

AGRADECIMENTOS

O presente estudo implicou um esforço e um mobilizar de recursos de várias ordens, nomeadamente materiais/instrumentais, cognitivos, emocionais, aos quais não teria tido acesso caso não fosse a participação de um leque vasto de pessoas. A estes, resta-me dirigir-lhes um sincero obrigado:

- Aos meus orientadores Professor Doutor Francisco Mendes e Professora Doutora Rosina Fernandes pela disponibilidade, empenho, orientação, profissionalismo, simpatia e dedicação com que sempre me brindaram, tendo constituído o pilar principal deste projeto.

- Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e seus colaboradores pela autorização do uso da versão portuguesa do instrumento Kid-KINDL, 2001, versão 8-12 anos.

- Aos Diretores Técnicos dos LIJ's que colaboraram no estudo, sem os quais a presente investigação não seria possível, realçando a disponibilidade e amabilidade com que me receberam.

- À Dr.^a Tâmara Rodrigues, a qual me forneceu uma ajuda preciosa permitindo-me a recolha de dados junto de crianças não institucionalizadas.

- A todas as crianças que colaboraram no presente estudo, através do preenchimento do instrumento, pelo empenho e disponibilidade com que o fizeram.

- Aos meus pais e irmão, pela força e motivação que sempre me transmitiram, acreditando sempre nas minhas capacidades e pelos recursos que sempre me disponibilizaram.

- A todos os meus amigos que, pela sua presença, sempre me transmitiram coragem e ânimo para não desistir nos períodos de maior dificuldade.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Capítulo I	
1. Definição de criança e evolução da sua conceção.....	2
2. Necessidades desenvolvimentais da criança: o papel dos diferentes agentes, em particular o da família.....	3
3. Família como fonte de <i>stress</i> /meio conflitual.....	8
4. O conceito de maus-tratos e suas tipologias.....	11
5. Breve referência ao papel das entidades com responsabilidade na promoção e proteção da criança	15
6. Particularidades do acolhimento em instituição.....	21
7. Abordagem do conceito de qualidade de vida.....	23
7.1 Estudos sobre qualidade de vida em crianças e jovens institucionalizados.....	25
Capítulo II	
1. Apresentação do estudo.....	29
1.1 Problema	29
1.2 Hipóteses	29
2. Metodologia	30
2.1 Amostra	31
2.1.1 Crianças institucionalizadas	32
2.1.2 Crianças não institucionalizadas.....	33
2.2 Instrumento.....	33
2.3 Procedimento de recolha de dados	35
2.4 Técnicas estatísticas.....	35
3. Apresentação e discussão de resultados.....	36
3.1 Análise da perceção de qualidade de vida em função da institucionalização.....	36
3.2 Análise da perceção da qualidade de vida em função da idade.....	40
3.3 Análise da perceção da qualidade de vida em função do género.....	45

3.4 Análise da percepção da qualidade de vida em função do tipo de escola frequentada	49
3.5 Análise da percepção da qualidade de vida em função do tempo de acolhimento.....	53
3.6 Análise da percepção da qualidade de vida em função do motivo de institucionalização.....	55
Conclusão	63
Referências bibliográficas	66
Anexos	74
Anexo A – Cronograma do projeto.....	75
Anexo B – Questionário para crianças Kid-KINDL, versão portuguesa (Ferreira, et al., 2006), 8-12 anos	76
Anexo C – Instrumento de registo com questões específicas da história de vida de cada criança institucionalizada	80
Anexo D – Pedidos de autorização endereçados aos LIJ’s para aplicação dos questionários	81
Anexo E - Pedido de autorização endereçado ao autor do instrumento para utilização do mesmo.....	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Ecologia do Desenvolvimento Humano (Retirada de “ <i>Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce</i> ”, de A. M. Serrano, 2007, p. 38).....	5
Figura 2 - Modelo de Avaliação das Necessidades das Crianças e Suas Famílias (Retirada de “ <i>Framework for the Assessment of Children in Need and their Families</i> ”, de Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office, 2000, p. 89).....	8

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra global	31
Tabela 2 - Caracterização da amostra - crianças institucionalizadas	32
Tabela 3 - Caracterização da amostra – crianças não institucionalizadas.....	33
Tabela 4 - Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da institucionalização	37
Tabela 5 - Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico e amigos, em função da institucionalização.....	38
Tabela 6 - Resultados do teste t-Student para as dimensões bem-estar emocional, autoestima, escola e score global, em função da institucionalização.....	38
Tabela 7 - Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da idade para o grupo das crianças institucionalizadas.....	41
Tabela 8 - Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da idade para o grupo das crianças não institucionalizadas.....	42
Tabela 9 - Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar emocional e amigos, em função da idade, para o grupo das crianças institucionalizadas	43
Tabela 10 - Resultados do teste t-Student para as dimensões bem-estar físico, autoestima, escola e score global em função da idade, para o grupo das crianças institucionalizadas	43
Tabela 11 - Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da idade, para o grupo das crianças não institucionalizadas.....	44
Tabela 12 - Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do género, para o grupo das crianças institucionalizadas.....	46

Tabela 13 - Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do género, para o grupo das crianças não institucionalizadas.....	46
Tabela 14 - Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar emocional, amigos e score global, em função do género, para o grupo das crianças institucionalizadas	47
Tabela 15 - Resultados do teste t-Student para as dimensões bem-estar físico, autoestima e escola, em função do género, para o grupo das crianças institucionalizadas.....	47
Tabela 16 - Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos e score global, em função do género, para o grupo das crianças não institucionalizadas.....	48
Tabela 17 - Resultados do teste t-Student para a dimensão escola, em função do género, para o grupo das crianças não institucionalizadas.....	48
Tabela 18 - Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do tipo de escola frequentado, para o grupo das crianças institucionalizadas.....	49
Tabela 19 - Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do tipo de escola frequentado, para o grupo das crianças não institucionalizadas	50
Tabela 20 - Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar emocional, amigos e escola, em função do tipo de escola frequentado, para o grupo das crianças institucionalizadas.....	51
Tabela 21 - Resultados do teste t-Student para as dimensões bem-estar físico, autoestima e score global, em função do tipo de escola frequentado, para o grupo das crianças institucionalizadas.....	51
Tabela 22 - Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do tipo de escola frequentado, para o grupo das crianças não institucionalizadas.....	52

