitos, internações, sequelas, medo, indignação, custos, absenteísmo) e vulnerabilidade (prevenção, mudança de comportamento, promoção da saúde e cultura de paz) fazem da violência um fenômeno complexo, envidando esforços mundiais para seu controle (p. 202).

Situada enquanto um fenômeno social complexo, a violência ganhou atenção dos estudiosos e das políticas de saúde nas últimas décadas. No caso, a violência entre crianças e adolescentes se torna um desrespeito aos direitos fundamentais, quando tratada como um fato natural ou como apenas um modo particular de os pais lidarem com os seus filhos, passando a ser considerada como um grave problema a de responsabilidade tanto do Estado, sociedade civil e principalmente das próprias famílias (NUNES; SALES, 2016; FREITAS; MOURA; MONTEIRO, 2016; CARLOS et al., 2016).

A violência contra crianças e adolescentes pode ser definida como “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que resultam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BARBIANI, 2016). Minayo (2001) traz uma explicação ainda mais detalhada sobre a violência contra crianças e adolescentes:

A violência contra a criança e ao adolescente é todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (p. 92).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência que envolve crianças e adolescentes se define como o uso intencional da força ou do poder físico, real ou em ameaça, contra uma pessoa, grupo ou comunidade, ou a si próprio, envolvendo todas as formas de maus-tratos emocionais e/ou físicos, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, comercial ou outras formas de exploração. Podendo ter grande chance de resultar em lesão, injúria, morte, dano psicológico, privação ou alteração de desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (CARLOS et al., 2016; BARBIANI, 2016; EGRY et al., 2017).

A violência se torna um problema de saúde pública pelos impactos que acarreta na qualidade de vida das pessoas e nas demandas e custos aos sistemas de saúde e seguridade social. É considerada mundialmente violação de direitos, e se expressa em diferentes contextos e de formas variadas (BARBIANI, 2016).

Cabe citar que as lesões decorrentes de violências, que podem estar relacionadas a agressões, a homicídios, a suicídios ou tentativas, a abusos físicos, sexuais, psicológicos, a negligências e outras, são classificadas como causas externas de morbidade e mortalidade. As vítimas comumente são atingidas por sequelas permanentes ou não, podendo levar à incapacidade para o trabalho e/ou outras atividades rotineiras (BRASIL, 2013).

Seja a violência, vivida ou testemunhada, as consequências de tais atos podem afetar a saúde física e mental de crianças não apenas no curto, mas também no médio e longo prazo. Gawryszewski et al. (2009) apontam que, essas repercussões incluem “dificuldade de aprendizado, transtornos comportamentais e de relacionamento, tabagismo, uso nocivo de álcool, depressão, problemas psíquicos, entre outras”. Apesar dos abusos contra crianças e adolescentes datarem da Antiguidade, eles somente começaram a ser tema de estudos e pesquisas há cerca de 45 anos (GAWRYSZEWski et al., 2009).

Descritos desde a Antiguidade o abuso sexual de crianças era considerado habitual. O imperador romano Tibério tinha inclinações sexuais que incluíam crianças como objeto de prazer. Ao se retirar para a ilha de Capri, levou consigo várias crianças e as obrigava a satisfazer sua libido através da prática de diversas formas de atos sexuais (ADED et al., 2006).

Nas civilizações antigas, o infanticídio era considerado um meio corriqueiro para eliminar as crianças que nasciam com deformidades físicas, servindo também para equilíbrio de sexo da população, por motivos religiosos, medida econômica nos grandes flagelos, por não aguentarem longas caminhadas, por ser direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho. Crianças eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais (SCHERER; SCHERER, 2000).

No século XV, a figura infantil passou a ser vista como símbolo de inocência e que resultou como oposição à prática da violência. No século XVI, retorna-se a época de agressões e há o surgimento de “colégios” com o intuito de se abrigar estudantes pobres e sem famílias que eram considerados indesejados pela sociedade. A violência contra criança e adolescente, com o passar da história humana, além do caráter arbitrário dos pais de decidirem sobre sua vida, sempre esteve vinculada ao processo educativo e por isso se tornou também um instrumento de socialização e, portanto, como resposta automática a desobediências e rebeldias (SCHERER; SCHERER, 2000; MINAYO, 2001).

A medicina exerceu um importante papel para a classificação da violência contra crianças e adolescentes, conforme apontam Scherer e Scherer (2000):

No Simpósio da Academia Americana de Pediatria, em 1941, as agressões foram caracterizadas e divididas em quatro categorias: violência física - realizada de forma direta (pontapés, bofetadas, beliscões, etc.), ou indireta (com instrumentos de castigo); abandono físico ou moral - não provimento de cuidados básicos como alimentação e higiene (físico) e não provimento de um lar (moral), deixando a criança na rua, exposta a sérios perigos como vícios e más companhias; exploração sexual - agressão sexual por um adulto; maltrato psicológico - agressão verbal, intimidação, insultos, que produzem sérios traumas psicológicos na criança (p. 22; 23).

Outro marco importante da ação da medicina foi quando a pediatria americana começou a estudar, e a diagnosticar, a chamada síndrome do bebê espancado, colocando-a como um sério problema para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Com isso a visão sobre a violência infantil começou a mudar (MINAYO; SOUZA, 1999).

Trata-se de um problema antigo, uma vez que o primeiro trabalho científico descrevendo uma criança espancada foi a monografia de Ambroise Tardieu, médico legista francês em 1860, com o título: “*Étude médico-légale sur les sevices et mauvais traitements exercés sur des enfants*”. O mesmo autor, em 1857, em “*Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*”, analisou 632 casos de abuso sexual de mulheres, em sua maioria meninas, e 302 contra meninos e jovens do sexo masculino, descrevendo os sinais físicos conforme a gravidade do caso.

No “*Dictionnaire de hygiène et de salubrité*”, de 1862, Tardieu descreveu quase todas as formas de maus-tratos conforme são conhecidos hoje. Os estudos de Tardieu ajudaram a aumentar a visibilidade dos maus-tratos infantis, entretanto, não conseguiu convencer seus pares de que o abuso e os maus-tratos contra crianças e adolescentes aconteciam não só no ambiente de fábricas, minas e estabelecimentos escolares, mas também no seio das famílias (ADED et al., 2006).

Já na década de 70, vários países também reconheceram, formalmente, os maus-tratos como grave problema de saúde pública. Assim, primeiro nos Estados Unidos e no Canadá, e depois em outras regiões, foram criados programas nacionais de prevenção primária e secundária, além de centrais de denúncia, tornando público e passível de intervenção social um problema tradicionalmente e até então, considerado de foro privado (MINAYO; SOUZA, 1999).

No Brasil, é na década de 80 que o tema da violência se estabelece com mais intensidade em debates e no campo da saúde, tendendo a se consolidar no final dos anos 90. Para isso, os movimentos sociais pela democratização, instituições de direito, algumas organizações não governamentais (ONGs) de atenção aos maus-tratos na infância, e as organizações

internacionais, com poder de influenciar as pautas nacionais, exerceram papel fundamental para essa inclusão, sobre esse período é possível destacar:

Primeiro tomaram consciência do problema os epidemiologistas e os psiquiatras. Seus estudos tomam vulto nos anos 70, mas o incremento maior da contribuição científica se deu nos anos 80, que acumularam 83% de toda a produção intelectual até então disponível. Também na década de 80, alguns pediatras iniciaram atividades assistenciais e de prevenção nos hospitais em que trabalhavam e depois criaram ONG para ampliação e maior visibilidade de seu trabalho. Aí se destacam os Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami) em São Paulo; a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia) no Rio de Janeiro; e a Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (Abpani) em Minas Gerais. Já na metade dos anos 90, instados por investigadores da área da saúde, vários municípios iniciaram atividades de articulação com outros setores públicos e da sociedade civil, desenhando estratégias de prevenção e de assistência mais específicas. Tais iniciativas foram sempre articuladas entre universidades, institutos de pesquisa e serviços, ensejando uma relação profícua na abordagem das questões (MINAYO; SOUZA, 1999, p. 9).

Foi por meio da Constituição Federal e do ECA, coincidindo com a colocação do tema da violência na pauta da saúde pública, tornou obrigatória a notificação de casos confirmados ou de suspeita de violência. Ficou estabelecido também a penalização para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixassem de comunicar casos de violência contra criança e adolescente de seu conhecimento (REVORÊDO et al. 2016; EGRY, et al., 2017).

A criança passou a ter proteção legal para casos de violência, conforme registrado no ECA, Art. 5º “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990).

Apesar da queda do número de mortes de crianças e adolescentes por causas naturais nas últimas décadas, o número de mortes por causas externas, violência ou acidentes, aumentou. Diversas ações no campo da saúde, da sanidade pública e de acesso a outros benefícios sociais proporcionaram essa queda. Entretanto, ressalta-se a elevação nas taxas de homicídio de 13,8%, ainda no primeiro ano de vida e, de 13,5% até os cinco anos de idade, entre os anos 2000 e 2010. O Brasil ocupa atualmente o 4º lugar, entre 99 países, em homicídios de crianças e adolescentes, evidenciando que a violência contra esse público ainda é largamente praticada (FREITAS; MOURA; MONTEIRO, 2016; REVORÊDO et al., 2016).

Revorêdo et al. (2016) aponta que a violência e os acidentes constituem a terceira maior causa de morte entre crianças de zero a nove anos, o que configura uma problemática social e grave questão de saúde pública. Aproximadamente 10% dos grandes traumas ocorridos nos países desenvolvidos tem crianças como vítimas e, entre estas, destacam-se as lesões não acidentais com alta prevalência em menores de dois anos.

Uma pesquisa realizada pela UNICEF em 14 países envolvendo a resposta de mais de 11 mil meninas e meninos entre 9 e 18 anos, lançada no dia Mundial da Criança em 20/11/2017, afirma que a violência contra crianças e adolescentes foi a maior preocupação, com 67% dos respondentes relatando ser muito preocupante. Nesse sentido o Brasil se destaca com 82%, seguidos da Nigéria (77%) e México (74%). Especificamente sobre o Brasil, além dos 82% preocupados com a violência, 81% ainda se preocupam com a má qualidade da educação e 79% com questões sobre a pobreza (NAÇÕES UNIDAS, 2017). Alguns dados da UNICEF (2009) são alarmantes e merecem destaque:

Possivelmente a violência afeta entre 500 milhões e 1,5 bilhão de crianças, e estima-se em 150 milhões o número de crianças entre 5 e 14 anos de idade que estão envolvidas em trabalho infantil. Em 29 países, passa de 70 milhões o número de mulheres e meninas entre 15 e 49 anos de idade que foram submetidas a mutilação/corte genital. (...) Questões como violência, trabalho infantil e tráfico de

crianças são questões preocupantes também nos países industrializados. Anualmente pelo menos 4% das crianças nos países industrializados são vítimas de abusos físicos e uma em cada 10, é vítima de negligência ou sofre abusos psicológicos. Estima-se que entre 5% e 10% das meninas e até 5% dos meninos sofram abusos sexuais com penetração durante a infância (p. 24, 25).

Por serem uma parcela da população que precisa de cuidados diferenciados, crianças e adolescentes estão entre as principais vítimas de violências no mundo, pois nascem com total falta de defesa e perduram durante tempo prolongado na dependência de outros (adultos). Cerca de 227 crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos, morrem diariamente como resultado de violência interpessoal, sendo responsável por mais de 1 milhão de mortes por ano, em nível mundial. Geralmente, esta violência ocorre em ambiente familiar, em um espaço de relações de confiança, responsabilidade ou poder (SCHERER; SCHERER, 2000; CARLOS et al., 2016).

Nunes e Sales (2016) afirmam que os principais autores da agressão são os próprios responsáveis pelas vítimas, seja a mãe e/ou pai, seguido pelo padrasto e madrasta, ou conhecidos, incluído outros familiares. A mãe, por estar mais próxima fisicamente ao filho é apontada como a principal agressora, sendo a proximidade um fator de risco para o desenvolvimento da violência. Mais do que qualquer outro tipo de violência, a cometida contra a criança não se justifica, pois, as condições peculiares de desenvolvimento desses cidadãos os colocam em extrema dependência de seus cuidadores, do poder público e da sociedade.

Atos violentos contra a criança no domicílio podem ser compreendidos como um aspecto de um ciclo intergeracional, decorrentes de experiências violentas que os próprios pais vivenciaram, e que se repetem no comportamento agressivo com seus filhos. Por isso, cada caso de violência contra a criança precisa ser analisado a partir de um contexto, de forma que a perspectiva do caso não seja focalizada apenas na vítima, mas em toda a situação e nos agentes envolvidos no ato violento (AMARAL et al., 2013).

Violências extrafamiliares podem ser ocasionadas em relações sociais abertas com os demais membros de uma comunidade podendo favorecer o surgimento destes episódios de violência, uma vez que as relações de confiança são dadas a vizinhos, amigos ou outra pessoa sem qualquer laço parental. Por isso, os casos de violência, em sua maioria, quando extrafamiliares, são cometidos por alguém que a criança conhece e confia, sendo considerado amigo da família (NUNES; SALES, 2016).

Diante o que foi exposto saber reconhecer a que tipo de violência a criança ou o adolescente está sendo submetido poderá auxiliar na tomada de medidas mais eficazes para minimizar as consequências futuras ocasionadas pela violência (CARLOS et al., 2016).

3.3.1. Tipos de violência

Por se tratar de um fenômeno multifatorial e heterogêneo, a caracterização dos diferentes tipos de violência não é uma tarefa simples. Segundo Barbiani (2016), a violência pode ser definida segundo sua tipologia ou quanto a sua natureza.

Quando classificadas por sua tipologia, as violências podem ser separadas em três categorias: 1. violência dirigida contra si mesmo (auto infligida ou suicídio); 2. violência interpessoal em dois âmbitos: violência intrafamiliar, também conhecida como violência doméstica que pode ocorrer entre parceiros íntimos ou membros da família, e violência comunitária que ocorre no ambiente social em geral entre conhecidos e desconhecidos); 3. violência coletiva (atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizados pela dominação de grupos e do Estado). Já a classificação quanto à natureza, os atos violentos podem ser classificados como: abuso físico, psicológico, sexual, envolvendo abandono, negligência e privação de cuidados (BARBIANI, 2016).

Minayo (2001) aponta além do infanticídio (crianças pequenas mortas pelos pais) e também os homicídios, alguns tipos de violência que são cometidas a crianças e adolescente na sociedade brasileira:

1. A violência estrutural, aquela que incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento; 2. A violência intrafamiliar: exercida contra a criança e o adolescente na esfera privada e pode ser dividida em a. violência física; b. violência sexual; c. violência psicológica; e d. negligências; 3. Violência infantojuvenil, se referindo à delinquência infanto-juvenil (MINAYO, 2001).

Cabe salientar que os atos violentos podem ocorrer com uma ou mais tipologias de violência. Nunes e Sales (2016) apontam a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para atos violentos dirigidos contra a criança em quatro tipos: negligência, abuso físico, psicológico, sexual, os quais podem resultar em danos tanto físicos, quanto psicológicos; com prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação das crianças. A seguir uma descrição desses tipos de violência.

• Negligência

Por definição, a negligência é a forma mais frequente de maus-tratos contra crianças e adolescentes e pode ser considerada a omissão dos responsáveis da criança em deixar de prover as necessidades e cuidados básicos que interfiram no desenvolvimento físico, emocional, espiritual, moral e social do indivíduo. Está presente na falta de cuidados necessários para a saúde, ou descuido com a higiene, ausência de proteção contra as ações cruéis ou desumanas, falta de proteção do meio, como o frio e o calor; ou também na ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é a forma mais grave de negligência (GAWRYSZEWSKI et al., 2009; NUNES; SALES, 2016; REVORÊDO et al., 2016).

A negligência emerge como a principal forma de maus-tratos, pois perpassam por aspectos sociais, econômicos e culturais. Por não terem uma visibilidade expressa na sociedade, nem políticas públicas específicas para o seu combate, se constituem como um problema de ordem social grave (AMARAL et al., 2013; NUNES; SALES, 2016).

Por sua alta prevalência e apesar de não inspirar o mesmo grau de indignação das outras formas de violência, a negligência representa cerca de 40% das fatalidades registradas. Segundo estudo realizado na base de dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva Inquérito, 2011) revelou que entre as crianças menores de 10 anos de idade, a negligência é o tipo de violência mais comum (43,1%), seguido da violência física (33,3%). Quando não chega a óbito pode gerar desvios de conduta, principalmente transgressões das regras sociais, ou constituir agente estressor. A privação materna ou qualquer outro tipo de violência na primeira década de vida, por exemplo, é um estressor importante que afeta diretamente o desenvolvimento da criança (NUNES; SALES, 2016; BARBIANI, 2016).

Já que o ambiente domiciliar é o local onde grande parte dos eventos violentos acontecem, sendo este o ambiente favorável para a ocorrência de agressões e abusos contra crianças, principalmente as meninas, as crianças acabam sendo violentadas mais frequentemente nestes locais por permanecerem por mais tempo em seus lares. Questões como: a paternidade e maternidade na adolescência, sobrecarga de papéis da mãe ou de um dos filhos, as patologias de algum membro da família, uso abusivo de álcool e drogas, depressão, a divergência entre os pais sobre educação dos filhos, a falta de colocação de limites nas crianças, comportamentos agressivos, seja a violência conjugal, ou entre pais e filhos, e conflitos com a lei podem estar relacionados a violência intrafamiliar, assim como demonstram as fragilidades das interações familiares (NUNES; SALES, 2016; EGRY et al., 2017).

Por isso, os maus-tratos infantis se constituem uma questão de grande complexidade. Ao se estabelecerem em uma relação entre vítima e agressor, interferindo diretamente na

dinâmica familiar. Estratégias de prevenção serão mais eficazes quando do maior contato com a família, de forma que melhor se compreenda a dinâmica desta que diferem acentuadamente em função da idade da vítima ou do cenário em que os maus-tratos ocorrem (GAWRYSZEWSKI et al., 2009; EGRY et al., 2017).

• **Violência Física**

A violência física pode ser definida como toda ação violenta com uso da força física, praticada de forma intencional e não acidental. Tem por objetivo “ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo”, podendo ser praticada por uma pessoa mais velha, mais forte ou com mais influência, e que tenha a intenção de obter o que deseja (GAWRYSZEWSKI et al., 2009; REVORÊDO et al., 2016).

Segundo estudo realizado em 2011, na base de dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva Inquérito), a violência física foi considerada o tipo de violência mais comum na faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Cabe salientar que na maior parte dos relatos, tratava-se como o provável autor da agressão um amigo ou conhecido da vítima. Apresentando explicações sobre o ato de bater ou espancar, o cuidador/agressor, motivado por suas dificuldades sociais, no dia a dia, ou nas relações familiares e com a criança, procura justificar seu descontrole emocional e sentimento de culpa pelos problemas (BARBIANI, 2016; NUNES; SALES, 2016).

Assim sendo, a violência física se torna uma questão alarmante pois as agressões podem ser tanto sutis, quanto viciosas, que passam despercebidas. Sendo considerada nos contextos familiares como “forma de educação”, como tentativa de justificar o abuso físico. Dessa forma, para se caracterizar como abuso físico contra a criança, dependerá do grau de violência, da força física, para ser considerado ou não da sua presença, onde “um pouquinho de violência física” se torna aceitável culturalmente (SCHERER; SCHERER, 2000).

• **Violência Psicológica**

A violência psicológica consiste em toda forma de “rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem”. Atua influenciando aspectos emocionais e se manifesta em ações que coloquem em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento do indivíduo (GAWRYSZEWSKI et al., 2009; REVORÊDO et al. 2016).

Para detectar a iminência e o reconhecimento da violência psicológica, é necessário levar em consideração o contexto, a cena cultural e social onde ocorre esta violência, haja vista que a detecção da fonte da ocorrência pode ser dificultada pela omissão dos casos, devido à falta inicial de marcas tão expressivas. A violência psicológica, geralmente, coexiste com as demais naturezas do fenômeno, sendo investigada por meio dos comportamentos da criança e do relacionamento com os pais/cuidadores (NUNES; SALES, 2016; REVORÊDO et al. 2016).

• **Violência Sexual**

Segundo Gawryszewski et al. (2009), a violência sexual se caracteriza por:

Conduta que cause constrangimento a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade. Ou seja, é toda ação na qual uma pessoa, podendo envolver situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas (p. 660).

Neste sentido, o abuso sexual na infância pode constituir “atos ou jogos sexuais que tenham como objetivo estimular a criança para a obtenção da satisfação sexual”. Essas relações podem ser homo ou heterossexuais e geralmente são praticadas por indivíduos mais velhos, onde o adulto vítima e a criança é vitimizada (REVORÊDO et al. 2016).

Em um estudo realizado por Pfeiffer et al. em 2010, apresentado por Nunes e Sales (2016), nos casos de violência sexual, o padrasto ou companheiro da mãe ocupou o primeiro lugar como agente da violência, seguido pelo pai, avô, tio e outros com quem a vítima mantinha laços de dependência, afeto e convivência. Caracterizando assim a ação da violência por pessoas próximas a vítima (NUNES; SALES, 2016).

Por isso, se faz necessário ao abordar uma situação de possível abuso sexual considerar a “síndrome de segredo e adição”. Por medo de serem castigadas as crianças mentem e guardam a violência que sofreram como um segredo. Por consequência o perpetrador é levado à adição ou compulsão a repetição, levando a certa gratificação sexual do ato (SCHERER; SCHERER, 2000).

As denúncias que mais se destacam referem-se ao estupro, assédio sexual e atentado violento ao pudor. Meninas a partir dos 10 anos de idade são as maiores vítimas do estupro. Cabe salientar que as crianças não estão preparadas física, cognitiva, emocional ou socialmente para encarar uma situação de violência sexual que pode provocar sinais e sintomas físicos e psíquicos no indivíduo (REVORÊDO et al. 2016).

3.3.2. Consequências da violência

As consequências da violência não representam necessariamente ferimentos, incapacidade ou morte. Tais consequências podem ser imediatas ou latentes e durar por anos após o ato abusivo inicial como: uma maior propensão a uma vida criminosa; maior envolvimento com abuso de substâncias; associação com automutilação e comportamento suicida; somatização (cefaleia e dor pélvica crônicas); ansiedade, depressão, pânico, melancolia, distúrbios de personalidade (como borderline), dissociação, psicose, retardo no desenvolvimento cognitivo, motor e de linguagem, estresse pós-traumático, comportamentos incompatíveis com a idade (enurese, encoprese, problemas de aprendizagem); problemas nos relacionamentos interpessoais e vocacionais; isolamento social; diversos tipos de violência como maus tratos infantis, violência por parceiro íntimo, agressão sexual, abuso de idosos; fraco desempenho acadêmico, aversão ao contato físico, mudanças bruscas de humor (tristeza sem motivo aparente, agressividade, falta ou excesso de apetite); sono perturbado (pesadelos, agitação, suores); autoflagelação ou culpabilização. Esses danos psicológicos podem estar associados a idade de início do abuso, sua duração, ao grau ou ameaça de violência, a diferença de idade do violentador em relação ao violentado, o relacionamento entre os mesmos ou até mesmo a ausência de figuras parentais protetoras. A violência contra crianças e adolescentes, devido ao grande impacto no crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, é uma grave violação de direitos (SCHERER; SCHERER, 2000; FERRIANI; BERTOLUCCI; SILVA, 2008; BARBIANI, 2016; DAHLBERG; KRUG, 2007).

Apesar do avanço significativo na concepção do cuidado e das mais diversas formas de discriminação já terem sido definidas, listadas, reprovadas e da criação de leis assegurando os direitos que essa categoria necessita, a violência contra crianças e aos adolescentes não deixou de ocorrer. Sentimentos como o desamparo, o medo, a culpa, a raiva, baixa autoestima são determinados pela violência e quando não podem ser manifestos, transformam-se em comportamentos distorcidos, perpetuando-se por gerações indefinidamente (FERRIANI; BERTOLUCCI; SILVA, 2008).

O impacto exato de todos os tipos de violência sobre os sistemas de saúde ou seus efeitos na produtividade econômica em todo o mundo é difícil calcular. A evidência existente

indica que as vítimas de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde e consultas mais frequentes aos atendimentos de emergência durante toda a sua vida do que os que não sofreram tais abusos. O mesmo sucede com vítimas de abuso e abandono infantil. Tais despesas contribuem substancialmente para o aumento do orçamento anual de tratamentos de saúde (DAHLBERG; KRUG, 2007).

As situações de violência podem ser bastante prejudiciais à saúde das pessoas ao longo dos anos, o que aumenta a importância de orientar ações e pactuar estratégias para atenção integral a saúde de crianças, adolescentes e suas famílias, que serão atravessados pelas experiências de violência que sofreram no decorrer de suas vidas. Se faz necessários ampliar os esforços sobre atenção à criança vítima de violência, que requer além da execução de procedimentos técnicos e curativos, mas um cuidado também subjetivo. Esse cuidado deve envolver a singularidade de cada criança, com o apoio emocional que a criança anseia para reverter as possíveis consequências da violência (AMARAL et al., 2013; FREITAS; MOURA; MONTEIRO, 2016; EGRY et al., 2017).

Segundo Egry et al. (2017), ao citar os estudos de Martsolf e Draucker sobre a influência das adversidades no curso da vida dos sobreviventes de abuso sexual infantil, afirmou que em termos de consequências da violência infantil no curso da vida do adulto mostram a persistência do chamado “legado” da violência. Esse estudo salienta que todos trazem algum legado. Esse legado é passado para a nova família tanto em termos de rejeição dos padrões de violência quanto a perpetração. Outro estudo que confirma esse legado, tendo por cenário o Brasil, México e Chile mostrou que homens que testemunharam violência contra suas mães – por parte de seus parceiros homens – durante a infância exerceram mais violência física contra parceiras íntimas em algum momento da vida do que aqueles que não foram expostos a violência (EGRY et al., 2017).

Outros estudos no campo da violência também reforçam a ideia das consequências na vida adulta. Segundo Scherer e Scherer (2000) ao citar Hulme e Grove (1994) que utilizaram o “Questionário de adultos vítimas de incesto” em 22 mulheres sobreviventes de abuso sexual, confirmaram uma variedade de sintomas físicos e psicossociais quando adultas como por exemplo: “disfunção sexual, apetite aumentado, culpa, baixa autoestima, inabilidade em confiar nos outros, pensamentos suicidas, dificuldades nos relacionamentos, memória com imagens persistentes do abuso sexual, medo extremo”, etc.

Scherer e Scherer (2000) também citam o trabalho de Dipalma (1994) que realizou um estudo exploratório para examinar métodos de adaptação e enfrentamento que facilitassem o ajustamento saudável após abuso sexual. Apontou a capacidade das crianças vítimas de abuso de usarem estratégias de evitação e mecanismos de defesa para enfrentar o abuso. Os resultados ajudam a entender o processo de separação do adulto, seu autodescobrimento, e a rever o trauma passado. As avaliações e respostas cognitivas das vítimas são variáveis importantes no manejo do trauma e do estresse vivido.

Neste sentido, a violência ocorrida na infância, se traduz em um forte estressor em relação ao processo normal de crescimento e desenvolvimento. Os efeitos da violência podem dificultar seu desenvolvimento no meio social, refletir na diminuição da capacidade de pensar e agir, e no enfrentamento de situações difíceis, convivendo assim com momentos de estresse por toda a sua vida, uma vez que o evento violento ficará marcado na sua memória (NUNES; SALES, 2016).

Segundo Del Prette (2005), nenhuma criança nasce com tendência para agir de forma dissimulada ou pregar peças. Esses comportamentos são concretizados através de processos de aprendizagem “de observação ou modelação, instrução e consequenciação (punição e recompensa)”. Por isso, as condições de violências, como a negligência ou os maus tratos, pelas quais as crianças e adolescentes são submetidos podem refletir em seus comportamentos. Se faz necessário a identificação de falhas em estabelecer limites, a relação conflitiva com os

filhos, os modelos inadequados, o uso indiscriminado da punição, que são algumas das contribuições para o estabelecimento de estilos considerados não habilidosos.

Esses comportamentos não habilidosos podem gerar problemas para as crianças se adaptarem ao meio e os da ordem do desenvolvimento biológico. No âmbito da violência, crianças agressivas e opositivas que viveram em situação de risco, podem desenvolver comportamentos delinquentes na adolescência, pois frequentemente são educadas em ambiente em que as práticas de seus cuidadores são inadequadas (PINHEIRO et al., 2006).

3.4. Abrigo x Acolhimento Institucional: Entendendo as Diferenças

Ao pensar sobre a proteção e a garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, questões como risco ou omissão dos pais/responsáveis se destacam. Via de regra, ao se detectar uma ameaça ou efetiva lesão aos direitos essenciais, tanto a criança ou o adolescente eram encaminhados para uma entidade enquanto o panorama sociofamiliar era analisado pelo Juizado da Infância e da Juventude (LAMENZA, 2011).

Essas entidades, foram reconhecidos como “abrigos”, que se qualificavam como um espaço protetor dos direitos de crianças e jovens, mas ao mesmo tempo violador, já que simultaneamente se propunham a protegê-los de situações de risco, mas infringiam a lei por outros percursos, como por exemplo o tempo de permanência demasiado, como um lugar de moradia até a maioridade. Dessa maneira, muitos passavam suas vidas inteiras na instituição, não tendo oportunidade de retornar à sua família de origem (NASCIMENTO; LACAZ; TRAVASSOS, 2010).

A primeira referência ao termo abrigo é atribuída ao Imperador Ashoka (264 - 277 a.C.) que ao se converter ao budismo, construiu inúmeros espaços ao longo do caminho onde missionários viajantes peregrinavam. Neste sentido, a palavra abrigo passou a designar a um local para pessoas que necessitavam de alojamento até a superação de dificuldades (IZAR, 2011).

No passado, as instituições que acolhiam crianças, ofereciam asilo para crianças órfãs ou abandonadas, pois em sua maioria suas famílias não tinham recursos para mantê-las; eram os “lares”, “educandários”, “internatos para menores”, “orfanatos”, entre outras denominações, que foram sendo incorporadas em diferentes períodos históricos. Até meados da década de 1980, o termo “internato de menores” era utilizado para indicar todas as instituições de acolhimento, provisório ou permanente, voltadas ao atendimento de órfãos, carentes e delinquentes, mantendo assim a concepção de confinamento a qual se propunham (RIZZINI, 2004).

Esta instituição denominada abrigo foi promulgada e regulamentada pelo ECA como a sétima medida protetiva que se encontra no artigo 101, capítulo II. Fazendo referência as medidas específicas de proteção relacionados ao desenvolvimento integral da criança e do adolescente. Com a promulgação da Lei 12.010 de 2009, o termo “abrigo em entidade” é abolido, passando a vigência para o termo “acolhimento institucional” (BRASIL, 1990).

A mudança do termo abrigo para acolhimento institucional veio, para alterar as concepções anteriores de asilo permanente. Fortalecendo a ideia que essas instituições devem oferecer programas para atender crianças e adolescentes que tenham tido seus direitos violados, constituindo-se como um recurso protetivo, e que, em razão disso, necessitam ser temporariamente afastados da convivência de suas famílias. Funcionando como residência provisória, na qual as crianças permanecem até o retorno ao seu lar de origem ou em caso de impossibilidade, até serem colocadas em família substituta (HABIGZANG; CUNHA; KOLLER, 2010; MACHADO, 2011).

A mudança da terminologia empregada em lei tinha o objetivo de rever e recriar diretrizes e posturas no atendimento à criança e ao adolescente, provocando uma ruptura com

práticas de internação anteriormente instauradas e profundamente enraizadas na história brasileira. A ideia desta mudança é resguardar como direito, os elos da criança e do adolescente com sua família e comunidade (RIZZINI, 2004).

Sobre os princípios estabelecidos para as entidades de acolhimento no ECA (BRASIL, 1990), cabe destacar o que se lê no capítulo II, seção I, artigo 92:

Art. 92. As entidades que desenvolvam programas de acolhimento familiar ou institucional deverão adotar os seguintes princípios: I - preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar; II - integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa; III - atendimento personalizado e em pequenos grupos; IV - desenvolvimento de atividades em regime de coeducação; V - não desmembramento de grupos de irmãos; VI - evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de crianças e adolescentes abrigados; VII - participação na vida da comunidade local; VIII - preparação gradativa para o desligamento; IX - participação de pessoas da comunidade no processo educativo (BRASIL, 1990).

A orientação sobre as entidades acolhedoras estabelecida pelo ECA impõe-se como uma contraposição às antigas práticas de institucionalização. Isso ocorre pois há uma busca para garantir a convivência familiar e comunitária e a preservação dos vínculos familiares, visto que os antigos orfanatos distanciavam as crianças de suas famílias ou de possíveis famílias adotivas (FURLAN; SOUZA, 2013).

Cabe salientar que em conformidade com as disposições do ECA, deve-se recorrer ao encaminhamento da criança e do adolescente a serviços de acolhimento apenas quando esgotados todos os recursos para sua manutenção na família de origem, extensa ou comunidade. Entretanto, a história brasileira aponta que, questões como pobreza, vulnerabilidade ou risco, justificaram por muitos anos o afastamento da criança e do adolescente do convívio familiar. Com isso o ECA busca, no Art. 23, romper com essa cultura, ao garantir a excepcionalidade da medida, estabelecendo, que a situação de pobreza da família não constitui motivo suficiente para o afastamento da criança e do adolescente do convívio familiar (BRASIL, 1990).

Art. 23. A falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar. § 1º Não existindo outro motivo que por si só autorize a decretação da medida, a criança ou o adolescente será mantido em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção (BRASIL, 1990).

Apesar da carência de recursos não constituir motivo da perda ou suspensão da família de origem, segundo um levantamento realizado em 2003 pelo Instituto de Pesquisa Econômica identificou que, em todo o Brasil, as causas que motivaram o abrigamento de 50,1% das crianças e adolescentes que estavam em instituições acolhedoras se relacionavam à pobreza. Essa pesquisa apontou ainda que 86,7% dessas crianças tinham família; e somente 10,7% estavam em condição legal de adoção; 20% estavam no serviço há mais de 6 anos. Cabe destacar que para 35% das crianças e adolescentes a principal dificuldade para o retorno ao convívio familiar era também a situação de pobreza de suas famílias (FURLAN; SOUZA, 2013).