Tabela 23 - Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do tempo de acolhimento (meses) em instituição.....	53
Tabela 24 - Resultados do teste de Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do tempo de acolhimento (meses) em instituição.....	54
Tabela 25 - Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da problemática da negligência.....	56
Tabela 26 - Resultados do teste de Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da problemática da negligência.....	58
Tabela 27 - Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da exposição a comportamentos desviantes.....	59
Tabela 28 - Resultados do teste de Mann-Whitney para as dimensões bem-estar emocional, amigos e score global, em função da exposição a comportamentos desviantes	60
Tabela 29 - Resultados do teste t-Student para as dimensões bem-estar físico, autoestima e escola, em função da exposição a comportamentos desviantes.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS

CAT – Centro de Acolhimento Temporário

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPM – Comissão de Proteção de Menores

ECMIJ – Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

LIJ – Lar de Infância e Juventude

LPCJP – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

WHO – World Health Organization

Resumo

A literatura existente acerca da institucionalização de crianças e jovens vítimas de maus-tratos apresenta vários aspetos a ter em conta no que concerne às consequências da mesma, focando tanto aspetos mais positivos e favoráveis à sua implementação como negativos. Com o intuito de contribuirmos para o conhecimento científico desta área de investigação, analisámos a qualidade de vida de 51 crianças e jovens, 24 das quais institucionalizadas em LIJ's, em função de variáveis sociodemográficas (idade, género e tipo de ensino frequentado) e institucionais (institucionalização, tempo e motivo de acolhimento), recorrendo ao instrumento Kid-KINDL, versão portuguesa, 8-12 anos (Ferreira, Almeida, Pisco & Cavalheiro, 2006). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre o grupo de crianças institucionalizadas e o das não institucionalizadas apenas na dimensão do bem-estar físico, sendo o primeiro grupo quem apresentou valor de média mais elevado. Também se constataram diferenças significativas em função do tempo de acolhimento, nas dimensões amigos e score global da qualidade de vida, sendo as crianças institucionalizadas há menos de 12 meses quem apresentou melhores índices. A idade, o género, o tipo de escola e o tipo de maus-tratos (nomeadamente, a negligência e a exposição a comportamentos desviantes) não se revelaram significativas neste âmbito. O estudo aponta a necessidade de aprofundamento na investigação destas questões em próximos trabalhos, por forma a potenciar o desenvolvimento de estratégias de intervenção no âmbito do acolhimento de crianças e jovens em risco/perigo.

Palavras-Chave: Crianças/Jovens; Institucionalização; Qualidade de Vida; Maus-tratos.

Abstract

The scientific literature shows contradictory data about the effects of institutionalization on children and young victims of mistreatment, with both positive and negative aspects. In order to contribute to the scientific knowledge of this area of research, we analyzed 51 children's and youngsters quality of life, 24 of which were institutionalized, exploring sociodemographic (age, gender and attended school type) and institutional variables (time and reason for institutionalization), using the Kid-KINDL instrument, Portuguese version, 8- 12 years (Ferreira, et al., 2006). Statistically significant differences occurred in quality of life, between the groups of institutionalized children and the non-

institutionalized, only in physical well-being dimension the first group showing highest average value. We also found differences in quality of life due to institutionalization time, especially in friends dimension and in total of quality of life, in this sense, children who were institutionalized less than 12 months had better values. Age, gender, type of school and type of mistreatment (neglect and exposure to deviant behavior) had no influence on the quality of life of children and young people. This study shows the need for more research in this area in order to development intervention strategies in the context of child and youth risk/danger care.

Keywords: Children/Youngsters; Institutionalization; Quality of Life; Mistreatment

INTRODUÇÃO

A criança e o adolescente para se desenvolverem de uma forma equilibrada e salutar necessitam de crescer no seio de um ambiente seguro e estruturado, que lhes permita um desenvolvimento positivo a nível físico, educativo, emocional e social. No entanto, tal nem sempre se verifica, observando-se em muitas famílias a perpetuação de práticas de maus-tratos, o que pode comprometer seriamente o seu desenvolvimento.

Neste sentido, e conforme configura a legislação portuguesa, pela Lei nº 147/99 de 1 de setembro, alterada pela Lei 142/2015, de 8 de setembro, artigo 35º, alínea f), o acolhimento de menores em meio residencial/institucional constitui, por vezes, a única solução viável e eficaz para pôr termo à situação de perigo em que o menor se encontra.

Contudo, como a criança e adolescente são moldados e influenciados pelo meio em que se desenvolvem, o acolhimento residencial, ao provocar o afastamento dos pais/mães e por não ter as especificidades próprias de um meio familiar, sobretudo por nem sempre ser possível prestar uma atenção individualizada a cada criança, pode trazer consequências negativas ao nível da qualidade de vida, nas suas mais diversas dimensões (Alberto, 2002). Por outro lado, ao pôr término à situação de perigo e ao proporcionar melhores condições de vida ao menor, pode também eventualmente acarretar consequências positivas para a qualidade de vida (Martins, 2005).

É precisamente para analisar a influência da institucionalização, em consequência de maus-tratos, sobre a qualidade de vida do menor, que desenvolvemos o presente estudo, atendendo ainda a variáveis sociodemográficas com relevo neste âmbito.

O trabalho inicia-se com um primeiro capítulo que se refere ao enquadramento teórico das temáticas em estudo. Segue-se a apresentação do trabalho de investigação realizado e respetivos resultados.

Espera-se acrescentar um contributo à compreensão da qualidade de vida das crianças institucionalizadas, por forma a permitir o desenvolvimento de estratégias em contexto de institucionalização.

CAPÍTULO I

1. Definição de criança e evolução da sua conceção

A Convenção sobre os Direitos da Criança (1989, p. 6) define criança, no seu artigo 1º, como sendo “todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”.

Estas representam o potencial de uma sociedade constituindo, simultaneamente, o seu presente e o seu futuro (Cordeiro, 2015). De facto, pensar em futuro implica o pensar a criança, sendo indispensável repensar o investimento que nela se faz, por forma a garantir a maximização das suas potencialidades e, conseqüentemente, garantir uma sociedade melhor, mais saudável, evoluída e profícua (Pedro, 2004). Não obstante, constituem um grupo vulnerável, a quem, por força desta condição e do exposto anteriormente, foram atribuídos e reconhecidos um vasto leque de direitos e de medidas de proteção, conferindo-lhes, assim, um estatuto de cidadãos de direitos (Cordeiro, 2015).