Por isso, as diretrizes nacionais têm como prioridade garantir o direito das crianças e adolescentes a convivência com sua família natural, independentemente de sua renda. Todos os esforços procuram assegurar este direito, o que exige um trabalho em rede, intersetorial, com foco na superação de vulnerabilidades que possam conduzir a violação dos direitos das crianças e adolescentes (BRASIL, 2009b).

Dessa forma, os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes integram os Serviços de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Seja de natureza público-estatal ou não-estatal, os serviços de acolhimento devem pautar-se nos princípios preconizados do ECA, do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do

Direito de Crianças e Adolescentes a Convivência Familiar e Comunitária estabelecido no ano de 2006. Como também, nas Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes estabelecido em 2009, pelo CONANDA, da Política Nacional de Assistência Social (CNAS), da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS, da Norma Operacional Básica do SUAS e no Projeto de Diretrizes das Nações Unidas sobre Emprego e Condições Adequadas de Cuidados Alternativos com Crianças.

Essas normas se caracterizam como marcos direcionais nas políticas voltadas para os serviços de acolhimento institucional. É a partir destes documentos, e também da “nova lei da adoção”, Lei nº 12.010/2009, que dispõe sobre o aperfeiçoamento da garantia do direito à convivência familiar de todas as crianças e adolescentes (BRASIL, 2009b; FURLAN; SOUZA, 2013).

3.4.1. Uma trajetória histórica sobre a institucionalização de “menores” no Brasil

A violência que acomete a infância é descrita historicamente. Nas civilizações antigas, o infanticídio era considerado um meio para eliminar as crianças que nasciam com defeitos físicos, para equilíbrio de sexo da população e por motivos religiosos. No século XV, a figura infantil passa a ser vista como símbolo de inocência e, de certa forma, como oposição à prática da violência. No século XVI, retorna-se a época de agressões e há o surgimento de colégios com o intuito de se abrigar estudantes pobres e sem famílias que eram considerados indesejados pela sociedade (SCHERER; SCHERER, 2000). Azor e Vectore (2008) apontam que já na primeira década do século XXI, as práticas adotadas ainda se restringem à institucionalização da infância, o que reforçava a concepção da incapacidade da família em cuidar e, portanto, demonstrava a necessidade de manter o afastamento dos filhos, via internação em instituição abrigo.

Marcilio (1998, p. 12) aponta que foi na colonização, quando os portugueses introduziram suas leis, instituições e comportamentos, que os moldes da assistência à criança abandonada tomaram forma no solo brasileiro. Segundo a autora, os índios não abandonavam os próprios filhos, entretanto, foi sob os modelos de instituições de abrigo e proteção à infância sem família dotados da Europa que essa forma de cuidar se tornou uma realidade nacional.

Já em 1550 e 1553 foram criadas as *Casas de Muchachos*, pelos jesuítas, para o acolhimento exclusivo de crianças indígenas. Essas casas eram custeadas pela Coroa portuguesa e tinham por objetivo a transmissão de valores civilizatórios, aculturação dos índios, sua conversão e posterior propagação dos valores cristãos. Posteriormente essas casas receberam também crianças órfãs trazidas de Portugal (IZAR, 2011).

Além do ensino para as crianças pequenas das aldeias indígenas e vilarejos, a instituição educacional jesuítica também criou colégios, para a formação de religiosos e instrução superior de filhos das camadas mais privilegiadas da população. Até meados do século XVIII os jesuítas constituíam os principais agentes educacionais no Brasil, quando foram expulsos pelo Marquês de Pombal, em 1759. Outras ordens religiosas instalaram seminários, colégios para órfãos e recolhimentos de órfãs na segunda metade do século XVIII (RIZZINI, 2004).

Como as instituições criadas pelos jesuítas atendiam apenas uma parte da população, grande parte das crianças eram abandonadas em ruas sujas, devoradas por cães, ou nas praias para se afogarem na maré cheia. Com o intuito de impedir o infanticídio e o aborto, foi criado a Roda dos Expostos, deliberado em 14 de fevereiro de 1726 e implantada no mesmo ano na Santa Casa de Misericórdia da Bahia, já em 1738 foi a vez do Rio de Janeiro e posteriormente em 1789 em Recife. As Rodas eram um instrumento mecânico cilíndrico que girava em seu próprio eixo, tendo uma parte voltada para o interior e outra para o exterior do prédio onde a criança era colocada (IZAR, 2011).

Marcilio (1998) cita a impressão do viajante inglês Kidder ao se deparar, no Rio de Janeiro, com a estratégia da exposição de um bebê na Roda dos Expostos:

Esta Roda ocupa o lugar de uma janela dado face para a rua e gira num eixo perpendicular. É dividida em quatro setores por compartimentos triangulares, um dos quais abre sempre para o lado de fora, convidando assim a que dela se aproxime toda mãe que de, tão pouco coração que é capaz de separar-se de seu filho recém-nascido. Para tanto tem apenas de depositar a criança na caixa e, por uma volta de roda, fazê-lo passar para dentro, seguindo, depois, seu caminho se ser vista. (...) Tais instituições provêm de mal compreendida filantropia. Não somente oferecem elas incentivo ao afrouxamento dos costumes, mas ainda estimulam a mais clamorosa das desumanidades... A despeito de todos os esforços despendidos e das despesas feitas com a contratação de todas as amas que puderam encontrar, só foi possível salvar um terço dos enjeitados (p. 145).

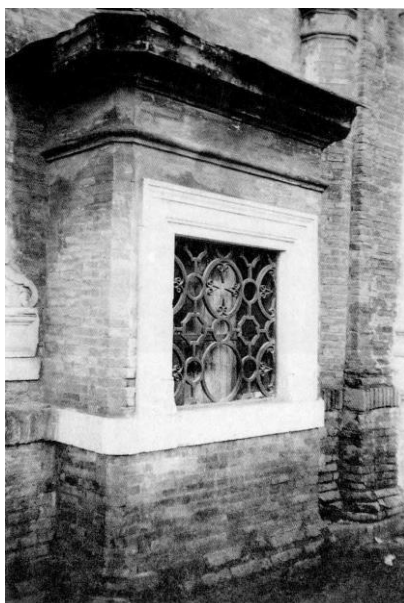


Figura 1 A primeira Roda de Expostos. Ospedale de Santa Maria in Saxia, Roma, início do século XIV (apud p. 124 MARCILIO, 1998).

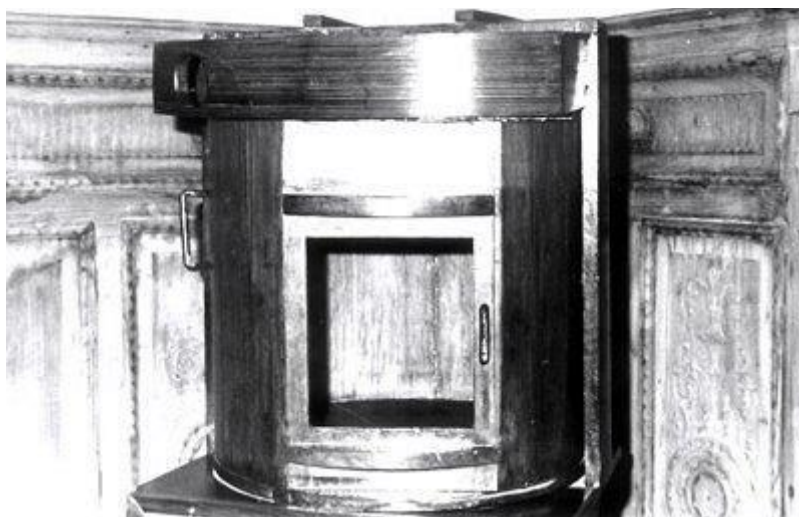


Figura 2 A Roda dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia em 1910 (SOUZA, 2011).

Após a entrada da criança na Roda dos Expostos, cada uma ganhava um enxoval e era designada a uma ama-de-leite, que recebia uma verba por mês e no fim de cada ano, para o custeio da criação até os três anos de idade. Caso sobrevivesse retornava para a Santa Casa e

encaminhada para outro espaço denominado Casa dos Expostos, no qual era mantida, se menino, até os 7 anos, se menina, até os 10 anos. A partir desse momento, a Casa dos Expostos buscava formas de encaminharem para casas de famílias ou outros meios de criação (MARCILIO, 1998, p. 146; IZAR, 2011).



Figura 3 Amas-de-leite mercenárias da Roda dos Expostos de São Paulo, 1925 (apud MARCILIO, 1998, p. 117).

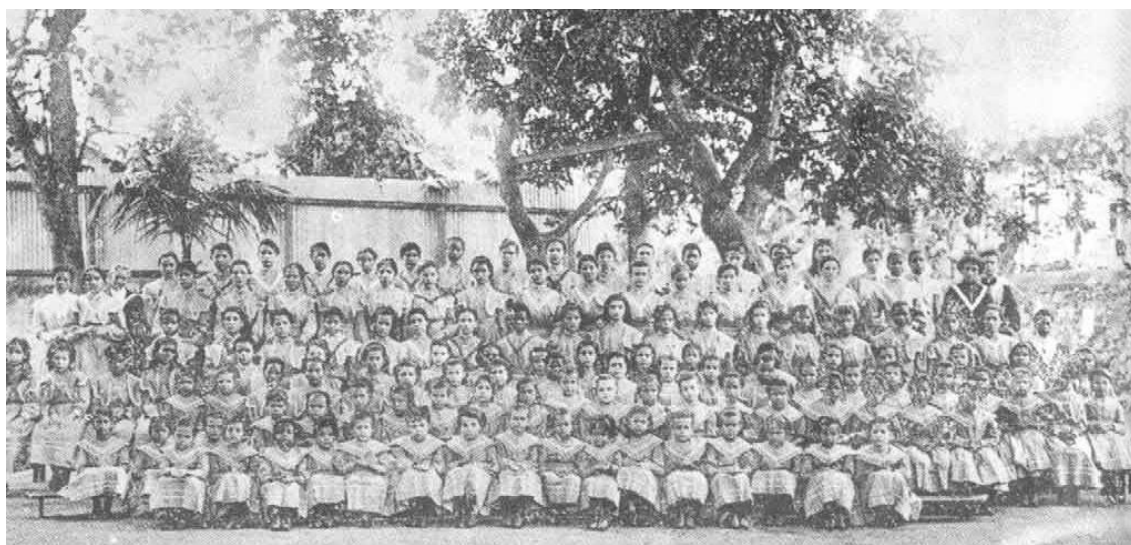


Figura 4 Casa dos Expostos em 30/05/1908 (apud, p. 118; MARCILIO, 1998).

A prática do recolhimento de crianças em instituições de reclusão foi o principal instrumento de assistência à infância no país. A partir da segunda metade do século XX, o modelo de internato cai em desuso para os filhos dos ricos, entretanto para os filhos dos pobres, essa modalidade de educação, na qual o indivíduo é gerido no tempo e no espaço pelas normas institucionais, sob relações de poder totalmente desiguais, é mantida até a atualidade (RIZZINI, 2004).

Foi no final do século XIX que a infância pobre brasileira passa a ser objeto de discussão e intervenção do Estado. Baseada em preceitos científicos e com o advento das ações filantrópicas sobressaindo as ações de cunho religioso, difundiu-se a ideia de que a

preocupação com as crianças abandonadas não deveria se restringir ao espírito ou à salvação de sua alma, mas devia também ser ampliada para o cuidado do corpo (PRINCESWAL, 2013).

Nesse sentido, o Estado começou a criar estabelecimentos de internações, através do Código de Menores, gerando uma reorganização da política que chamava de assistência e proteção. Em 1942 foram criados o Serviço de Assistência do Menor (SAM) e os reformatórios que funcionariam como dispositivos de “recuperação” de crianças tidos como “delinquentes”, “menor” ou “menor em situação irregular”. Com uma estrutura que em muito se assemelhava ao sistema penitenciário, era um lugar onde “a disciplina e o trabalho eram os meios empregados para corrigir as condutas” (AYRES; CARDOSO; PEREIRA, 2009).

Com a criação do SAM, o esforço de identificar os problemas e carências das instituições volta-se para o “menor” e sua família. Por terem dificuldades de viabilizar as propostas educacionais do Serviço, a responsabilidade foi depositada no assistido, considerado “incapaz”, “subnormal de inteligência e de afetividade”, e sua “agressividade”, superestimada. O que proporcionou a visão de que o SAM era uma fábrica de criminosos ou como uma instituição para prisão de “menores transviados” e em uma “escola do crime” (RIZZINI, 2004).

Por terem instalações inadequadas, péssimas condições de higiene, superlotação e exploração do trabalho, o SAM começou a ser questionado. Tendo em vista a ineficiência do serviço no combate à criminalidade infanto-juvenil o Estado passou a pensar novos métodos de assistência, tendo em vista o fracasso do modelo punitivo-repressivo (AYRES; CARDOSO; PEREIRA, 2009).



Figura 5 SAM - Dormitório Pavilhão Anchieta - Quintino, RJ, 1964 (data provável) (apud p. 33 RIZZINI, 2004).

Em 1964, ano do Golpe Militar, o SAM foi extinto e surgiu a Política de Bem-Estar do Menor (PNBEM), sofrendo forte influência do discurso médico-patologizante que afirmava o tratamento em detrimento da punição, evidenciando a produção da relação entre crime e doença. As ações corretivas, fundamentada em métodos terapêutico-pedagógicos, passou a ser a incumbência da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), ramificada nos estados através da Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (FEBEM) seguindo a proposta de um modelo educativo e não-repressivo, oscilando entre o criminoso e a vítima (AYRES; CARDOSO; PEREIRA, 2009).

Apesar da proposta de se criar uma nova política para a assistência de crianças em situação de risco, a FUNABEM passou a reforçar a prática da internação como a medida de segurança nacional mais utilizada para crianças e adolescentes socialmente marginalizados. Novos internatos com capacidade para centenas de internos foram criados no período da ditadura militar e mantidos com recursos públicos (PRINCESWAL, 2013).

Com a preocupação de garantir a formação escolar e profissional, muitas famílias pobres buscavam internar os filhos em idade escolar, desejando um “local seguro onde os filhos estudam, comem e se tornam gente”. O uso da instituição para controle dos filhos rebeldes era de incidência muito pequena. Nos internatos, as crianças eram treinadas a formar filas para o exercício das atividades cotidianas, sendo a formatura um recurso empregado pelos inspetores visando o disciplinamento (RIZZINI, 2004).



Figura 6 Crianças na fila para o banho – FUNABEM (RIZZINI, 2004, p. 35).



Figura 7 Formação de filas para exercícios de atividades diárias – FUNABEM (RIZZINI, 2004, p. 11).

Com o crescimento de movimentos sociais, no final dos anos 1970 e início dos 1980, começou a ocorrer um processo lento e gradual de redemocratização do país, o que proporcionou um forte questionamento sobre a eficácia da política voltada para os chamados menores. Alguns profissionais se destacaram na luta contra o modelo vigente, junto com os assistentes sociais que trabalhavam dentro das instituições: psicólogos, cientistas políticos,

sociólogos e antropólogos. Dessa forma, cresceu a pressão pelo fechamento de algumas instituições, tidas como verdadeiros depósitos de crianças (PRINCESWAL, 2013).

Rizzini (2004) salienta que não existem, no país, estatísticas que dimensionem o número de crianças e adolescentes que foram institucionalizados. Entretanto até o final da década de 1980, várias gerações de crianças passaram sua infância e adolescência internadas em grandes instituições fechadas. Fossem denominadas de “internatos de menores” ou “orfanatos”, funcionavam nos moldes de asilos, confirmando uma “cultura da institucionalização”.

A partir dos anos de 1980 a internação e a sua habitual aplicação no controle de famílias pobres passam a ser objeto de debates. Tendo em vista o cenário político brasileiro, a elaboração e promulgação da Constituição de 1988, e pela presença de fortes movimentos sociais, houve a revogação do Código de Menores e sua substituição pelo ECA, na tentativa de interromper o percurso histórico da internação e propor uma lógica de contraposição, estabelecendo as instituições de acolhimento como dispositivo de proteção (NASCIMENTO; LACAZ; TRAVASSOS, 2010).

3.4.2. Porque crianças e adolescentes são acolhidos atualmente

Diversos motivos podem ser relacionados para justificar o afastamento de crianças e adolescentes do convívio familiar atualmente. Nesse sentido é possível destacar: exploração ou abuso sexual, trabalho infantil, situação de rua, falecimento dos pais, violência doméstica ou física, agressão, negligência, saúde mental dos pais, dependência química, que geraram uma situação de risco pessoal e social a criança e ao adolescente, entre outros (FURLAN; SOUZA, 2013).

Geralmente, após a detecção de um ou mais motivos pelo Conselho Tutelar, estas situações são encaminhadas à Vara da Infância e da Juventude. Em conformidade com as disposições do ECA, deve-se recorrer ao encaminhamento da criança e do adolescente a serviços de acolhimento quando esgotados todos os recursos para sua manutenção na família de origem, extensa ou comunidade (BRASIL, 2009b; FURLAN; SOUZA, 2013).

Os institucionalizados são oriundos geralmente de famílias com renda, moradia e escolaridade precárias, ficando expostos, por vezes desde o nascimento, a privações e maus-tratos nos primeiros seis anos de vida. Fatores como pobreza, desagregação familiar e consumo abusivo de álcool e outras drogas por cuidadores primários tendem a deteriorar as condições gerais de vida da população, criando condições propícias ao descumprimento pelos cuidadores da atenção para assegurar proteção contra qualquer forma de abandono e violência. Dessa forma cada criança ou adolescente pode vivenciar, dentro do abrigo, os mais diversos momentos e expectativas: umas esperando o retorno para família biológica e outras aguardando a colocação em famílias substitutas ou com situação a ser ainda definida judicialmente (MACHADO, 2011).

Azor e Vectore (2008) constataram que a realidade das crianças e adolescentes acolhidos é bastante dolorosa. Muitos pais biológicos não retornam para buscar seus filhos o que faz com que os jovens ou crianças fiquem anos institucionalizados, esperando a família biológica ou adotiva, que dificilmente aparece. Tal situação revela a necessidade de construção de práticas focadas para as possibilidades de desenvolvimento humano seja em contextos de acolhimento temporário ou o permanente. Cabe salientar que, embora os avanços científicos na área da psicologia tenham realçado a importância da família para o desenvolvimento humano, esses estudos revelam a necessidade de se empreenderem esforços no sentido de adequar suas contribuições às práticas institucionais.

Constantino, Assis e Mesquita (2013) apontam através de uma pesquisa levantando dados a nível nacional, os principais motivos de ingresso das crianças e adolescentes nos

serviços de acolhimento. Em todas as regiões do Brasil sobressaem como motivos mais comuns a negligência e o abandono como formas muito frequentes de violência contra crianças e adolescentes, seguidas pela dependência química ou alcoólica dos pais ou responsáveis e a drogadição dos responsáveis.

Para uma melhor compreensão dos dados, Constantino, Assis e Mesquita (2013) buscaram detalhar melhor os motivos de acolhimento. Levando em consideração todas as formas de violências que levaram ao acolhimento institucional de crianças e adolescentes separando por regiões, visando visualizar a dispersão pelos vários espaços de socialização infanto-juvenil de duas formas: a) no âmbito familiar: como negligência (33,2%), abandono (18,5%), agressões físicas (9,6%), abuso sexual (5,5%) e psicológico (4,5%); b) no espaço extrafamiliar, de forma não especificada (1,3%), como exploração sexual em atos como prostituição e pornografia (1,1%), como exploração no trabalho ou mendicância (2,6%) e como ameaças de morte (1,4%).

Segundo Rizzini (2004), as principais dificuldades em lidar com os problemas relacionados à questão da institucionalização são casos complexos de situações crônicas de pobreza e conflitos familiares, além dos problemas vivenciados pelas próprias entidades, como os de superlotação, alta rotatividade dos abrigados, falta de continuidade no atendimento e perspectiva de ajuda às crianças e aos adolescentes. Tendo em vista que essas instituições foram criadas como um recurso emergencial para socorrer as crianças e adolescentes que precisariam permanecer afastados da família temporariamente, por longos anos essa medida permaneceu confundida com os antigos internatos, sendo utilizados como um local onde a criança podia ser “depositada” (RIZZINI, 2004).

3.4.3. Formas de encaminhamento de crianças e adolescentes para instituições de acolhimento

Sejam em instituições públicas (municipais ou estaduais), ou em instituições privadas (geralmente administradas por igrejas ou organizações não-governamentais), as crianças e adolescentes podem chegar de diversas maneiras. Segundo Rizzini (2004) as questões mais comuns para a institucionalização dos jovens brasileiros podem ser descritas a seguir:

a) levados por suas próprias famílias, quando se encontram sem condições de prover os cuidados necessários; b) encaminhados pelo Juizado da Infância e Juventude. São casos em que ocorre o abandono, principalmente quando ainda bebês; outros em decorrência da necessidade de proteção perante situações de violência; ou ainda para cumprir medidas estabelecidas de privação de liberdade; c) por eles mesmos, quando em busca de auxílio ou de abrigo, devido a casos de violência, risco de vida ou pobreza extrema da família; d) através de outros agentes, em ações de recolhimento forçado, realizadas por determinação dos governos estaduais e municipais. Neste caso enquadram-se as crianças e adolescentes encontrados nas ruas, os quais são levados às instituições de triagem. Estas ações, quase sempre, incluem assistentes sociais e aparato policial ou similar. Crianças e adultos por nós entrevistados referiram-se a estes episódios como bastante violentos; e) encaminhados pela Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), quando vítimas de crimes contra crianças e adolescentes, incluindo violência doméstica, abuso e exploração sexual, etc.; f) encaminhados pela Delegacia Especializada de Crianças e Adolescentes, quando flagrados cometendo algum tipo de delito; g) encaminhados pelo Conselho Tutelar (p. 53).

3.4.4. Garantias de quem é acolhido.

Toda criança ou adolescente ao ser institucionalizado continua a ter garantias de direitos estabelecidos pela legislação brasileira. Questões como o afastamento do convívio familiar e o

fortalecimento dos vínculos, liberdade de crença e religião, ou respeito a autonomia, são estabelecidos para que o processo de institucionalização seja feito, tendo em vista, o respeito de que aquela criança ou adolescente também são sujeitos de direitos. A seguir serão descritas algumas características dessas garantias estabelecidas pelo CONANDA no documento “Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes” (BRASIL, 2009b):

• **Excepcionalidade do Afastamento do Convívio Familiar**

Durante a institucionalização, algumas crianças e adolescentes podem se encontrar impossibilitados do contato com o pai, mãe ou familiares. Algumas situações podem proporcionar esse afastamento, como por exemplo, o desaparecimento dos pais, prisão, moradia em outra cidade ou Estado. Nesse sentido, cabe ao juiz, quando os técnicos da Vara da Infância e Juventude avaliarem que o contato familiar pode representar riscos, determinar o afastamento para preservação da saúde física e psíquica (FURLAN; SOUZA, 2013).

Apesar dessas medidas justificarem o afastamento da família de origem, todos os esforços devem ser empreendidos no sentido de manter o convívio com outros membros da família, seja nuclear ou extensa, em seus diversos arranjos, a fim de garantir que o afastamento da criança ou do adolescente seja uma medida excepcional. Com isso, é importante, antes de se considerar a hipótese do afastamento, assegurar à família o acesso à rede de serviços públicos que possam potencializar as condições de oferecer à criança ou ao adolescente um ambiente seguro de convivência (BRASIL, 2009b).

• **Provisoriedade do Afastamento do Convívio Familiar**

Conforme o Capítulo III, Seção III do ECA, quando o afastamento do convívio familiar for medida mais adequada, esforços devem ser empreendidos para viabilizar, no menor tempo possível, o retorno seguro ao convívio familiar, prioritariamente na família de origem e, excepcionalmente, em família substituta (adoção, guarda e tutela). Nesse sentido, todos os esforços devem ser empreendidos, para que, em um período inferior a dois anos, seja viabilizada a reintegração familiar, considerando a família nuclear ou extensa, em seus diversos arranjos, ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para família substituta. Caso o período de acolhimento seja superior a dois anos, a permanência deverá ter caráter extremamente excepcional, e estar fundamentada em uma avaliação pelos diversos órgãos que acompanham o caso, de forma criteriosa acerca de sua necessidade (BRASIL, 2009b).

• **Preservação e Fortalecimento dos Vínculos Familiares e Comunitários.**

Conviver com a família e a comunidade é um direito resguardado pela Constituição Federal a todas as crianças e adolescentes, inclusive os que estão acolhidos institucionalmente. Entretanto preservar esse direito em um ambiente institucional, uma vez que a convivência familiar e comunitária é uma conquista, ainda encontra dificuldades (SOUZA; BRITO, 2015).

Tendo em vista que o trabalho de reinserção familiar e comunitária deve ser realizado para além dos muros do abrigo, por meio da execução das políticas públicas, todos os esforços devem ser empreendidos para preservar e fortalecer vínculos familiares e comunitários das crianças e dos adolescentes atendidos em serviços de acolhimento. Esses vínculos poderão oferecer condições para um desenvolvimento saudável, favorecendo a formação de sua identidade e sua constituição como sujeito e cidadão. Para isso, ações cotidianas dos serviços de acolhimento podem ser realizadas, como por exemplo, visitas e encontros com as famílias e com as pessoas de referências da comunidade da criança e do adolescente (BRASIL, 2009b).

Dessa forma, a promoção da reinserção familiar e comunitária requer mais do que a permissão para a família visitar suas crianças e adolescentes. É preciso que sejam avaliadas as dificuldades atuais das famílias, oferecendo dispositivos de acolhimento que estejam de acordo com suas necessidades, no sentido de conseguir recursos a fim de ter seus filhos consigo novamente. Estratégias como a inclusão dos familiares em programas de auxílio e incentivo a participar de atividades oferecidas pela instituição, além do dia da visita, o acompanhamento das famílias por equipes, ou ainda, propostas de atendimento terapêutico podem ser alternativas necessárias para o sucesso da preservação e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (SOUZA; BRITO, 2015).

- **Garantia de Acesso e Respeito a Diversidade e Não-discriminação**

A organização dos serviços deverá garantir proteção e defesa a toda criança e adolescente que precise de acolhimento. Quaisquer formas de discriminação aos atendidos, baseadas em condição socioeconômica, arranjo familiar, etnia, religião, gênero, orientação sexual, ou, por possuírem necessidades especiais em decorrência de deficiência física ou mental, que vivem com HIV/AIDS ou outras necessidades específicas de saúde, devem ser combatidas e não incentivadas (BRASIL, 2009b).

- **Oferta de Atendimento Personalizado e Individualizado**

Para favorecer a formação da identidade da criança e do adolescente, o atendimento deverá ser oferecido para um pequeno grupo, com a garantia de espaços privados, objetos pessoais e registros, inclusive fotográficos, sobre a sua história de vida e seu desenvolvimento. O planejamento do atendimento no serviço deve possibilitar, portanto, espaços que preservem a intimidade e a privacidade, inclusive, o uso de objetos que possibilitem à criança e ao adolescente diferenciar “o meu, o seu e o nosso”, respeitando à sua individualidade e história de vida (BRASIL, 2009b).

- **Garantia de Liberdade de Crença e Religião**

Visando a garantia do direito à liberdade de crença e culto religioso, assegurado no Art. 16 do ECA, os serviços de acolhimento devem propiciar que a criança e o adolescente possam satisfazer suas necessidades de vida religiosa e espiritual. Com isso, os antecedentes religiosos de crianças e adolescentes devem ser respeitados, tanto pelo serviço de acolhimento quanto por aqueles com os quais venha a manter contato em razão de seu acolhimento. Para tal, deve ser viabilizado o acesso às atividades de sua religião, bem como o direito de “não participar de atos religiosos e recusar instrução ou orientação religiosa que não lhe seja significativa” (BRASIL, 2009b).

- **Respeito à Autonomia da Criança, do Adolescente e do Jovem**

Para proporcionar o fortalecimento gradativo da autonomia, as decisões acerca de crianças e adolescentes atendidos em serviços de acolhimento devem garantir-lhes o direito de ter sua opinião considerada, de modo condizente com o processo de desenvolvimento e a aquisição de habilidades nas diferentes faixas etárias. Cabe salientar que o desenvolvimento da autonomia não deve ser confundido com falta de autoridade e limites (BRASIL, 2009b).

- **Não-desmembramento de grupos de crianças/adolescentes com vínculos de parentesco e fortalecimento de sua vinculação afetiva**

Quando a criança ou adolescente tiver algum vínculo de parentesco (irmãos, primos, etc.) com outros acolhidos, estes não devem ser separados ao serem encaminhados para serviço, salvo se isso for contrário a seu desejo ou se houver claro risco de abuso. Já nos casos de adolescentes acolhidos que possuam filhos, o atendimento deve fortalecer a vinculação afetiva, contribuindo assim para o desenvolvimento de habilidades para o cuidado do bebê, a construção de um projeto de vida e o desenvolvimento da autonomia, de modo a garantir a proteção tanto para o adolescente, quanto para seu(s) filho(s). Essa garantia de direito poderá contribuir para prevenir a “perpetuação de ciclos transgeracionais de ruptura de vínculos, abandono, negligência ou violência” (BRASIL, 2009b).

3.4.5. Atividades exercidas nas instituições por quem é acolhido

De acordo com o ECA, no Art. 92 as instituições que prestam serviços de acolhimento institucional, precisam adotar princípios descritos no item IV “desenvolvimento de atividades em regime de coeducação”, além da garantia do acesso à escola e saúde (BRASIL, 1990). Em uma pesquisa realizada por Ribeiro et al. (2013), as atividades que são praticadas pelos institucionalizados vão desde o acompanhamento médico, odontológico, psicológico, psiquiátrico, até mesmo a frequência em cursos de capacitação, atividades esportivas, religiosas, culturais e festivas.

3.4.6. Compreendendo a instituição acolhedora

Para o ECA (BRASIL, 1990), é preciso que as instituições acolhedoras apresentem certas características que propiciarão o funcionamento adequado do serviço, com foco na prevalência dos direitos daqueles que passaram por privações ou violências. Para tal, questões como a preservação da liberdade, o atendimento personalizado e individualizado, em pequenas unidades e grupos, junto com ações descentralizadas e municipalizadas farão com que essas instituições contenham fatores de proteção para os usuários. Salina Brandão e Williams (2009) ao realizarem uma revisão na literatura sobre os fatores de proteção das instituições destacaram os seguintes itens:

Os fatores de proteção dos abrigos sinalizados pela literatura consultada são: habilidade dos funcionários dos abrigos de reconhecer os objetivos da instituição; composição multidisciplinar da equipe de profissionais dos abrigos; habilidade dos funcionários de identificar a relação entre seu trabalho e dos demais funcionários da entidade; plano de trabalho do abrigo compatível com os princípios do ECA (1990); ausência de rotatividade dos profissionais da entidade; cultura institucional que proporcione a educação continuada dos funcionários; habilidade dos profissionais para o trabalho em equipe; práticas diárias da instituição que proporcionem a organização da rotina dos abrigados; rotina da entidade que englobe a participação da criança e adolescente em atividades fora dos abrigos; estrutura física compatível com o número de abrigados; oferecimento de oportunidades para a profissionalização dos adolescentes abrigados; práticas educativas com objetos trazidos da casa das crianças/adolescentes; registros dos momentos vividos pelos abrigados na instituição; práticas que impeçam o desmembramento de irmãos; políticas que evitem a transferência de abrigados para outras entidades; práticas educativas positivas dos funcionários aos adolescentes abrigados; ações de preservação dos vínculos familiares ou integração com a família substituta e qualidade do espaço físico. Além da forma da organização dos abrigos, um conjunto amplo de variáveis interfere na qualidade do serviço prestado pelas entidades, como, por exemplo, a atuação da rede de proteção à criança e ao adolescente. A rede de proteção é formada por diferentes órgãos públicos que se inter-relacionam e, uma de suas funções é a fiscalização dos abrigos (p. 334, 335).

Ribeiro et al. (2013) destacam que, para o bom funcionamento de instituição acolhedora, a infraestrutura física e técnica apropriadas precisam ser levadas em consideração. Além do cumprimento das leis e normativas sociais pelos gestores e da existência de um projeto político pedagógico. Problemas de articulação entre os componentes da rede, necessidade de controle social; falta de segurança quanto a recursos financeiros; a necessidade de ter recursos humanos de “boa qualidade”; e a falta de capacitação continuada e sistemática; são fatores que influenciam negativamente o funcionamento da instituição.

Sobre fatores negativos, Nascimento, Lacaz e Travassos (2010) destacam que a distância onde as instituições se encontram, junto com a dificuldade de transporte, a quebra da dinâmica da casa, a falta de funcionários para acompanhar as crianças, são justificativas dos gestores para não cumprimento de ações como, por exemplo, de levar as crianças a postos de saúde. Nesse contexto, com o objetivo “de poupar trabalho”, os autores afirmam que muitos estabelecimentos relatam práticas de padronização nas instituições semelhantes àquelas dos antigos estabelecimentos de internação: “uma homogeneização de roupas, penteados, condutas e hábitos”. O que contradiz a diretriz do ECA, que afirma o atendimento personalizado, que respeite as individualidades de cada criança ou jovem atendido pelo serviço.