No entanto, a preocupação com a criança e com a sua proteção e direitos é relativamente recente. De facto, esta só começou a ser objeto de análise e de estudo mais profundo apenas a partir do séc. XIX (Nascimento, Brancher, & Oliveira, 2008), após séculos em que foram considerados seres sem direitos e existência legal (Cordeiro, 2015). De facto, desde a Antiguidade até à Idade Média não existia sequer o conceito de infância nem de criança enquanto ser e protagonista social (Corazza, 2002, cit. por Andrade, 2010). Isto é, em termos biológicos a criança sempre existiu, contudo, antes do séc. XVI a sociedade não reconhecia a infância como um período diferenciado do da adultez, sendo que, assim que apresentavam sinais de independência física eram rapidamente englobados no mundo adulto (Levin, 1997, cit. por Nascimento et al., 2008). As crianças eram então encaradas como seres inferiores, não sendo merecedoras de qualquer tipo de cuidado ou preocupação diferenciada. A socialização e a educação não eram funções específicas da família, fazendo-se as mesmas através da aprendizagem decorrente da execução de tarefas a par com os adultos (Ariès, 1988). Até ao séc. XVII a vida familiar era vivenciada em público, caracterizando-se pela falta de privacidade dos seus elementos, algo que só viria a sofrer alterações a partir do séc. XVIII, altura em que se começa a observar o surgimento do conceito de “sentimento de família” e em que se verifica o isolamento desta face ao exterior, devido ao crescente desejo de

privacidade e intimidade dos seus membros. Estabelecem-se assim novas relações e dinâmicas familiares, regidas por um novo conjunto de valores morais e sociais, em particular no que ao processo educativo das crianças diz respeito. Atribui-se-lhes então uma posição de destaque na família e passam a ser responsáveis não da comunidade, como até então, mas da própria família, conferindo-lhes um papel social e um estatuto de ser dependente e frágil que precisava de cuidados e educação específicos para vir a ser um bom adulto. Estas alterações do seio familiar e o reconhecimento da necessidade de educação das crianças dão o mote para o desenvolvimento do conceito de infância (Andrade, 2010).

A conceção de infância, o cuidado com a educação, com as regras e os valores, assim como com as suas necessidades desenvolvimentais são, pelo exposto, preocupações que surgiram apenas recentemente, tornando perceptível o longo caminho que a sociedade percorreu no processo de valorização da criança e da sua infância (Barbosa & Magalhães, 2008).

Atualmente, a criança é entendida não como sendo dependente, frágil e incapaz como outrora o foi, mas sim como sendo um sujeito de direitos, competente, forte, ativo, com potencialidades e capaz de construir conhecimento e cultura decorrente do processo de interação social. Já a infância, apesar de ser um facto biológico, é encarada como sendo determinada e construída socialmente, elaborada pelas crianças através das relações sociais que desenvolvem, tendo necessariamente de ser contextualizada no tempo, local e cultura em que se insere, já que estes a influenciam. Não existe então uma infância, mas sim muitas infâncias e muitas crianças (Dahlberg, Moss, & Pence, 2003, cit. por Andrade, 2010).

2. Necessidades desenvolvimentais da criança: o papel dos diferentes agentes, em particular o da família

Falar em criança é, assim, referir o desenvolvimento a vários níveis e este implica evolução, isto é, um ganho crescente de competências intelectuais, emocionais, físicas e sociais (Silva, 2001) que, segundo uma perspetiva sistémica, se desenrola num processo ativo e contínuo ao longo da vida de cada ser humano. Bronfenbrenner (1979, cit. por Serrano, 2007) desenvolveu o Modelo Ecológico de Desenvolvimento Humano, o qual dita o desenvolvimento de cada indivíduo inserido no centro de um sistema ecológico constituído, por sua vez, por vários subsistemas denominados de

microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema, os quais interagem entre si, num processo complexo de trocas contínuas, modelando-se reciprocamente (Sameroff & Chandler, 1975, cit. por Serrano, 2007).

Segundo os autores, o microssistema pode ser definido como um contexto em que o indivíduo em questão sofre influência do seu próprio organismo, com as suas características de género, idade, personalidade, entre outros, e do ambiente proximal, como é o caso das relações familiares, escolares, de vizinhança e do grupo de pares. São os contextos de vida mais próximos do indivíduo, os quais permitem o desenrolar de processos interativos que podem facilitar ou dificultar o seu desenvolvimento pessoal, influenciando a sua perspetiva e comportamento perante o mundo e aqueles com quem convive. Já o mesossistema, ainda na perspetiva dos mesmos autores, consiste nos processos relacionais entre dois ou mais ambientes constituintes do microssistema, ou seja, nas interações que se estabelecem entre a família e a comunidade local, entre a família e a escola ou a vizinhança, entre outros. Por sua vez, o exossistema consiste naquele ambiente em que o indivíduo participa indiretamente, mas que influencia e interage com os contextos em que participa diretamente. Exemplo de um exossistema é a interação entre os pais/mães e o seu local de trabalho ou entre os primeiros e os serviços sociais e comunitários. Por fim, o macrossistema é o mais abrangente dos sistemas referidos pelos autores, caracterizando-se pela cultura em que o indivíduo se insere, isto é, pelos valores, costumes, crenças, atitudes e ideologias culturais. O macrossistema influencia todos os outros contextos, direta ou indiretamente, ao transmitir as práticas e costumes aceites e desejáveis naquela cultura e naquele tempo (Sameroff & Chandler, 1975, cit. por Serrano, 2007).

Apresenta-se de seguida a Figura 1, exemplificativa do Modelo Ecológico sugerido por Bronfenbrenner que temos vindo a apresentar.

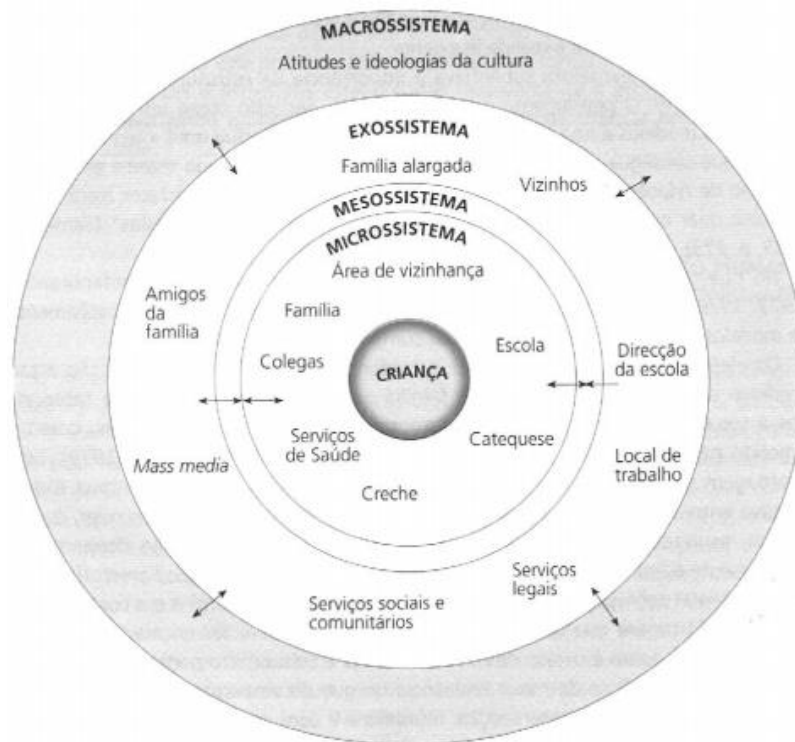


Figura 1: Modelo de ecologia do desenvolvimento humano. Retirada de “Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce”, de A. M. Serrano, 2007, p.38.