O Plano Nacional de Promoção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescente à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2006), cita as diretrizes estabelecidas no Art. 92 do ECA, sobre os princípios que as instituições devem seguir para a plena assistência à criança e ao adolescente. O plano ressalta ainda que os serviços de acolhimento institucional, independente da modalidade devem:

Estão localizados em áreas residenciais, sem distanciar-se excessivamente, do ponto de vista geográfico, da realidade de origem das crianças e adolescentes acolhidos; promover a preservação do vínculo e do contato da criança e do adolescente com a sua família de origem, salvo determinação judicial em contrário; manter permanente comunicação com a Justiça da Infância e da Juventude, informando à autoridade judiciária sobre a situação das crianças e adolescentes atendidos e de suas famílias; trabalhar pela organização de um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança e do adolescente e estabelecimento de uma relação afetiva e estável com o cuidador. Para tanto, o atendimento deverá ser oferecido em pequenos grupos, garantindo espaços privados para a guarda de objetos pessoais e, ainda, registros, inclusive fotográficos, sobre a história de vida e desenvolvimento de cada criança e cada adolescente; atender crianças e adolescentes com deficiência de forma integrada às demais crianças e adolescentes, observando as normas de acessibilidade e capacitando seu corpo de funcionários para o atendimento adequado às suas demandas específicas; atender ambos os sexos e diferentes idades de crianças e adolescentes, a fim de preservar o vínculo entre grupo de irmãos; propiciar a convivência comunitária por meio do convívio com o contexto local e da utilização dos serviços disponíveis na rede para o atendimento das demandas de saúde, lazer, educação, dentre outras, evitando o isolamento social; preparar gradativamente a criança e o adolescente para o processo de desligamento, nos casos de reintegração à família de origem ou de encaminhamento para adoção; fortalecer o desenvolvimento da autonomia e a inclusão do adolescente em programas de qualificação profissional, bem como a sua inserção no mercado de trabalho, como aprendiz ou trabalhador – observadas as devidas limitações e determinações da lei nesse sentido - visando à preparação gradativa para o seu desligamento quando atingida a maioridade. Sempre que possível, ainda, o abrigo deve manter parceria com programas de Repúblicas, utilizáveis como transição para a aquisição de autonomia e independência, destinadas àqueles que atingem a maioridade no abrigo (p. 41, 42).

A busca de um serviço com as características citadas anteriormente tem por intuito que as entidades possam desenvolver programas de plena assistência à criança e ao adolescente, ofertando-lhes acolhida, cuidado e espaço para socialização e desenvolvimento (BRASIL, 2006). A seguir serão descritas as características necessárias para o bom funcionamento de uma instituição acolhedora.

• O Espaço Físico

Ao se pensar no espaço físico é importante salientar que esse espaço se torna, de forma provisória ou por um tempo mais prolongado, a casa das crianças e adolescentes. Esse espaço se caracteriza como lugar de convivência, onde irão crescer, se socializarão, construirão seus valores, crenças e se desenvolverão. Todavia, o grande impasse da instituição, enquanto representação de casa para as crianças e adolescentes moradores deste espaço, está no fato de que, culturalmente, o lar e a casa se referem, a própria família. Nesse sentido, a instituição se coloca como casa e lar, exercendo um papel educativo, socializador e afetivo, não substituindo a família (FURLAN; SOUZA, 2013).

Se faz necessário garantir que as casas de acolhimento sejam adequadas para atender as crianças e os adolescentes com dignidade, baseados em sua tipologia estabelecida pelas normas vigentes. Proporcionando também oportunidades de vida aos acolhidos, para que eles passem a construir sua vida, com promoção da autonomia (GROARKE; ZIMMERLE, 2013).

O ECA não estabelece o limite de crianças por instituição, tendo em vista que, por serem casas de transição, o tempo de permanência deve ser breve (RIBEIRO; CIAMPONE, 2002). Geralmente são ordenados por sexo e/ou idade para uma maior focalização do trabalho e das necessidades específicas de cada faixa etária ou sexo da criança. No passado, muitas instituições assemelhavam-se a hospitais e escolas, onde atividades eram realizadas simultaneamente, silenciosas e juntas no mesmo espaço. Atualmente existe uma preocupação em manter uma boa estrutura física e material, com casas adaptadas a um pequeno número de crianças e que tenham condições adequadas de higiene (PRINCESWAL, 2013).

Groarke e Zimmerle (2013) ao apresentar dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em 2003, revelam que apenas 14,9% das instituições nacionais de acolhimento apresentam uma estrutura física e atendimento condizentes com essa normativa; enquanto 34,1% utilizam todos os serviços que estão disponíveis na comunidade. Esses serviços podem ser descritos como “creches, ensino regular, profissionalização para adolescentes, assistência jurídica, assistência médica e odontológica, atividades culturais, esportivas e de lazer”.

• A Equipe Técnica

Todo serviço de acolhimento deve dispor de uma equipe mínima para seu funcionamento adequado. Geralmente é composta por um coordenador de nível superior; equipe técnica, composta minimamente por assistente social e psicólogo, podendo agregar outros profissionais; educador/cuidador, sendo um profissional com no mínimo nível médio; e auxiliar de cuidador/educador, sendo um profissional com no mínimo nível fundamental (PRINCESWAL, 2013).

É preciso que o educador/cuidador e a família acolhedora tenham clareza quanto a seu papel, com capacitação adequada para ser reconhecido como figura de autoridade, na construção do vínculo afetivo das crianças/adolescentes atendidos, para contribuir na construção de um ambiente familiar. Dessa forma é possível evitar “se apossar” da criança ou do adolescente, ou competir na desvalorização da família de origem ou substituta. Nesse sentido, o serviço de acolhimento, não deve ter a pretensão de ocupar o lugar da família da criança ou adolescente, mas contribuir para o fortalecimento dos vínculos familiares, favorecendo o processo de reintegração familiar ou o encaminhamento para família substituta (BRASIL, 2009b).

Tendo em vista que a postura dos educadores/cuidadores e das famílias acolhedoras representam importantes referenciais para o desenvolvimento e da interação da criança e do adolescente, é preciso prever estratégias para a seleção, capacitação e

acompanhamento/supervisão desses profissionais. Por isso é importante investir na capacitação e acompanhamento de toda equipe técnica visando o constante aprimoramento do cuidado prestado para se alcançar qualidade no atendimento, visto se tratar de uma tarefa “complexa, que exige não apenas espírito de solidariedade, afeto e boa vontade”, mas sim uma equipe com conhecimento técnico adequado. Para tal, é necessário que seja oferecida capacitação inicial de qualidade, formação continuada e estudos de caso nos quais se possa refletir sobre o trabalho desenvolvido com cada criança/adolescente e as dificuldades encontradas (BRASIL, 2009b).

3.4.7. Tipos de Instituições Acolhedoras

Ao pensar nos tipos de instituições acolhedoras, é possível realizar uma categorização que privilegia o tempo de permanência da criança ou adolescente na instituição. Podem ser de curto ou longo prazo ou também classificadas por quais tipos de programa ou serviços oferecidos ao público a ser atendido.

Nas instituições em que a criança permanece por curto prazo de tempo, são instituições voltadas ao atendimento a crianças e adolescentes considerados em situação de risco, com caráter provisório ou enquanto esperam decisão judicial. Essas instituições atendem a uma faixa etária pré-determinada e/ou separadas por gêneros, com capacidades de receber de 20 a 30 crianças. Ex.: “Abrigos”, Casas de Passagem, os Centros de Recuperação e Integração do Menor (CRIAMs), entre outras (RIZZINI, 2004).

Já as instituições em que a criança permanece por um longo prazo, as crianças são cuidadas por educadores ou pais sociais. Nesse sentido, as crianças são orientadas na procura de cursos e devem estar matriculadas em escolas. Ex.: Casas Lar, Casas de Acolhida e os Centros Integrados de Educação Pública (CIEP), sendo estas escolas que abrigam crianças (RIZZINI, 2004).

- **Abrigo Institucional**

O abrigo institucional é a modalidade de serviço de caráter provisório para crianças e adolescentes que se encontram afastados do convívio familiar em função de abandono ou dos responsáveis estarem temporariamente impossibilitados de cuidar ou proteger. Caso o retorno a família de origem seja viabilizado, a criança retorna para o seu lar, caso isso não ocorra há o encaminhamento para uma família substituta (BRASIL, 2009b).

Atende até 20 crianças e adolescente na faixa etária de 0 a 18 anos, não procura direcionar os atendimentos a apenas um determinado sexo e mantém educador/cuidador preferencialmente trabalhando por turnos fixos diários. A equipe técnica é composta por um coordenador de nível superior e experiência no cargo, um assistente social e um psicólogo; além de dois cuidadores/educadores (com formação mínima: nível médio) por turno para cada 10 crianças e adolescentes; e um auxiliar de educador/cuidador (com formação mínima: nível fundamental) para até 10 usuários, por turno. Caso tenha na instituição crianças menores de um ano ou deficientes, o número de cuidadores/educadores pode aumentar (BRASIL, 2009b; MACHADO, 2011).

Este serviço possui um aspecto semelhante ao de uma moradia comum e deve estar inserido em áreas residenciais, com um ambiente que favoreça o convívio familiar e comunitário das crianças e adolescentes atendidos. É recomendado que o espaço físico tenha quartos que atendam até quatro crianças por quarto com espaço suficiente para a guarda dos pertences pessoais de forma individualizada, sala de estar e de jantar, espaço físico para estudos, banheiro, cozinha, área de serviço, área externa, sala da equipe técnica, sala da coordenação e espaço para realização de reuniões (BRASIL, 2009b; MACHADO, 2011; (PRINCESWAL, 2013).

• Casa-Lar

A Casa-Lar caracteriza-se como um serviço de acolhimento provisório em unidades residenciais. São geridas por pelo menos uma pessoa, ou casal, que trabalha e reside como educador/cuidador (em uma casa que não seja a sua) prestando cuidados a um grupo de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, afastados do convívio familiar. A equipe técnica é composta por um coordenador de nível superior e experiência em função congênera, um assistente social e um psicólogo; um educador/cuidador residente (formação mínima: nível médio) para cada 10 usuários, e um auxiliar de educador/cuidador residente (formação mínima: nível fundamental) para cada 10 usuários. Caso tenha na instituição crianças menores de um ano ou deficientes, o número de cuidadores/educadores pode aumentar (BRASIL, 2009b).

Estes estabelecimentos têm como objetivo estimular o desenvolvimento de relações mais próximas ao ambiente familiar em pequenas unidades residenciais. Comportam até 10 crianças e adolescentes, sendo permitido que o tempo de estadia seja mais extenso, onde a criança ou adolescente pode permanecer até completarem 18 anos (RIZZINI, 2004; MACHADO, 2011).

É recomendado que o espaço físico tenha quartos que atendam até quatro crianças por quarto com espaço suficiente para a guarda dos pertences pessoais de forma individualizada, um quarto para o educador/cuidador residente, sala de estar e de jantar, espaço físico para estudos, banheiro, cozinha, área de serviço e área externa. Fora da casa também é preciso funcionar uma área específica para atividades técnico-administrativas com sala da equipe técnica, sala da coordenação e espaço para realização de reuniões (BRASIL, 2009b).

• Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

Este serviço é caracterizado pelo acolhimento provisório em residências de famílias acolhedoras cadastradas de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos que, por meio de medida protetiva, foram afastados do convívio familiar. Esse afastamento pode ocorrer em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, até que seja permitido o retorno ao convívio com a família de origem ou, na sua impossibilidade, encaminhamento para adoção. Cada família acolhedora, deverá acolher uma criança/adolescente por vez, exceto quando se tratar de grupo de irmãos. A equipe técnica é composta por um coordenador de nível superior e experiência em função congênera, um assistente social e um psicólogo para o acompanhamento de até 15 famílias de origem e 15 famílias acolhedoras (BRASIL, 2009b).

Avanci, Carvalho e Assis (2013) salientam que, embora as normativas nacionais não mencionem o repasse de subsídios às famílias acolhedoras (por serem caracterizados como trabalho voluntário), verifica-se que o repasse é uma prática e um elemento importante na organização e desenvolvimento do serviço. Em média, no país, o valor mínimo repassado é de R\$ 341,70 e o máximo de R\$ 419,20 por criança ou adolescente acolhido. No caso de crianças ou adolescentes com deficiência, esse valor é ligeiramente maior, com o mínimo de R\$ 396,90 e o máximo de R\$ 461,80.

• República

Por fim, o serviço de acolhimento denominado república oferece apoio e moradia a grupos de jovens de 18 a 21 anos, realizados de acordo com o sexo e de, no máximo, 6 jovens por república. Possui tempo de permanência limitado, podendo ser reavaliado e prorrogado em função do projeto individual formulado em conjunto com o profissional de referência. Para

permanecerem nesse serviço esses jovens precisam estar em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social; onde os vínculos familiares foram rompidos ou extremamente fragilizados; em processo de desligamento de instituições de acolhimento, que não tenham possibilidade de retorno à família de origem ou de colocação em família substituta e que não possuam meios para auto sustentação (BRASIL, 2009b; MACHADO, 2011).

Esse serviço possui uma estrutura de residência privada, com supervisão técnica e localiza-se em áreas residenciais da cidade. Os custos da locação do imóvel, se alugado, e tarifas podem ser subsidiados e gradativamente assumidos pelos jovens. As demais despesas podem ser cotizadas entre os moradores, com subsídio quando necessário. Com o objetivo de oferecer atendimento durante o processo de construção de autonomia pessoal, possibilitando “o desenvolvimento de auto-gestão, auto sustentação e independência” (BRASIL, 2009b).

A equipe técnica é composta por um coordenador de nível superior e experiência em função congênere, sendo um profissional para até quatro unidades, um assistente social e um psicólogo para o acompanhamento para até vinte e quatro jovens (em até quatro unidades diferentes). É recomendado que o espaço físico tenha quartos que atendam até quatro jovens por quarto com espaço suficiente para a guarda dos pertences pessoais de forma individualizada, sala de estar e de jantar, banheiro, cozinha, área de serviço (BRASIL, 2009b).

3.4.8. Processo de desligamento da instituição

Para realizar o processo de desligamento da instituição é preciso uma preparação gradativa para o desacolhimento institucional com um trabalho com os familiares, com o intuito de manutenção e fortalecimento de vínculos, com orientações e encaminhamentos para os serviços necessários envolvidos para solução de possíveis problemas decorrentes do encaminhamento para a instituição, e o trabalho com a própria criança ou adolescente para o esclarecimentos referente aos motivos que levaram ao acolhimento, a explicação da função do abrigo e a brevidade dos serviços. Esse processo deve se iniciar já na entrada da criança e do adolescente da instituição, com programas de apoio e parcerias que viabilizem a recolocação familiar da criança ou do adolescente (IZAR, 2011).

Além da criança e do adolescente, educadores/cuidadores e demais crianças/adolescentes com as quais tenham mantido contato em razão do acolhimento devem ser previamente preparados, assim como todos os membros da família acolhedora. Para isso rituais de despedida ou atividades em grupos com as crianças e os adolescentes para tratar do desligamento, podem ser viabilizados. É importante também que a família de origem (natural ou extensa) ou a família adotiva sejam acompanhadas após a saída da criança/adolescente do serviço (BRASIL, 2009b).

Quando o processo de desligamento da instituição resultar em adoção, só será possível a colocação da criança ou do adolescente em família substituta após a suspensão judicial do poder da família de origem. Entretanto esse processo pode demandar tempo e ser um dos maiores entraves para a criança e adolescente acolhido institucionalmente no tocante o processo de adoção (IZAR, 2011).

Dados do Cadastro Nacional de Adoção (apud IZAR, 2011) informam que em 2010, 7.949 crianças estavam aptas para adoção, em contrapartida haviam 30.378 pretendentes à adoção. Destes pretendentes 39,2% desejavam crianças brancas de até 3 anos de idade (76,65%). Contudo de todas as crianças e adolescentes em condição para adoção apenas 35,21% são brancos (pardos são 45,75%; negros são 17,85%; indígenas são 0,76%; e 0,42% são amarelos), deste total apenas 7% possuem 3 anos de idade. Dessa forma, a realidade das crianças acolhidos institucionalmente fora desse perfil se torna uma dura realidade se considerarmos que “a sua última esperança em ter um lar não está de acordo com a sua idade ou aparência” (IZAR, 2011).

3.4.9. Consequências do acolhimento institucional

A institucionalização pode representar uma importante medida de proteção de segurança provisória para as vítimas, em situações nas quais a família não tem condições de garantir o afastamento do agressor. Dessa forma, é possível evitar revitimizações para o desenvolvimento de crianças e adolescentes que se encontram em situações de risco grave, oferecendo um ambiente de qualidade, com apoio emocional, tanto em relação aos cuidados destinados à criança, como também à qualidade das relações dessas crianças com os cuidadores responsáveis (HABIGZANG; CUNHA; KOLLER, 2010).

Entretanto, em qualquer idade, a institucionalização é descrita como uma experiência humana difícil sob vários aspectos, podendo ter características que facilitarão ou dificultarão o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Os efeitos da institucionalização precoce e prolongada, a longa exposição do indivíduo ao cuidado compartilhado e coletivizado criam condições favoráveis à manifestação de distúrbios psicológicos e outras formas de sofrimento psíquico. A infância representa um período especialmente favorável ao desenvolvimento de certas propriedades humanas. A criança ou o adolescente que é submetida a situações de privação material e emocional severas, podem não realizar seu desenvolvimento de maneira saudável e adequada, gerando riscos ao processo de estruturação da personalidade, à construção da sociabilidade e ao amadurecimento psicológico (SALINA-BRANDAO; WILLIAMS, 2009; CAVALCANTE et al., 2009).

As dificuldades sentidas pelas crianças e adolescentes no período de adaptação à vida institucional podem ser diversas. Choro intenso e/ou contínuo, depressão, ansiedade, retraimento social, comportamentos de agressividade e agitação caracterizam-se como graves prejuízos para o desenvolvimento biopsicossocial, especialmente, quando a institucionalização ocorre por um tempo demasiadamente longo (CAVALCANTE et al., 2009).