Face ao exposto, compreende-se que todos os contextos referidos exercem grande influência no desenvolvimento psicossocial de cada indivíduo, pois é no convívio com o mundo e com aqueles que a rodeiam que cada pessoa vai adquirindo competências de várias ordens. Contudo, estas aquisições são moldáveis pelos contextos em que as mesmas se encontram inseridas e entre os quais se movimentam, diferindo de pessoa para pessoa, tornando compreensível que as aquisições e o desenvolvimento variem (Serrano, 2007).

Dentro dos sistemas e contextos em que a criança se insere, a família é o que adquire maior importância, uma vez que se constitui como o espaço privilegiado para o seu desenvolvimento. Podemos definir família como sendo uma organização social constituída por “um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações em contínua relação com o exterior e mantendo o seu equilíbrio ao longo dum processo de desenvolvimento percorrido através de estados de evolução diversificados” (Sampaio, 1984, cit. por Silva, 2001, p. 41). Ou seja, segundo o autor, são um conjunto de pessoas ligadas emocionalmente, que influencia e é influenciado pelo exterior, sendo um dos

seus vários papéis mediar as relações entre os seus membros e entre estes e o exterior e adaptar-se às diversas exigências e solicitações que vão surgindo ao longo do seu ciclo vital.

No seio de cada família estabelecem-se dinâmicas familiares que a tornam única e diferenciam das demais, conferindo-lhes uma identidade própria que faculta aos seus membros um sentimento de pertença. Neste sentido, a família possui um papel de grande relevância no desenvolvimento de cada criança, não só por mediar as relações desta com o mundo, pela herança genética e pela obrigação em assegurar a proteção física e a sobrevivência do menor, mas igualmente pela função educativa e socializadora que detém. É função desta transmitir às crianças ideias, valores, princípios, regras e limites, de acordo com o tempo e cultura em que se inserem/possuem (Silva, 2001), assim como afetos e estabilidade emocional que lhes permitam obter o sentimento de segurança e proteção necessários para experimentarem o mundo e desenvolverem relações sociais com aqueles que são externos a esta instituição social (Gomes, 2010).

A importância da família, assim como as suas funções, verificam-se independentemente do tipo de estrutura familiar, pois mais importante que esta “é a existência de um ambiente afetivo, tranquilo e promotor do bem-estar, com figuras de referência, com limites e um ensino/aprendizagem baseado na ética, na excelência mas com o afeto e envolvimento que só o amor pode incluir” (Cordeiro, 2015, p. 24).

Wright e Leahey (2002, cit. por Pedro, 2009) ramificam as funções da família nos seguintes domínios: função de gestão, em que é responsável pela tomada de decisões, pelo estabelecimento de regras e por garantir o suporte financeiro aos diversos elementos do subsistema familiar; função de limite, em que estabelece, diferencia e mantém no tempo os diversos papéis familiares exercidos por cada um dos seus elementos entre si e em relação ao exterior; função de comunicação, em que é seu dever promover a interação familiar assim como a partilha de sentimentos e emoções; função emocional e de apoio, em que deve estimular a transmissão e demonstração de afeto e suporte emocional entre os seus membros; e, por fim, a função de socialização, que consiste no ensino e transmissão, de geração em geração, das condutas, normas e valores aceitáveis e desejáveis, tendo em conta o meio e a cultura a que pertencem.

É mediante as influências que recebe do ambiente ecológico em que se insere e, sobretudo do sistema familiar, com a sua capacidade ou incapacidade para desempenhar as funções que lhe competem relativamente à criança, que esta última vai processando o seu desenvolvimento, através do ganho de competências

biopsicossociais que a caracterizam (Silva, 2001). No entanto, segundo o autor, a capacidade e celeridade de integração destas últimas depende de criança para criança, pois também se encontra subjugada às suas capacidades cognitivas, herdadas geneticamente. Outro fator que influencia este ganho e integração é a quantidade e qualidade dos estímulos que recebe do meio em que se encontra inserida, já que quanto mais elevados forem, mais potenciam o aparecimento dessas mesmas competências. Para que seja capaz de possuir um ganho de competências que, por sua vez, lhe vão possibilitar desenvolver-se a vários níveis, cada criança possui um conjunto de necessidades que precisa de ver satisfeitas (Silva, 2001). Neste âmbito, Cordeiro (2015) elenca as necessidades de saúde da criança em três grupos: ter (casa, água potável, saneamento básico, saúde física e psicológica, escolarização, acesso a bens que promovam conforto, entre outros); amar (ser objeto de afeto e amor, ter alguém a quem amar, encarar as pessoas numa perspetiva positivista e humanista, entre outros); e, por fim, ser (sentir-se único e insubstituível, possuir relações e sentimentos de pertença com ecossistemas e grupos diversificados, usufruir de liberdade, entre outros). Neste seguimento, percebe-se que estas necessidades são de vária ordem, nomeadamente ao nível da saúde física e psicológica, da educação, do desenvolvimento emocional, comportamental e social, das relações familiares, de capacidade de autonomia, entre outras. No entanto, a satisfação destas necessidades desenvolvimentais depende de dois fatores: das competências parentais (ou dos cuidadores), nomeadamente a capacidade de estabelecer regras e limites assim como a capacidade de transmitir segurança, afetividade e de estimular o seu desenvolvimento; e ainda de fatores familiares e ecológicos, dos quais são exemplos as condições habitacionais existentes, a situação profissional dos pais/mães ou dos cuidadores e respetiva remuneração e a acessibilidade a recursos da comunidade (Canhão, 2007). Este último fator influencia não só o desenvolvimento da criança como também a capacidade e qualidade da prática parental. Percebe-se assim que estes constituem três fatores que estão constantemente em interação, influenciando-se mutuamente, constituindo o Modelo de Avaliação das Necessidades das Crianças e suas Famílias, desenvolvido pelo *Department of Health, Department for Education and Employment and the Home Office*, no ano de 2000. A análise deste modelo permite verificar que o ambiente circundante pode facilitar ou dificultar o desenvolvimento da criança, ao satisfazer ou não as suas necessidades, assim como identificar eventuais fatores internos ou externos à família que possam suscitar uma possível situação de risco ou perigo para o correto e saudável desenvolvimento do menor (Gomes, 2010). Para melhor compreensão do modelo

suprarreferido, apresentamos de seguida a figura 2, ilustrativa dos três fatores/domínios que o compõem.

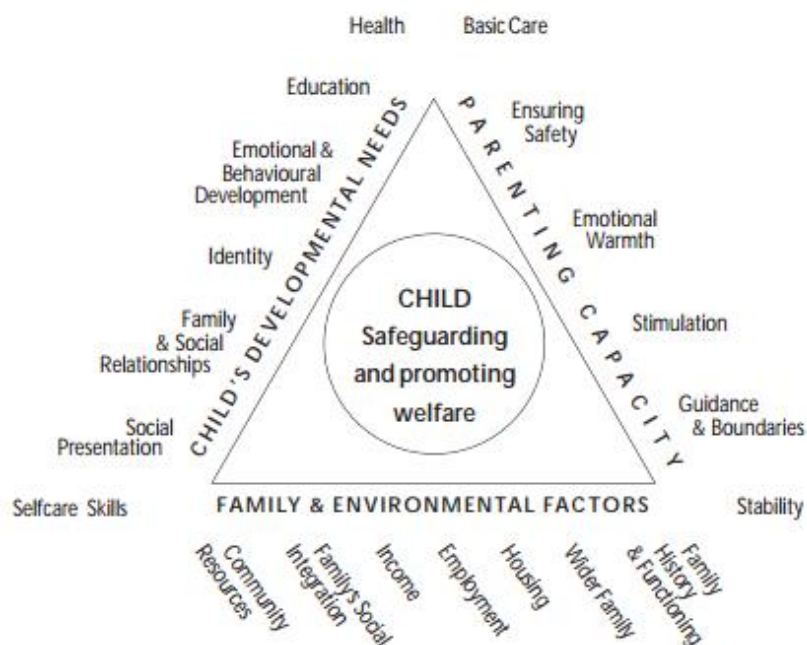


Figura 2 – Modelo de Avaliação das Necessidades das Crianças e Suas Famílias. Retirada de “*Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*”, de Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office, 2000, p. 89.

3. Família como fonte de *stress*/meio conflitual

Como vimos anteriormente, o subsistema familiar possui um papel de grande relevo para o desenvolvimento psicossocial da criança, nomeadamente para o processo de aquisição de normas, comportamentos, regras, valores, entre outros, enquanto ser que vive em sociedade, que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições (Alarcão, 2002). Os progenitores ou cuidadores constituem figuras de referência para a criança, esperando-se destes que satisfaçam as suas necessidades básicas de afeto, segurança e socialização e que promovam um ambiente e crescimento harmonioso e saudável. No entanto, ao contrário do que é desejável, existem muitos lares em que o ambiente familiar é caracterizado por um elevado nível de tensão, por discussões recorrentes e ainda por violência física e verbal, comprometendo assim o desenvolvimento do menor, independentemente da sua idade (Mendes & Sani, 2014).

Tal é preocupante, pois se um ambiente familiar saudável favorece o crescimento e bem-estar da criança, promovendo a concretização do seu potencial genético, por outro lado, um ambiente familiar violento e negativo potencia consequências nocivas e compromete o seu desenvolvimento salutar (Cordeiro, 2015).

Segundo Alarcão (2002) todas as famílias estão sujeitas a dois tipos de pressão: a interna, inerente ao desenvolvimento dos seus membros; e a externa, resultante da necessária adaptação desta às diversas instituições sociais. Minuchin (1979, cit. por Alarcão, 2002) identifica quatro fontes originárias de *stress*/crise familiar. Uma delas pode ser o contacto de um dos membros da família com uma fonte de *stress* extrafamiliar pois, como a família é um sistema, qualquer alteração numa das partes vai inevitavelmente influenciar as outras. Integram-se neste tipo de *stress*, entre outros, o excesso de trabalho no emprego de um dos progenitores, que poderá desencadear mais cansaço, irritação e impaciência e, conseqüentemente, maior suscetibilidade a discussões e mau ambiente em casa. Por sua vez, segundo a autora, o contacto de toda a família com uma situação de *stress* extrafamiliar constitui outra fonte de crise familiar. Exemplo disso pode ser situação de desemprego do casal, instabilidade financeira ou mudança de residência para uma nova área geográfica onde não tenha referências. A terceira fonte de *stress* a que a família está sujeita, ainda na perspectiva da mesma fonte, provém da transição inevitável entre as etapas do seu ciclo vital, nomeadamente a entrada de um filho para a escola, o que acarreta alterações nas rotinas e dinâmicas familiares. Por fim, a quarta fonte provém de problemas não normativos e inesperados, tal como o nascimento de uma criança com incapacidade ou do aparecimento de uma doença grave, os quais podem afetar profundamente a estabilidade e organização do subsistema familiar. Expectavelmente, toda a mudança, seja qual for a sua causa, origina *stress*. No entanto, cabe a cada família ajustar-se a essa mudança, fazendo uso dos recursos e oportunidades que possui (Alarcão, 2002), encontrando formas de lhe fazer face, potenciando assim a sua funcionalidade e adaptabilidade ao meio (Krause, 2006, cit. por Sousa, 2013). Ou seja, deve desenvolver a sua capacidade de reorganização no que respeita à sua hierarquia de poder, de papéis e regras relacionais, ativando os seus mecanismos internos como forma de enfrentar e superar situações de crise desencadeadas por uma situação concreta, mantendo a unidade familiar (Olsen, Russel & Sprenkel, 1983, cit. por Sousa, 2013).