De modo geral, crianças e adolescentes que vivem em acolhimento institucional, e tiveram situações de cuidados desfavoráveis, estão privados dos cuidados parentais e distantes da família por longo período de tempo, o que pode ocasionar a necessidade de mecanismos de defesa específicos para lidarem com esta situação. Para lidar com o sentimento de abandono e desproteção, crianças e adolescentes podem desenvolver comportamentos antissociais (ROTONDARO, 2002; CAVALCANTE et al., 2009).

As consequências dos maus-tratos podem eclodir de várias maneiras, como, por exemplo, sintomas psiquiátricos, retardo no desenvolvimento cognitivo, motor e de linguagem. As vítimas de violência podem apresentar dificuldades para estabelecer relacionamentos interpessoais saudáveis e problemas de ajustamento social, com isso os desafios e as demandas impostas pelo mundo atual exigem das crianças o desenvolvimento de um repertório de HS cada vez mais elaborado (FUMO et al. 2009; MURTA, 2005).

Por estarem em um ambiente muitas vezes empobrecido e dificultador do desenvolvimento infantil, outros fatores negativos também podem ser apontados como: padronização e massificação no tratamento; número elevado de atendidos em relação à quantidade de cuidadores; ausência de planejamento de atividades; fragilidade dos vínculos afetivos; falta da rede de apoio; precocidade das crianças acolhidas e o prolongamento do tempo nas unidades (PRINCESWAL, 2013).

Como uma das consequências sobre o longo processo de acolhimento, Azor e Vectore (2008) apontam para o afastamento dos pais em relação aos filhos. Entretanto, concluíram, que alguns pais e mães empreendem esforços para que tal afastamento não se concretize, pois percebem que a instituição foi a única opção para garantir um atendimento de melhor qualidade para os seus filhos. Neste aspecto, um dos maiores desafios da instituição, é a possibilidade de

contribuir com o desenvolvimento do sujeito, não se tornando o substituto da família, mas investindo no trabalho com ela, visando, sempre que possível a rápido desestacionalização.

Além da percepção dos pais sobre o acolhimento, vale a percepção da instituição pela ótica dos acolhidos. Segundo Azor e Vectore (2008), os adolescentes consideraram que a adaptação foi uma experiência particularmente difícil, devido principalmente à existência de agressões físicas (como prática disciplinadora e frequente no contexto institucional), à rigidez das regras institucionais, à ausência e saudade da família e, especialmente, ao momento de dormir, em que é frequente o sentimento de medo.

Para minimizar as consequências dos danos causados durante o tempo de permanência na instituição, as crianças e adolescentes precisam receber toda a assistência necessária com experiências reparadoras a elas, com objetivo, se possível, da retomada do convívio família. Cabe levar em consideração questões como alimentação adequada, educação, assistência à saúde, carinho, compreensão e liberdade, no sentido de oferecer-lhes tudo o que foi negado ou negligenciado no ambiente familiar (FERRIANI; BERTOLUCCI; SILVA, 2008; BRASIL, 2009b).

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa experimental, de abordagem quantitativa, realizada por meio da aplicação do instrumento: Inventário de HS, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica - SSRS. Os dados foram obtidos de forma direta, com delineamento transversal (BREAKWELL; ROSE, 2010; DAVIS; BRENNER, 2010; DEL PRETTE et al., 2016).

4.1. Participantes

Houve a participação de 12 crianças/adolescentes, que estavam há mais de 2 meses em situação de acolhimento institucional. Para a triagem das instituições participantes foi estabelecido como critério de seleção as instituições públicas das cidades de Itaguaí, Paracambi, Mesquita e Seropédica. Como critério de inclusão foi estabelecida a faixa etária de 6 a 13 anos, que corresponde a faixa estabelecida pelo instrumento aplicado para a análise das HS.

• Critério de inclusão:

Crianças e adolescentes vítimas de violência que tenham entre 6 a 13 anos.
Crianças e adolescente em condição de abrigo.
Cuidadores que tenham contato direto com a criança/adolescente há mais de 2 meses.

• Critério de exclusão:

Crianças e adolescentes que tenham menos de 2 meses de abrigo.
Crianças que tenham 5 anos ou menos.
Adolescentes acima de 14 anos.
Crianças ou adolescentes portadores de necessidade especiais.

4.2. Procedimentos

Para a elaboração desta pesquisa foram realizadas revisões bibliográficas, publicadas nos últimos 10 anos, em artigos, teses, dissertações, bancos de dados eletrônicos, como também em biblioteca particular com as seguintes palavras-chave: infância; criança; adolescente; violência; habilidades sociais. A pesquisa bibliográfica ocorreu durante todo o processo da elaboração e construção deste trabalho e compreendeu os anos de 2015 a 2017.

Foi estabelecido que a pesquisa seria aplicada nas instituições das cidades próximas a Seropédica, com base na relação das instituições de acolhimento disponibilizada no site do Ministério Público do Rio de Janeiro, no Módulo Criança e Adolescente (MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO DE JANEIRO, 2016). Foram selecionadas 5 instituições, sendo 2 em Itaguaí, 1 em Mesquita, 1 em Paracambi, 1 em Seropédica. Tomando por base a capacidade de acolhimento de cada instituição mencionados pelo Ministério Público, seria possível ter o acesso a 87 crianças/adolescentes, de ambos os sexos, como possíveis participantes da pesquisa.

Após a seleção das instituições o projeto foi enviado para a análise e aprovação pelo Comitê de Ética da UFRJ, sob o número do Processo: 23083.006070/2017-51. Com isso foram elaborados os seguintes documentos: “Declaração” informando sobre o teor da pesquisa, que foi entregue ao coordenador da instituição; “Carta de Anuência da Instituição de Pesquisa”

que confirmava o aceite pela instituição para a participação; “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” que deveria ser assinado pelo responsável legal da criança/adolescente; e o “Termo de Assentimento do Menor” com informações referentes a pesquisa direcionadas à criança/adolescente.

Com a aprovação pelo Comitê de Ética iniciou-se o contato com as equipes responsáveis pelas instituições de acolhimento para apresentar a relevância da pesquisa, concedendo as elucidações necessárias. Para a coleta de dados, foi acordado com os coordenadores o tempo e horário para aplicação dos instrumentos.

Em Itaguaí, as instituições visitadas foram o Abrigo Casa Lar Cantinho da Esperança e o Abrigo Infante Juvenil. Para acesso a ambas instituições foi necessário o contato prévio com a Prefeitura Municipal de Itaguaí, através da Secretaria Municipal de Assistência Social, que concedeu a assinatura da Carta de Anuência.

O Abrigo Casa Lar Cantinho da Esperança atende crianças de ambos os sexos, de 0 a 11 anos, e possui capacidade de atendimento de até 20 crianças. Nesta instituição 6 crianças estavam acolhidas, sendo 3 crianças de até 1 ano de idade (2 meninos irmãos gêmeos com 1 ano, e 1 menina de 20 dias de idade); 1 menina de 3 anos; e 2 irmãos (sendo 1 menino de 4 anos e uma menina de 9 anos). A única pessoa que se enquadrava na pesquisa (menina de 9 anos) estava em processo de reintegração e período de férias, por não estar no abrigo não pode participar da pesquisa.

Já o Abrigo Infante Juvenil atende adolescentes de ambos os sexos de 12 até 17 anos e possui capacidade de atendimento de até 12 adolescentes. No momento da pesquisa esta instituição acolhia 7 crianças, sendo 1 menina de 13 anos, 1 menino de 14 anos, 2 meninos com 15 anos, 2 meninas com 15 anos e uma menina com 17 anos. Com isso foi possível colher os dados de uma adolescente, que prontamente aceitou participar respondendo ao questionário.

Já em Mesquita foi possível realizar a coleta de dados na Casa de Acolhimento e Cidadania (CAC) que acolhe crianças de ambos os sexos de 0 a 12 anos. Esta instituição tem capacidade de acolher até 20 crianças e ao realizar a visita, a instituição continha 7 crianças assistidas: 1 menina de 11 meses; 1 menino de 4 anos; 2 crianças de 7 anos (1 menino e 1 menina); 1 menina de 11 anos; 2 crianças de 12 anos (um menino e 1 menina). Com isso foi possível fazer a coleta de dados de 4 crianças (3 meninas com: 7, 11 e 12 anos respectivamente; e 1 menino com 12 anos). Não foi possível realizar a coleta dos dados de 1 menino de 7 anos pois o mesmo se encontrava na instituição há menos de 2 meses.

Em Paracambi, a instituição participante da pesquisa foi o Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (AICA) que atende crianças e adolescentes de ambos os sexos de 0 a 18 anos. Tem como capacidade atender até 10 pessoas. No momento da aquisição dos dados, a instituição prestava assistência a 7 crianças: 1 menino de 1 ano e 4 meses; 1 menina de 7 anos; 1 menina de 9 anos; 1 menino de 10 anos; 2 meninas de 16 anos; e 1 menino de 17 anos. Como participantes da pesquisa foi possível realizar a coleta dos dados de 1 menina de 9 anos e um menino de 10, já que a terceira participante de 7 anos não se enquadrava nos critérios de seleção por ter menos de 2 meses de permanência na instituição.

Já em Seropédica, a instituição participante foi o Abrigo Municipal Casa da Criança, que atende crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 0 até 17 anos e tem por capacidade realizado o atendimento de até 25 pessoas, sendo reservado 5 vagas para bebês (não foi informada a faixa etária reservada para essas 5 vagas). No momento da coleta de dados, a instituição atendia a 15 pessoas sendo: 1 menina de 2 anos; 2 crianças de 3 anos (1 menina e 1 menino); 1 menino de 5 anos; 1 menina de 7 anos; 1 menina de 8 anos (com grau de autismo leve, o que a impossibilitou de participar da pesquisa devido a dificuldades de interação); 1 menino de 9 anos; 1 menino de 10 anos; 1 menina de 11 anos; e mais 6 meninos sendo: 1 com 13 anos; 1 com 14 anos; 2 com 15 anos; 1 com 16 e outro com 17 anos. Participaram da pesquisa 5 crianças dessa instituição.

Tabela 1 - Instituições e Participantes da Pesquisa

Instituição	Faixa Etária	Capacidade Total	Acolhidos	Participantes da Pesquisa			Cuidadores (n=5)
				Crianças	Adolescentes	Total Crianças / Adolescentes (n=12)	
1 Itaguaí – Abrigo Casa Lar Cantinho da Esperança	0-11a	20	6	-	-	-	-
2 Itaguaí – Abrigo Infante Juvenil	12-17a	12	7	-	1	1	1
3 Mesquita – Casa de Acolhimento e Cidadania	0-12a	20	7	2	2	4	1
4 Paracambi – Acolhimento Institucional para crianças/adolescentes	0-18a	10	7	2	-	2	1
5 Seropédica – Abrigo Municipal Casa da Criança	0-17a	25	15	4	1	5	2

Para a aplicação do instrumento foram garantidas as condições necessárias para a compreensão dos dados pelos respondentes, como o local de aplicação desprovido de ruídos e com iluminação adequada. O tempo médio de preenchimento foi de 30 minutos para a autoavaliação (realizada pela criança ou adolescente) e de 20 minutos para a avaliação dos cuidadores, o que corroborou o tempo médio estabelecido pelo manual Inventário de HS, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica - SSRS (DEL PRETTE et al., 2016).

No total foi possível obter as respostas de 12 crianças/adolescentes e 05 cuidadores para participar da pesquisa. Após a coleta de dados as informações foram transferidas para o programa Microsoft Excel© e por fim analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS)* na versão 20 para Windows®.

4.3. Instrumentos

Questionário de dados sócio demográfico (APÊNDICE A): questionário autoaplicável com questões estruturadas fundamentado no referencial teórico. Assim, foram coletados dados como: idade, sexo, escolaridade, informações sobre a casa de acolhimento, entre outros.

Inventário de HS, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica (SSRS – Social Skill Rating System): Originalmente desenvolvido por Frank M. Gresham e Stephen N. Elliot, nos Estados Unidos. A adaptação deste instrumento para o Brasil teve início em 2002 com o pós-doutorado de Zilda A. P. Del Prette. Trata-se de um instrumento que, com base nas respostas de pais, professores e da própria criança, obtém-se a avaliação do repertório de HS e indicadores de problemas de comportamento e de competência acadêmica de crianças e adolescentes de 6 a 13 anos (DEL PRETTE et al., 2016).

Este instrumento permite a pesquisadores e psicólogos o mapeamento e o monitoramento da efetividade de intervenções voltadas para o desenvolvimento socioemocional de crianças e adolescentes. Segundo a autora, o SSRS pode atender aos seguintes objetivos de pesquisa e prática junto a população infantil:

- a) rastreamento e diagnóstico de problemas de ajustamento psicossocial; b) planejamento de intervenções (identificação de recursos e déficits que devem ser alvos da atenção terapêutica e/ou educativa); c) acompanhamento do desenvolvimento socioemocional; d) avaliação da efetividade de práticas e programas de intervenções com crianças; e) descrição de características de populações específicas de interesse (DEL PRETTE et al., 2016, p. 25).

O instrumento apresenta três formulários de avaliação do comportamento, sendo um respondido pela própria criança/adolescente, outro pelos pais e outro pelos professores, que podem ser usados separadamente ou em combinação. Os formulários de aplicação contam com uma folha de rosto com a caracterização do informante e da criança, seguidas pelas páginas, que contém à esquerda os itens e à sua direita colunas para anotação das respostas nas escalas tipo *Likert*. Os informantes avaliam HS e os pais adicionalmente avaliam problemas de comportamentos dos filhos (DEL PRETTE et al., 2016).

Para essa pesquisa foram levados em consideração os formulários respondidos pela própria criança/adolescente e pais. O formulário dos pais foi preenchido pelo cuidador indicado pelo coordenador da instituição que tinha mais de dois meses de contato direto com a criança/adolescente. Esse tempo foi estabelecido com base no manual de instruções do SSRS (DEL PRETTE et al., 2016).

A Escala de HS do SSRS focaliza classes comuns e diferenciadas de comportamentos como empatia, afetividade, responsabilidade, autocontrole, civilidade, cooperação, assertividade e desenvoltura social. Já os problemas de comportamento (PC) são avaliados em termos da frequência de ocorrência e se agrupam em três fatores: PC externalizantes, PC Internalizantes e PC hiperatividade. Sobre a competência acadêmica (que não foi utilizada neste trabalho) é realizada somente pelo professor e se baseia em indicadores do desempenho acadêmico da criança (DEL PRETTE et al., 2016).

Os autores do SSRS salientam que alguns fatores foram agrupados em itens diferentes pois, possivelmente, apresentaram funções complementares. A seguir uma breve descrição dos itens que compõem a escala do SSRS:

Empatia: comportamentos que mostram interesses a respeito pelos sentimentos e ponto de vista dos outros, por exemplo: “Eu tento entender como meus amigos se sentem quando estão zangados, aborrecidos ou tristes” (criança); “Eu demonstro que gosto de elogios e cumprimentos de amigos” (criança). Afetividade: comportamentos de expressão de sentimentos positivos, por exemplo: “Eu demonstro ou digo aos amigos que gosto deles” (criança); “Faz elogios para os amigos e outras crianças da família” (pais). Responsabilidade: comportamentos que demonstram compromisso com tarefas e regras preestabelecidas para atividades, por exemplo: “Eu faço minhas tarefas de casa no tempo estabelecido” (criança); “Segue suas instruções” (professores). Autocontrole: comportamentos emitidos em situações de conflito e/ou que requerem pospor ou restringir os próprios comportamentos, por exemplo: “Controla sua irritação quando discute com os outros” (pais); “Responde de forma apropriada quando é empurrado ou provocado por outras crianças” (professores). Civilidade: comportamentos que atendem a normas mínimas de convívio social, por exemplo: “Pede permissão para usar coisas de outras pessoas da família” (pais); “Eu uso um tom de voz adequado nas discussões de classe” (criança). Cooperação: comportamentos que contribuem para o andamento de uma atividade e/ou atendem as necessidades dos outros, por exemplo: “Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas de classe” (professores); “Coopera com membros da família sem ser solicitado” (pais). Assertividade: comportamentos que envolvem algum risco de reação indesejável do outro, por exemplo: “Eu digo para os outros quando eu estou chateado com eles” (criança); “Questiona de forma educada as regras que considera injustas” (professores). Desenvoltura Social: comportamentos que expressam

traquejo nas relações interpessoais, por exemplo: “Inicia uma conversação em vez de ficar esperando que outros o façam” (pais); “Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar” (professores). PC Externalizantes: comportamentos que envolvem agressão física ou verbal com outros e baixo controle de humor, por exemplo: “Discute com os outros” (pais e professores); “Fica com raiva facilmente” (professores). PC Internalizantes: comportamentos indicativos de ansiedade, tristeza, solidão e baixa autoestima, por exemplo: “Parece solitário” (pais e professores); “Mostra-se triste ou deprimido” (pais e professores). PC Hiperatividade: comportamentos que envolvem movimentação excessiva, inquietação e reações impulsivas, por exemplo: “Mostra-se irrequieto ou se mexe excessivamente” (pais e professores); “Perturba as atividades em andamento” (pais e professores) (DEL PRETTE, 2016, p. 43 a 45).

4.4. Análise Estatística

Foi realizada análise descritiva dos dados para identificar as HS que mais se destacam e as mais deficitárias de crianças e adolescentes vítimas de violência. Após tabulação dos dados, as análises foram feitas através o programa *Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS)* na versão 20 para Windows®.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

5.1. Dados Referente as Respostas das Crianças/Adolescentes

A Tabela 9 a seguir apresenta os dados referentes a classificação geral das HS das crianças/adolescentes respondentes. É possível perceber que grande parte apresentam um repertório de HS considerado abaixo da média a bom.

Tabela 1. HS Classificação Geral

Classificação	Frequência	%	% Acumulada
Abaixo da média	5	41,7	41,7
Bom	5	41,7	83,3
Elaborado	1	8,3	91,7
Altamente elaborado	1	8,3	100,0
Total	12	100,0	-

Sobre os dados referentes a classificação Empatia/Afetividade, que se referem a comportamentos daqueles que mostram interesses a respeito pelos sentimentos dos outros e na expressão dos próprios sentimentos positivos, 50% dos respondentes possuem um bom desempenho. Entretanto, 25% dos participantes foram considerados abaixo da média.

Tabela 2. HS F1 (Classificação Empatia/Afetividade)

Classificação	Frequência	%	% Acumulada
Abaixo da média	3	25,0	25,0
Média inferior	1	8,3	33,3
Bom	6	50,0	83,3
Elaborado	2	16,7	100,0
Total	12	100,0	-

Em relação aos comportamentos que demonstram comprometimento com tarefas e regras preestabelecidas, os resultados apontam para uma diversidade da frequência. Da amostra selecionada, 33% apresentaram comportamentos concernentes a responsabilidade abaixo da média, concomitantemente 33% apresentaram comportamentos altamente elaborados.

Tabela 3. HS F2 (Classificação Responsabilidade)

Classificação	Frequência	%	% Acumulada
Abaixo da média	4	33,3	33,3
Bom	3	25,0	58,3
Elaborado	1	8,3	66,7
Altamente elaborado	4	33,3	100,0
Total	12	100,0	-

Sobre os comportamentos emitidos em situações de conflito e que atendam a normas mínimas de convívio social, 50% dos participantes se encontram abaixo da média. Apenas 8,3% apresenta um comportamento elaborado para esta categoria.

Tabela 4. HS F3 (Classificação Autocontrole/Civilidade)

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Abaixo da média	6	50,0	50,0	50,0
Bom	5	41,7	41,7	91,7
Elaborado	1	8,3	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

Por fim, sobre os dados que se referem a comportamentos assertivos, que envolvem algum risco de reação indesejável do outro, a maioria dos respondentes (41,7%) apresentam comportamento altamente elaborado. Cabe destacar que 25% apresentam a classificação nesta categoria como bom.

Tabela 5. HS F4 (Classificação Assertividade)

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Abaixo da média	1	8,3	8,3	8,3
Médio inferior	2	16,7	16,7	25,0
Bom	3	25,0	25,0	50,0
Elaborado	1	8,3	8,3	58,3
Altamente elaborado	5	41,7	41,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

5.2. Dados Referente as Respostas dos Cuidadores

Após realizar a análise dos dados sobre HS, pela ótica da própria criança/adolescente, a seguir serão analisadas as respostas dos cuidadores que foram indicados pelos coordenadores de cada instituição acolhedora. Nesse sentido, 91,7% dos respondentes apontam que, as crianças/adolescentes participantes da pesquisa apresentam um desempenho em HS abaixo da média.

Tabela 6. HS F1 (Classificação Geral)

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Abaixo da média	11	91,7	91,7	91,7
Bom	1	8,3	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

Sobre a responsabilidade, 50% das crianças/adolescentes foram considerados abaixo da média. Entretanto, 33,3% foram classificados apresentando comportamentos relacionados a responsabilidade como bom e 8,3% considerado médio inferior.

Tabela 7. HS F1 (Classificação Responsabilidade)

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Abaixo da média	6	50,0	50,0	50,0
Médio inferior	1	8,3	8,3	58,3
Bom	4	33,3	33,3	91,7
Elaborado	1	8,3	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

Sobre o autocontrole, os cuidadores reconheceram que 75% das crianças/adolescentes apresentam comportamentos emitidos em situações de conflito e/ou que requerem pospor ou

restringir os próprios comportamentos. Apenas 25% foram considerados apresentando a classificação bom.

Tabela 8. HS F2 (Classificação Autocontrole)

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Abaixo da média	9	75,0	75,0	75,0
Bom	3	25,0	25,0	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

Sobre a afetividade/cooperação, que são comportamentos de expressão de sentimentos positivos e que contribuem para o andamento de uma atividade, 75% das crianças foram consideradas abaixo da média. Apenas 8,3% foi considerado bom na emissão desses comportamentos.

Tabela 9. HS F3 (Classificação Afetividade/Cooperação)

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Abaixo da média	9	75,0	75,0	75,0
Médio inferior	2	16,7	16,7	91,7
Bom	1	8,3	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

Já no campo da desenvoltura social, que são comportamentos que expressam as vivências nas relações interpessoais, 66,7% das crianças/adolescentes foram considerados abaixo da média. Dessa forma apenas 8,3% foi considerado com um comportamento altamente elaborado.

Tabela 10. HS F4 (Classificação Desenvoltura Social)

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Abaixo da média	8	66,7	66,7	66,7
Bom	1	8,3	8,3	75,0
Elaborado	2	16,7	16,7	91,7
Altamente elaborado	1	8,3	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

Já no campo da civilidade, que faz referência a comportamentos que atendem a normas mínimas de convívio social, como pedir permissão ou usar o tom de voz adequado para cada ocasião, os cuidadores acreditam que 91,7% das crianças/adolescentes se encontram abaixo da média. Apenas 8,3% foi considerada emitindo um bom comportamento no campo da civilidade.

Tabela 11. HS F5 (Classificação Civilidade)

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Abaixo da Média	11	91,7	91,7	91,7
Bom	1	8,3	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

Os problemas de comportamento podem ser classificados como externalizantes e internalizantes. Para os cuidadores, nos problemas de comportamento de forma geral, 66,7% apresentam problemas nesta classificação, considerados acima da média superior.

Tabela 12. PC – Classificação Geral

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Muito baixo	2	16,7	16,7	16,7
Mediano	1	8,3	8,3	25,0
Médio superior	1	8,3	8,3	33,3
Acima da média superior	8	66,7	66,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

Nesse sentido, 66,7% das crianças/adolescentes apresentam, pela ótica dos cuidadores, problemas classificados como externalizantes. Por externalizantes entende-se como os comportamentos que podem envolver agressão física ou verbal com outros e baixo controle de humor (DEL PRETTE, 2016).

Tabela 13. PC F1 (Classificação Externalizante)

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Muito baixo	1	8,3	8,3	8,3
Baixo	1	8,3	8,3	16,7
Mediano	1	8,3	8,3	25,0
Médio superior	1	8,3	8,3	33,3
Acima da média superior	8	66,7	66,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

Já nos problemas de comportamentos classificados como internalizantes, 41,7% das crianças/adolescentes estariam apresentando problemas considerados acima da média superior. Por internalizantes entende-se comportamentos indicativos de tristeza, baixa autoestima, ansiedade ou solidão.

Tabela 14. PC F2 (Classificação Internalizante)

Classificação	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Muito baixo	3	25,0	25,0	25,0
Mediano	3	25,0	25,0	50,0
Médio superior	1	8,3	8,3	58,3
Acima da média superior	5	41,7	41,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	-

Além dos dados apresentados, se faz necessário a percepção do contraste encontrado entre a amostra Ministério Público do Rio de Janeiro, no Módulo Criança e Adolescente (2016). Foram selecionadas 5 instituições, sendo 2 em Itaguaí, 1 em Mesquita, 1 em Paracambi, 1 em Seropédica. Tomando por base a capacidade de acolhimento de cada instituição mencionadas pelo Ministério Público, seria possível ter o acesso a 87 crianças/adolescentes, de ambos os sexos, como possíveis participantes da pesquisa. Entretanto, somente 12 crianças/adolescentes se enquadravam como respondentes. Foi observado que as instituições estavam abaixo da capacidade total de atendimento.

Após a análise dos dados foi interessante observar a diferença da percepção que as próprias crianças/adolescentes possuem de si mesmo, além das relações com as figuras de autoridades dentro da instituição, e dos cuidadores respondentes da pesquisa. Apesar do escore geral da HS das crianças ter dado bom ou superior em 58,7% dos casos, este valor cai para

8,3% na percepção dos cuidadores. A seguir algumas considerações acerca do que foi observado.

As HS consideradas pelas crianças/adolescentes que apareceram como elaboradas ou altamente elaboradas são: assertividade (altamente elaborado 41,7%); responsabilidade (altamente elaborado 33,3%); empatia/afetividade (elaborado 16,7%); autocontrole/civilidade (elaborado 8,3%). Para os cuidadores as HS consideradas bom ou elaborado são: autocontrole (bom 25%); responsabilidade (elaborado 8,3%); afetividade/cooperação (bom 8,3%); desenvoltura social (altamente elaborado 8,3%); civilidade (bom 8,3%). Nesse sentido, a assertividade se destaca para as crianças/adolescentes como um indicativo de recursos altamente satisfatórios.

Para os cuidadores, 91,7% das crianças/adolescentes apresentaram desempenho abaixo da média no campo das HS. O que se contrapõe a visão dos acolhidos que apresentaram 41,7% abaixo da média. Cabe observar que, em todos os campos respondidos pelos cuidadores, todos consideram que em HS as crianças/adolescentes estavam abaixo da média.

Outro ponto a destacar foi em relação as HS referentes a autocontrole/civilidade pelas crianças/adolescentes com 50% dos respondentes considerados abaixo da média. Já para os cuidadores, 75% das crianças/adolescentes estão abaixo da média no campo do autocontrole e 91,7% se encontram abaixo da média no aspecto da civilidade.

Do ponto de vista dos cuidadores, o campo que mais se destacou e merece atenção, sendo considerado abaixo da média em HS, foi o da civilidade, com 91,7%, seguidos de autocontrole (75%); afetividade/cooperação (75%); desenvoltura social (66,7%) responsabilidade (50%). Em relação aos problemas de comportamento, os externalizantes se destacam com 66,7% das crianças com problemas acima da média superior, seguido dos problemas internalizantes com 41,7% acima da média superior.

Em relação as crianças/adolescentes, o campo que mais se destacou como abaixo da média em HS foi autocontrole/civilidade (50%); responsabilidade (33,3%); empatia/afetividade (25%); assertividade (8,3%). O que corrobora a visão dos cuidadores de que o campo de civilidade e autocontrole merecem atenção.

6 CONCLUSÕES

Segundo Del Prette et al. (2016, p. 112) “grande parte das normas que regulam a forma como as pessoas se comportam socialmente é estabelecida pelo grupo social a qual pertencem”. Dessa forma, entendendo a instituição acolhedora (com o seu desenvolvimento histórico e legislativo), o cuidador, como também as crianças/adolescentes, pode servir de compreensão na busca de estratégias para enfrentamento das dificuldades do dia-a-dia encontrada na instituição de acolhimento.

Foi corroborado a necessidade da ampliação do tema proposto, com mais pesquisas para compreender os motivos que justifiquem as diferenças encontradas entre as respostas das crianças e de seus cuidadores. Se faz necessário, a busca de estratégias para um THS específico, considerando aqueles repertórios abaixo da média inferior, focalizando a superação de problemas quanto a civilidade e autocontrole em crianças que vivem em situação de acolhimento institucional (FUMO et al., 2009).

Cabe salientar as limitações relacionadas ao presente estudo. Em primeiro lugar a diferença encontrada entre a amostra prévia e as 12 crianças/adolescentes participantes da pesquisa. Tanto os fatores de inclusão, quanto de exclusão contribuíram para que o número da amostra se tornasse reduzido. Questões sobre o processo de desligamento da instituição também favoreceram para a não participação de algumas crianças, pois não estavam na instituição no momento da entrevista, ou por já receberem a determinação judicial para se desligarem da instituição.

Outro ponto que merece destaque é a participação das instituições neste trabalho. Em algumas instituições, a autorização da coleta de dados, foi efetuado pela Secretaria de Assistência Social da própria cidade, enquanto em outras, o contato foi direto (efetuado entre a pesquisadora e o coordenador da instituição). Assim sendo, foi observado a não padronização para o acesso direto na realização de pesquisas com crianças e adolescentes acolhidos

De acordo com Del Prette (et al., 2016), um repertório abaixo da média inferior em HS é um indicativo da necessidade de um THS. Nesse sentido, autocontrole e civilidade se destacam, pois, apresentaram como os itens mais críticos para o ajustamento social, tanto para os cuidadores quanto pela percepção das próprias crianças. Logo, programas de desenvolvimento de HS sobre autocontrole e civilidade poderão contribuir como uma ferramenta valiosa para o cuidado dessas crianças e adolescentes, sendo útil para minimizar fatores de risco e incrementar fatores de proteção ao desenvolvimento humano e tratar problemas já instalados passíveis de remissão (MURTA, 2005).

7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ADED, N. L. O.; et al. **Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura.** Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 set. 2017.

AMARAL, L. V. O. Q.; GOMES, A. M. A.; FIGUEIREDO, S. V.; GOMES, I. L. V. **Significado do cuidado às crianças vítimas de violência na ótica dos profissionais de saúde.** Rev. Gaúcha Enferm. [online]. 2013, vol.34, n.4, pp.146-152. ISSN 19831447. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400019>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família.** Tradução Dora Flaksman. 2º Ed. LTC Editora. 1981.

AVANCI, J. Q.; CARVALHO, M. J. B.; ASSIS, S. G. **Serviços de acolhimento em família acolhedora.** In: ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P. (orgs). Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/dicivip_datain/ckfinder/userfiles/files/LIVRO_Levantamento%20Nacional_Final.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

AYRES, L. S. M.; CARDOSO, A. P.; PEREIRA, L. C. **O abrigo e as redes de proteção para a infância e a juventude.** Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 125-135, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198402922009000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 ago. 2017.

AZOR, A. M. G. C. V.; VECTORE, C. **Abrigar/desabrigar: conhecendo o papel das famílias nesse processo.** Estud. psicol. (Campinas) [online]. 2008, vol.25, n.1, pp. 77-89. ISSN 0103-166X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2008000100008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BARBIANI, R. **Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde.** Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 200-211, ABR-JUN 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00200.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

BELSKY, J. **Desenvolvimento Humano: experienciando o ciclo da vida.** Tradução Daniel Bueno; consultoria, supervisão e revisão técnica: Antonio Carlos Amador Pereira. Porto Alegre: Atmed, 2010.

BERNARTT, R. M. **A infância a partir de um olhar sócio-histórico.** IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, 2009. Disponível em <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2601_1685.pdf> Acesso em: 20 jul. 2017.

BOLSONI-SILVA, A. T. **Habilidades sociais: Breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento.** Interação em Psicologia, 6(2), 233-242. 2002. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3311/2655>> Acesso em: 23 jun. 2017.

BOLSONI-SILVA, A. T.; CARRARA, K. **Habilidades Sociais e Análise do Comportamento: Compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas.** 2010. Psicologia em Revista (Online), 16(2), 330-350. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/682/1941>. Acesso em: 23 jun. 2017.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, G.; MONTANHER, A. R.; BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, A. **A área das habilidades sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos.** In M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.). 2006. Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal (pp. 17-45). São Paulo: Casa do Psicólogo. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/221931599_A_area_das_habilidades_sociais_no_Brasil_uma_analise_dos_estudos_publicados_em_periodicos> Acesso em: 23 jun. 2017.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. **Validação do roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (re-hse-p).** Avaliação Psicológica, 2010, 9(1), pp. 63-75. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712010000100008>. Acesso em: 22 ago. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.010, de 3 de agosto DE 2009.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm>. 2009a. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 30 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências: orientações para profissionais de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes 2008 e 2009**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2008_2009_violencias_acidentes.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2009, 2010 e 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 164 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf>. Acesso em 22 ago. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano nacional de promoção, proteção e defesa do direito da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária. Brasília: CONANDA/CNAS, 2006**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriancasAdolescentes%20.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

BRASIL. **Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/orientacoes_tecnicas_final.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BREAKWELL, G. M.; ROSE, D. **Teoria, Método e Delineamento de Pesquisa**. 2010. In: BREAKWELL, G. M. et al (orgs). Métodos de pesquisa em Psicologia. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CABALLO, V. E. **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. Santos Editora. 2003.

CALDEIRA, L. B. **O conceito de infância no decorrer da história**. 2010. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/Pedagogia/o_conceito_de_infancia_no_decorrer_da_historia.pdf> Acesso em: 20 jul. 2017.

CARLOS, D. M.; et al. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: olhares sobre a rede de apoio**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 37, n. spe, e72859, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000500426&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2017.