Não obstante, existem famílias que não possuem esta capacidade de adaptação e reorganização, caracterizando-se, ao invés, pelo caos e desorganização

permanentes, diferenciando-se de uma situação de *stress* situacional. São as designadas famílias multidesafiadas, onde se verifica muitas vezes isolamento face ao seu contexto social, exibindo igualmente estruturas familiares disfuncionais, com fronteiras e limites difusos ou indefinidos entre os vários subsistemas (Alarcão, 2002), ocorrendo diversas ruturas e reconstituições relacionais, as quais originam genogramas desorganizados (Linares, 1997, cit. por Alarcão, 2002). Apresentam ainda frequentemente comportamentos sociais desviantes, onde são visíveis problemáticas graves e de longa duração e se incluem situações de alcoolismo, violência, toxicoddependência, delinquência, depressão, prostituição, maus-tratos, insucesso escolar, entre outros (Sousa, 2005). Tais situações repercutem-se em sintomas e consequências danosas em vários dos seus membros, em parte devido à inexistência ou inadequação da prestação de cuidados à criança. Percebe-se assim que, no seio destas famílias, o exercício da parentalidade se encontra gravemente comprometido, caracterizando-se pela desarmonia e pelo conflito (Alarcão, 2002), sendo descuradas as funções tradicionais da família, supramencionadas. Verificam-se, frequentemente, situações de negligência, abandono, défice de socialização das crianças, falta de regras e de conhecimento e interiorização das normas culturais vigentes, o que potencia conflitos de vária ordem com os diferentes ecossistemas e se poderá traduzir, posteriormente, em problemas de delinquência, alcoolismo e insucesso escolar, entre outros (Sousa, 2005). Este tipo de famílias é frequentemente associado a contextos de pobreza, no entanto, esta relação não é exclusiva, podendo verificar-se esta problemática em qualquer estatuto socioeconómico. Não obstante, a precariedade económica e habitacional estão muitas vezes presentes, representando um espelho da desorganização relacional e emocional em que vivem os membros destas famílias (Alarcão, 2002).

Pelo exposto e, tendo em conta a influência da família no bem-estar físico, psicológico e social das crianças, torna-se necessário que os diversos serviços comunitários de apoio à família tomem conhecimento da sua estrutura familiar, das suas condições de vida, assim como dos fatores de risco e de proteção associados, os quais se relacionam num jogo dinâmico perigoso que pode desembocar na ocorrência de maus-tratos com consequências possivelmente irreparáveis e que iremos abordar de seguida (Cordeiro, 2015).

4. O conceito de maus-tratos e suas tipologias

A definição de mau-trato infantil não é única nem consensual pois o seu conceito, além de sofrer variações com o decorrer do tempo e dos estudos, varia ainda consoante a área geográfica em questão e sua conseqüente cultura e costumes (Azevedo & Maia, 2006, cit. por Jacoto, 2014). No entanto, em sentido lato, os maus tratos podem ser caracterizados como uma “forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre crianças e jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder” (Teixeira, 2008, p. 60) ocorrendo normalmente de forma reiterada, privando assim “(...) o menor dos seus direitos e liberdades afectando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e(ou) dignidade” (Magalhães, 2002, p. 33).

Numa perspetiva criminal, o artigo 152º do Código Penal Português, consagra que quem infringir maus-tratos físicos ou psicológicos, abusar sexualmente, privar a liberdade, expuser a situações de perigo e a comportamentos desviantes, entre outras situações que comprometam o seu desenvolvimento, de modo recorrente ou não, um menor que tenha à sua guarda e responsabilidade, é punido com pena de prisão de entre 2 a 10 anos, conforme a gravidade da situação.

Os maus-tratos consistem assim numa preocupação do Estado, subdividindo-se em vários tipos, segundo duas grandes categorias: ativos ou passivos. Nos maus-tratos ativos englobam-se o abuso físico, emocional/psicológico e sexual. Já os maus-tratos passivos incluem a negligência e o abandono (Magalhães, 2010). Passemos então a defini-los.

O mau-trato físico corresponde a qualquer ação, voluntária e consciente, tomada pela pessoa responsável pelo menor, com relação de poder e confiança sobre o mesmo, que lhe provoque ou possa provocar prejuízo físico, comprometendo assim a sua saúde, sobrevivência e desenvolvimento (Azevedo & Maia, 2006). Segundo as autoras, exemplos destas ações são queimaduras, asfixia, pontapés, espancamento e mordeduras sendo que, dependendo da intensidade e regularidade com que são desferidas, podem resultar em sequelas físicas graves para o menor ou, eventualmente, na sua morte. Por sua vez, o mau-trato psicológico ocorre sempre que a criança seja impossibilitada de se desenvolver num ambiente sereno e equilibrado emocionalmente, em que se verifique inexistência de carinho, de suporte afectivo e de condições para que a mesma desenvolva e adquira competências emocionais e sociais. Este tipo de

abuso pode manifestar-se através de insultos, humilhação, ameaças, desprezo, discriminação negativa em relação a outros membros da família, entre outros, comprometendo assim a sua estabilidade emocional, auto-estima (Magalhães, 2010), desenvolvimento intelectual e interação com terceiros (Diner, 1999, cit. por Teixeira, 2008). Ainda no âmbito dos maus-tratos ativos encontramos o abuso sexual que se verifica sempre que a pessoa responsável pelo menor e sobre o qual detenha poder ou uma relação de confiança, a fim de obter gratificação sexual, o envolva coercivamente em práticas sexuais inadequadas à sua idade e contra a sua vontade (Azevedo & Maia, 2006). De acordo com as autoras, este tipo de abuso pode manifestar-se sob diversas formas, nomeadamente: toques intencionais em diversas partes do corpo, exposição a leituras ou gravações de áudio e/ou imagem obscenas, assim como a objectos de carácter sexual, exibição dos órgãos sexuais à criança, sujeitando-as a situações e experiências inadequadas à sua idade e as quais podem comprometer gravemente o seu desenvolvimento quer físico quer psicológico.

Na categoria dos maus-tratos passivos encontra-se a negligência, que ocorre sempre que a segurança, bem-estar e correcto desenvolvimento físico e/ou psicológico do menor não estejam assegurados, devido ao facto da pessoa responsável pela sua guarda não lhe prestar os cuidados adequados e necessários, nomeadamente ao nível da alimentação, higiene, segurança, educação, afecto e saúde, seja propositadamente ou por incapacidade para tal (Magalhães, 2010). Ou seja, ocorre sempre que se comprove que não foi prestado ao menor o cuidado devido, resultando daí consequência nefasta e evitável para o mesmo. Segundo a autora, o ato negligente é consciente sempre que o autor prevê como possível a ocorrência de dano para o menor mas que, apesar disso, nada faz para o evitar e é inconsciente quando o agente, apesar de se encontrar na posse plena de todas as suas capacidades, não reconhece como uma possibilidade as consequências gravosas das ações que pratica ou deixa de praticar. Atua com culpa negligente o cuidador/responsável pela guarda do menor que, na posse plena das suas capacidades físicas e intelectuais, se encontra em condições de satisfazer as necessidades daquele e opta por não o fazer (Garcia & Rio, 2015). Apesar da sociedade ainda não estar tão desperta para este tipo de abuso, ignorando-o ou relevando-o, este é um tipo de mau-trato tão punível e grave quanto os restantes. Exemplo disso é o que se encontra definido no artigo 15º, do Código Penal Português

Situa-se também neste âmbito dos maus-tratos passivos, a situação em que uma criança seja abandonada em instituições diversas, na rua ou deixada sozinha em

casa, desamparada e desprotegida, sem que lhe seja assegurada alimentação, higiene e segurança (Machado & Gonçalves, 2003). Este tipo de abuso vem igualmente contemplado no Código Penal Português, artigo 138º, estando especificado que comete crime de abandono quem, tendo o dever de proteger o menor, coloque em perigo a sua vida expondo-o a situações das quais não se pode defender. Este tipo de mau-trato configura assim um crime contra a vida, pois quem é abandonado está, desde logo, exposto ao perigo. O ato de abandono configura-se como o deslocamento espacial do agente cuidador face à vítima, neste caso indefesa, negando-lhe o auxílio e cuidados necessários, violando assim o seu dever de a proteger e manter em segurança (Garcia & Rio, 2015).

Uma outra situação de maus-tratos é a Síndrome de Munchausen por Procuração. Neste tipo de abuso o cuidador, normalmente o pai ou a mãe, sujeitam o menor a diversos exames médicos sob o pretexto de o mesmo possuir algum tipo de patologia e, conseqüentemente, verifica-se a toma forçada de substâncias medicamentosas, as quais podem colocar em risco a sua saúde (Magalhães, 2010).

Importa ainda referenciar a exposição de menores a comportamentos desviantes, que consiste na exposição do menor a comportamentos que violem normas impostas pela sociedade e que de alguma forma comprometam o seu desenvolvimento, como é o caso do consumo de álcool ou de drogas (Fonseca, Simões, Rebelo, & Ferreira, 1995, cit. por Neves, 2013).

Todos estes tipos de maus-tratos podem ser cumulativos, ou seja, pode coexistir simultaneamente mais do que um tipo de abuso, o que agrava ainda mais as conseqüências nefastas para o menor. Não obstante, sempre que existe qualquer um destes tipos de mau-trato a criança sofre efeitos negativos a nível do seu equilíbrio emocional, estando assim a maior parte das vezes o mau-trato psicológico relacionado com a ocorrência de outro tipo de abusos (Figueiredo, 1998, cit. por Jacoto, 2014). As conseqüências negativas para a criança são tanto maiores e mais gravosas quanto mais precoces, frequentes, duradouros e violentos forem os abusos. Estes podem ocorrer em diversos contextos, nomeadamente familiar, institucional ou social (Magalhães, 2002). No entanto, segundo a mesma fonte, o mais comum é que ocorram no meio familiar, praticados pelos pais/mães, irmãos, avós ou por outro tipo de cuidador. Apesar de se verificarem em todos os grupos sociais, a incidência é maior nas classes sociais mais baixas com menores rendimentos e com um grau académico inferior, com todas as conseqüências que tais variáveis podem acarretar. Neste seguimento, podemos referir

a existência de factores de risco os quais, estando presentes, aumentam a probabilidade da existência e eventual manutenção de situações de maus-tratos, numa correlação positiva, sendo que a associação de diversos factores de risco aumenta a probabilidade do menor ser ou vir a ser maltratado (Magalhães, 2002).

No processo que origina, favorece e precipita a ocorrência de maus-tratos no seio familiar, considera-se que entram em interação três tipos de agentes: factores de risco nos pais/mães, factores de risco nas crianças e a existência de uma situação de crise (Azevedo & Maia, 2006; Machado & Gonçalves, 2003). Segundo os autores, entre os factores de risco nos pais/mães constam um baixo nível sócio-económico e cultural, instabilidade económica ou dependência financeira de terceiros, historial de consumo de substâncias psicotrópicas, atrasos no desenvolvimento intelectual ou problemas de personalidade, fraca tolerância ao *stress* e às frustrações, prostituição, baixa auto-estima, passado de institucionalização, entre outros. Já no que concerne aos factores de risco nas crianças, identificam-se a idade inferior a 3 anos, prematuridade, existência de gémeos, o facto de serem portadoras de incapacidade intelectual, hiperatividade, deficiências/incapacidades ou doenças crónicas, apresentarem insucesso escolar, serem fruto de gravidezes indesejadas, entre outros. Por fim, como situações de crise podem enumerar-se a existência de uma morte na família, progenitor(es) com depressão, agravamento de dificuldades económicas, separação ou divórcio dos pais/mães, entre outras (Magalhães, 2010; Machado & Gonçalves, 2003). Existem ainda características na relação pais/mães-filhos que constituem igualmente factores de risco, nomeadamente: método disciplinador punitivo, inexistência de vínculos relacionais afetivos, interações deficitárias, quer em quantidade, quer em qualidade e indefinição dos papéis pais/mães-filhos no que diz respeito aos limites e tarefas (Magalhães, 2010). Já no que concerne aos factores de risco precipitantes dos maus-tratos no contexto social, estes devem-se maioritariamente a razões de ordem cultural. Desta forma, podemos enumerar a maneira como a sociedade encara a criança e os seus direitos, assim como a existência de legislação que a proteja e que condene criminalmente a ocorrência destas situações, como variáveis deste processo. Contudo, o facto do castigo corporal ainda consistir em prática comum e aceite pela maioria das sociedades, como meio educador e disciplinador, também favorece a existência e perpetuação do mau-trato infantil (Azevedo & Maia, 2006).

Por outro lado, existe igualmente um conjunto de variáveis, designadas de factores de proteção, que, estando presentes, e sendo ou não cumulativos, podem

anular ou diminuir o efeito dos factores de risco já referidos. À semelhança destes últimos, também aqui podemos enumerar dois tipos de factores: de proteção nas crianças e nos pais/mães ou contextos de vida (Direção Geral de Saúde, 2011). Segundo o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção, desenvolvido pela Direcção-Geral da Saúde (2011), de entre os fatores de proteção na criança podemos referir a posse de um temperamento fácil, bom nível de desenvolvimento geral, sucesso escolar, vinculação segura à família ou cuidador, capacidade de resolução de problemas e um grupo de pares pró-social. De acordo com a mesma fonte, já no que concerne aos fatores de proteção relativos aos pais/mães ou contextos de vida, podemos enunciar competências parentais boas e adequadas, meio familiar organizado, com regras e supervisão da criança, existência de uma boa rede de suporte formal e informal (nomeadamente outros familiares, vizinhos, serviços, entre outros), boa integração comunitária, estabilidade económica, entre outros.