CAVALCANTE, L. I. C.; MAGALHAES, C. M. C.; PONTES, F. A. R. **Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica**. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 615-625. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200030>. Acesso em: 05 out. 2017.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; MESQUITA, V. S. F. **Crianças, adolescentes e famílias em SAI**. In: ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P. (orgs). Levantamento Nacional das Crianças e

Adolescentes em Serviço de Acolhimento. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/dicivip_datain/ckfinder/userfiles/files/LIVRO_Levantamento%20Nacional_Final.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. **Violência: um problema global de saúde pública**. Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup): 1163-1178, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000500007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 ago. 2017.

DAVIS, A.; BRENNER, G. **O método experimental em Psicologia**. 2010. In: BREAKWELL, G. M. et al (orgs). Métodos de pesquisa em Psicologia. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (organizadores). **Habilidades sociais: programas efetivos em grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DEL PRETTE, Z. A. P. et al **Inventário de habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica para crianças – SSRS: manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das Habilidades Sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Treinamento de habilidades sociais com crianças: Como utilizar o método vivencial**. In C. E. Costa, J. C. Luzia e H. H. N. Sant' Anna (Orgs.), Primeiros passos em Análise do Comportamento e Cognição (pp. 111-119). 2004. Santo André: ESETEC. Disponível em: <<http://www.rihs.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/02/treinamento-de-habilidades-sociais-com-criancas-como-utilizar-ometodo-vivencial.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Habilidades Sociais e Análise do Comportamento: Proximidade histórica e atualidades**. Perspectivas em Análise do Comportamento, 1(2), 104-115. 2010. Disponível em: <http://porteiros.r.unipampa.edu.br/portais/cap/files/2013/12/TREINAM-HABLDDSOCIAIS-104-115_RP_2010_01_02.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2017.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 9(2), 233-255. 1996. Disponível em: <<http://www.rihs.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/02/Habilidades-sociais-Uma%C3%A1rea-em-desenvolvimento.pdf>>. Acesso em 23 jun. 2017.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Treinamento em habilidades sociais: Panorama geral da área**. In V. G. Haase, R. Rothe-Neves, C. Käßpler, M. L. M. Teodoro & G. M. O. Wood (Eds.), Psicologia do Desenvolvimento: Contribuições Interdisciplinares (pp. 249-264). 2000. Belo Horizonte: Health. Disponível em: <http://www.rihs.ufscar.br/wpcontent/uploads/2015/02/treinamento_HS_panorama.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2017.

DOMINGOS, M. **Lei Menino Bernardo amplia rede de proteção a crianças e adolescentes.** 2014. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2014/11/11/lei-meninobernardo-amplia-rede-de-protacao-a-criancas-e-adolescentes>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

EGRY E. Y.; APOSTÓLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P.; LISBOA, C. C. R. **Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?** Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(1):113-19. DOI: Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-71672016-0009>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

ELIAS, L. C. S.; AMARAL, M. V. **Habilidades Sociais, Comportamentos e Desempenho Acadêmico em Escolares antes e após Intervenção.** Psico-USF [online]. 2016, vol.21, n.1, pp.49-61. ISSN 2175-3563. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/141382712016210105>>. Acesso em 24 jun. 2017.

FALCONE, E. M. O. **Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais.** 2001. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Eds.), Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade (pp. 195-209). Santo André: SET Editora.

FERRIANI, M. G. C.; BERTOLUCCI, A. P.; SILVA, M. A. I. **Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto.** SP. Rev. bras. enferm. [online]. 2008, vol.61, n.3, pp. 342-348. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300011>. Acesso em: 14 ago. 2017.

FREITAS, R. J. M.; MOURA, N. A.; MONTEIRO, A. R. M. **Violência contra crianças/adolescentes em sofrimento psíquico e cuidado de enfermagem: reflexões da fenomenologia social.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 37, n. 1, e52887, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000100702&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2017.

FUMO, V. M. S., MANOLIO, C. L., BELLO, S., HAYASHI, M. C. P. I. **Produção científica em habilidades sociais: estudo bibliométrico.** Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn., Campinas-SP, 2009, Vol. XI, nº 2, 246-266. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/401/295>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

FURLAN, V.; SOUZA, T. R. P. **Exclusão/Inclusão Social: Políticas Públicas de acolhimento institucional dirigidas à Infância e Juventude.** Diálogo, Canoas, n. 23, ago. 2013. Disponível em: <<http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Diálogo/article/view/909/901>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; VALENCICH, D. M. O.; CARNEVALLE, C. V.; MARCOPITO, L. F. **Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo,** 2009. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2012, vol.58, n.6, pp.659-665. ISSN 0104-4230. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000600009>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

GROARKE, A. M.; ZIMMERLE, B. **Reflexões sobre avanços e entraves à adequação do serviço de acolhimento: abrigo institucional no Recife e região metropolitana.** Cadernos de Estudos Sociais, Recife, Vol 28, n 1, pg 131-163, janeiro/junho de 2013. Disponível em: <<https://periodicos.fundaj.gov.br/CAD/article/view/57>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

HABIGZANG, L. F.; CUNHA, R. C.; KOLLER, S. H. **Sintomas psicopatológicos em meninas vítimas de abuso sexual abrigadas e não-abrigadas.** Acta Colombiana de psicología 13 (1): 35-42, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/798/79815637003.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

IZAR, J. G. **A práxis pedagógica em abrigos.** 2011. 134p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-30082011-161330/publico/JULIANA_GAMA_IZAR.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

LAMENZA, F. **As audiências concentradas na área da infância e da juventude: uma análise crítica.** *Âmbito Jurídico*. Rio Grande do Sul, XIV, n. 94, nov 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10590>. Acesso em: 21 ago. 2017.

LEME, V. B. R.; DEL PRETTE, Z. A. P.; KOLLER, S. H.; DEL PRETTE, A. **Habilidades sociais e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: análise e perspectivas.** *Psicol. Soc.* [online]. 2016, vol.28, n.1, pp.181-193. Epub 15-Set-2015. ISSN 0102-7182. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015aop001>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

MACHADO, V. R. **A atual política de acolhimento institucional à luz do estatuto da criança e do adolescente.** *Serv. Soc. Ver. Londrina*, v. 13, n. 2, p. 143-169, jan/jun 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10431>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

MARCÍLIO, M. L. **História Social da Criança Abandonada.** 1ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/geanipedrosa/histria-social-da-crianaabandonada-autora-maria-luza-marclio>>. Acesso em: 05 out. 2017.

MCKINNEY, J. P.; FITZGERALD, H. E.; STROMMEN, E. A. **Psicologia do desenvolvimento: o adolescente e o adulto jovem.** Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa.** Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>> Acesso em: 07/08/2017 às 15:47h. 2017. Editora Melhoramentos Ltda.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde.** *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [online]. 2001, vol.1, n.2, pp. 91-102. ISSN 1519-3829. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292001000200002>. Acesso em: 14 ago. 2017.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Relação de Instituições Rio de Janeiro.** MCA – Módulo Criança e Adolescente. Disponível em: http://mca.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Relacao_inst_JULHO.pdf Acesso em: 26 jun. 2016.

MOURA, T. B. de; VIANA, F. T.; LOYOLA, V. D. **Uma Análise de Concepções Sobre a Criança e a Inserção da Infância no Consumismo.** Psicologia: ciência e profissão, 2013, 33 (2), 474-489. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932013000200016>. Acesso em: 11 dez. 2017.

MURTA, S. G. **Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18(2), pp.283-291. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27480.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

NAÇÕES UNIDAS. Crianças brasileiras preocupam-se mais com a violência, diz pesquisa do UNICEF. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/criancas-brasileiras-preocupam-se-mais-com-a-violencia-diz-pesquisa-do-unicef/>> Acesso em: 11 dez. 2017.

NASCIMENTO, M. L.; LACAZ, A. S.; TRAVASSOS, M. **Descompassos entre a lei e o cotidiano nos abrigos: percursos do ECA.** Aletheia, Canoas, n. 31, p. 16-25, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942010000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2017.

NIEHUES, M. R.; COSTA, M. O. **Concepções de infância ao longo da história.** 1º Simpósio de Integração Científica e Tecnológica do Sul Catarinense – SICT-Sul. Rev. Técnico Científica (IFSC), v. 3, n. 1. 2012. ISSN 2175-5302. Disponível em: <<https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/rtc/article/download/420/342>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

NITAHARA, A. **Lei Menino Bernardo completa dois anos de incentivo à educação sem violência.** 2016. Agência Brasil. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitoshumanos/noticia/2016-06/lei-menino-bernardo-completa-dois-anos-de-incentivo-educacao-sem>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. **Violência contra crianças no cenário brasileiro.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 871-880, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000300871&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2017.

NUNES, F. **Concepção da Infância.** 2012 Disponível em: <https://pt.slideshare.net/MFatimaMNunes/concepo-de-infancia?from_action=save> Acesso em: 20 jul. 2017.

OLIVEIRA, H. H. **Criança e adolescente são prioridade na Constituição brasileira.** Congresso em Foco, 2013. Disponível em: <<http://congressoemfoco.uol.com.br/opiniao/colunistas/crianca-e-adolescente-e-prioridadena-constituicao-brasileira/>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

PINHEIRO, M. I. S.; et al. **Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento.** Psicol. Reflex. Crit. [online]. 2006, vol.19, n.3, pp. 407-414. ISSN 0102-7972. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722006000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 ago. 2017.

PRINCESWAL, M. **O direito à convivência familiar e comunitária sob o paradigma da proteção integral.** 2013. In: ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P. (orgs). Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/dicivip_datain/ckfinder/userfiles/files/LIVRO_Levantamento%20Nacional_Final.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

REVOREDO, L. S.; et al. **Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 29, n. 2, p. 205-217, Apr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002016000200205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2017.

RIBEIRO, M. O.; CIAMPONE, M. H. T. **Crianças em situação de rua falam sobre os abrigos.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 309-316, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2017.

RIBEIRO, F. M. L.; OLIVEIRA, Q. B. M.; PINTO, L. W.; MELO, A. A. C. A. **O trabalho e os trabalhadores dos SAI.** 2013. In: ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P. (orgs). Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/dicivip_datain/ckfinder/userfiles/files/LIVRO_Levantamento%20Nacional_Final.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente.** Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. Disponível em: <http://www.editora.vrc.pucRio.br/media/ebook_institucionalizacao_de_crianças_no_brasil.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2017.

ROTONDARO, D. P. **Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 22, n. 3, p. 8-13, Sept. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

98932002000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SALINA-BRANDAO, A.; WILLIAMS, L. C. A. **O abrigo como fator de risco ou proteção: avaliação institucional e indicadores de qualidade.** *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 334-352, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SANTOS, R. M. **As transformações do conceito de infância em “Grandes Esperanças”, De Charles Dickens.** *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, Londrina, v. 10, n.1, p. 9-24, jan.jun. 2005. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/viewFile/2124/1821>> Acesso em: 20 jul. 2017.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. **A criança maltratada: uma revisão da literatura.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, Aug. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692000000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2017.

SCHULTZ, E. S.; BARROS, S. M. **A concepção de infância ao longo da história no brasil contemporâneo.** DOI: 10.5212/Lumiar.v.3.i2.0001. *Revista de Ciências Jurídicas*, Ponta Grossa, 3(2): 137-147, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/lumiar/article/view/2486/2873>> Acesso em: 20 jul. 2017.

SILVA, T. A.; CAVALCANTE, L. I. C. **Habilidades Sociais e Características Pessoais em Escolares de Belém.** *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2015, vol.28, n.4, pp.850-858. ISSN 01027972. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528424>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

SOUZA, A. A. **A Roda dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia – uma abordagem sobre a Infância no Brasil (1910).** 2011. Disponível em: <<http://marthamaria11.blogspot.com.br/2011/12/roda-dos-expostos-da-santa-casa-de.html>>. Acesso em: 22 set. 2017.

SOUZA, F. H. O.; BRITO, L. M. T. **Acolhimento institucional de crianças e adolescentes em Aracaju.** *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 41-57, July. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652015000100041&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago.2017.

UNICEF. **Celebrando 20 Anos da Convenção sobre os Direitos da Criança. Situação Mundial Da Infância Edição Especial.** United Nations Children’s Fund (UNICEF) Novembro de 2009. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/sowc_20anosCDC.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Declaração

APÊNDICE B – Carta de Anuência da Instituição de Pesquisa

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

APÊNDICE D – Termo de Assentimento

APÊNDICE E – Questionário de dados sócio demográfico

APÊNDICE A – Declaração



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
(PPGPSI)

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Fernanda Pereira Calabar** encontra-se devidamente matriculada no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), desenvolvendo sua pesquisa de mestrado intitulada “MAPEAMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA”. Este projeto está sendo orientado pelo Professor Adjunto Wanderson Fernandes de Souza. A plena execução deste projeto depende da possibilidade de entrevistas com crianças e adolescentes em situação de abrigo e seus responsáveis legais. Ponho-me a disposição para esclarecer qualquer dúvida que por ventura venha a ocorrer a respeito do supracitado projeto.

Seropédica, ____ de _____ de 2017.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Wanderson Fernandes de Souza

APÊNDICE B – Carta de Anuência da Instituição de Pesquisa

Carta de Anuência da Instituição de Pesquisa

Aceito a estudante Fernanda Pereira Calabar do curso de Mestrado Acadêmico em Psicologia, para desenvolver a pesquisa intitulada “Mapeamento das Habilidades Sociais de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência”, sob orientação do Prof. Dr. Wanderson Fernandes de Souza.

Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e de que serão assegurados os requisitos abaixo elencados:

- cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/96 CNS/MS;
- garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,

Concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, condicionando a autorização para realizar à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ e ao cumprimento dos itens acima, caso contrário, tenho a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Observação: Orientamos que o responsável da instituição, ao receber o pesquisador para a realização da coleta de dados em sua instituição, solicite a apresentação do parecer Consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Trata-se de uma medida de segurança para resguardar os indivíduos que participarão da pesquisa a ser realizada em sua instituição.

Seropédica, ____ de _____ de 2017.

Assinatura e carimbo do diretor (ou vice-diretor) da instituição.

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

Sou estudante do curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão do Prof. Dr. Wanderson Fernandes de Souza, cujo objetivo é realizar o mapeamento das habilidades sociais de crianças e adolescentes vítimas de violência que vivem em situação de acolhimento institucional e com isso, fazer uma revisão bibliográfica, sobre estudos de habilidades sociais em crianças e adolescentes acolhidos, estudar as características comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de violência e levantar as consequências no repertório de habilidades sociais de crianças e adolescentes acolhidos.

Sua participação envolve responder ao *Questionário de dados sócio demográfico* e ao *Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica (SSRS – Social Skill Rating System)*.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da UFRRJ, e-mail: comissaodeetica@ufrj.br.

Atenciosamente,

Fernanda Pereira Calabar

Local e data

Wanderson Fernandes de Souza
Professor supervisor/orientador

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome da criança/adolescente: _____

Responsável legal: _____

Assinatura: _____ Data: _____

APÊNDICE D – Termo de Assentimento



TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Mapeamento das Habilidades Sociais de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência*”. Seu responsável legal permitiu que você participe. Queremos saber quais são as habilidades sociais que mais se destacam em você. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm de 06 a 13 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita em sua residência atual, onde seu responsável legal responderá alguns questionários sobre você. Para isso, será usado o *Questionário de dados sócio demográfico* e o *Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica (SSRS – Social Skill Rating System)*.

O uso desses questionários é considerado seguro. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pela pesquisadora *Fernanda Pereira Calabar*. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa será elaborado uma Dissertação de Mestrado e um Artigo com os resultados obtidos.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou a pesquisador Wanderson Fernandes de Souza (Professor Orientador).

Eu _____ aceito participar da pesquisa “*Mapeamento das Habilidades Sociais de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência*” que tem o/s objetivos é realizar o mapeamento das habilidades sociais de crianças e adolescentes vítimas de violência que vivem em situação de acolhimento institucional e com isso fazer uma revisão bibliográfica, sobre estudos de habilidades sociais em crianças e adolescentes acolhidos, estudar as características comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de violência e levantar as consequências no repertório de habilidades sociais de crianças e adolescentes acolhidos. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de _____.

Fernanda Pereira Calabar

Wanderson Fernandes de Souza
Professor supervisor/orientador

Nome da criança/adolescente: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE E – Questionário de dados sócio demográfico



QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICO

Data: ___/___/____.

Local: _____.

INFORMANTE: _____

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM A CRIANÇA: _____

I - IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ SEXO: ()F ()M

DATA DE NASCIMENTO ___/___/____. IDADE: _____

ESCOLA: _____ SÉRIE: _____

II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

PAI: _____

PROFISSÃO: _____ IDADE: _____

MÃE: _____

PROFISSÃO: _____ IDADE: _____

POSSUI VÍNCULOS COM A FAMÍLIA DE ORIGEM? ()S ()N

OS PAIS ESTÃO VIVOS? ()S ()N

TEM IRMÃOS? ()S ()N QUANTOS? _____ ESTÃO COM ELE(A) ()S ()N

III. SOBRE O ABRIGO:

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

HÁ QUANTO TEMPO RESIDE NO ABRIGO? _____

PASSOU POR OUTROS ANTERIORMENTE? ()S ()N

QUANTOS? _____

SOFREU ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA? ()S ()N

() FÍSICA / MAUS TRATOS () PSICOLÓGICA

() ABANDONO () SEXUAL

CAUSAS OCORRIDAS PARA ESTAR NO ABRIGO: _____