Apesar do acima descrito, cada situação em que se verifique suspeita de maus-tratos a menores deve ser cuidadosamente analisada pois os factores de risco, por si só, não possuem valor preditivo, ou seja, não é por estarem presentes que constituem prova irrefutável de que a criança seja ou vá ser maltratada, assim como a presença de factores de proteção não garante a sua segurança (Machado & Gonçalves, 2003). Eventuais sintomas que a criança possa apresentar também podem ser ilusórios, como é o caso de algumas marcas físicas, pois tanto podem ter sido provocadas por um agressor como por uma brincadeira inofensiva e mais descuidada (Magalhães, 2002). Contudo, deve-se sempre estar alerta para diversos sinais de alarme, como uma aparência desleixada e suja, queimaduras, entre outros (Machado & Gonçalves, 2003).

5. Breve referência ao papel das entidades com responsabilidade na promoção e proteção da criança

Pelo exposto, compreende-se que, sendo a criança um ser em desenvolvimento, sensível e moldável às condições externas a que é sujeita, os maus-tratos se configuram “(...) como acções ou omissões que influenciam esse processo e que, assim, trazem consequências para o desenvolvimento” normativo da criança (Teixeira, 2008, p. 60). É precisamente por colocarem em risco e/ou perigo a segurança e o adequado desenvolvimento das crianças/jovens que, nas últimas décadas, a problemática dos maus-tratos tem vindo a ganhar visibilidade e a reunir a atenção dos diversos

profissionais da área, sendo considerada como um dos grandes problemas da atualidade (Magalhães, 2004, cit. por Jacoto, 2014).

Neste seguimento, importa primeiro abordar e diferenciar os conceitos de risco e perigo, algo nem sempre fácil de distinguir. Considera-se que uma criança está em risco quando se verifique a probabilidade de ocorrência de determinado acontecimento que poderá vir a afetar negativamente o desenvolvimento normativo do menor, existindo ainda o perigo potencial da concretização dos seus direitos ser colocada em causa (Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, 2016). O agravamento dos já referidos fatores de risco poderá conduzir a uma situação de perigo. Assim sendo, considera-se que uma criança está em perigo quando se encontra exposta a uma situação que realmente ameace a sua “(...) segurança, a saúde, a formação, a educação ou o desenvolvimento”, não sendo necessário que se verifique efetivamente a violação de alguma destas variáveis (Ramião, 2014, p. 26).

Quer estejamos perante uma situação de risco ou de perigo, esta é uma problemática sobre a qual é necessário intervir e, sobretudo, prevenir. A prevenção é atualmente vista como um elemento-chave, para a qual muito contribui o estudo e respetivo conhecimento sobre os diversos factores de protecção e de risco acima enumerados, por forma a evitar que qualquer criança venha a sofrer e a ter o seu desenvolvimento comprometido (Magalhães, 2004, cit. por Jacoto, 2014). Contudo, quando a mesma não é eficaz e já se verifica uma situação de risco ou perigo, é imperativo intervir, de modo a que se possa cessá-la, salvaguardando-se o bem-estar e segurança do menor (Sani, 2012, 2013, cit. por Jacoto, 2014).

Este tem sido um caminho longo pois os direitos das crianças nem sempre foram reconhecidos e protegidos pela sociedade e suas instâncias.

Em Portugal, só com a aprovação da Constituição da República Portuguesa, a 2 de abril de 1976, é que se define, no nº1 do artigo 69º, p.35, que todas as crianças “têm direito à proteção da Sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições.” A preocupação com a proteção e segurança das crianças e jovens desprotegidos cresce e verifica-se no ano de 1911, com a criação da Lei da Infância e Juventude (Magalhães, 2002) e em 1962, com a Organização Tutelar de Menores, a qual foi revista em 1978, através do DL nº 314/78, de 27 de outubro.

A nível internacional, no ano de 1959, é publicada a Declaração dos Direitos da Criança, em que os Estados integrantes das Nações Unidas reconhecem a necessidade da criança beneficiar de proteção e direitos especiais, em função da sua fragilidade, relativamente ao adulto. Esta declaração estipula que, entre outros, a criança gozará de proteção especial e ser-lhe-ão proporcionadas oportunidades e facilidades, por lei e por outros meios, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, de forma sadia e normativa e em condições de liberdade e dignidade. Na instituição de leis visando este objetivo levar-se-ão em conta, sobretudo, os melhores interesses da criança. A criança gozará proteção contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração. Não será jamais objeto de tráfico, sob qualquer forma.

Algumas décadas mais tarde, através da aprovação da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), no dia 20 de novembro de 1989, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas e ratificada em Portugal a 21 de setembro de 1990, é que se começa efetivamente a dar enfoque à necessidade de proteção jurídica relativamente aos direitos da criança (Bolieiro & Guerra, 2009). É nesta Convenção que fica definido, entre outros, que:

os Estados Partes comprometem-se a garantir à criança a proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos pais, representantes legais ou outras pessoas que a tenham legalmente a seu cargo e, para este efeito, tomam todas as medidas legislativas e administrativas, (...) sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente; maus tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada. (Unicef, 1989, p. 6)

No ano de 1991, em Portugal, a publicação do Decreto-Lei nº 189/91, de 17 de maio, decreta a criação das Comissões de Proteção de Menores (CPM), assim como os termos da sua natureza, competência e funcionamento. Já no ano de 1999, é criada a Lei Tutelar Educativa, aprovada pela Lei nº 166/99, de 14 de setembro, entretanto

alterada pela Lei nº 4/2015, de 15 de janeiro, a qual prevê a aplicação de medidas tutelares educativas a menores entre os 12 e os 16 anos que cometam qualquer facto qualificado pela lei como sendo crime, pretendendo assim promover a sua educação para o direito assim como a sua inserção responsável na comunidade. No mesmo ano é criada a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), aprovada pela Lei nº 147/99, de 1 de setembro, entretanto alterada pela Lei nº 31/2003, de 22 de agosto e, mais recentemente, pela Lei nº 142/2015, de 8 de setembro. Esta última lei, além de reestruturar as competências e funcionamento das CPM, hoje Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), constitui igualmente um marco muito importante no processo de garantia e efetivação dos direitos dos menores. A título ilustrativo, veja-se o artigo 1º da citada lei, o qual designa o seu objeto: “o presente diploma tem por objeto a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral.” (Ramião, 2014, p. 21)

Pretende-se assim que, sempre que se verifique que a família ou os cuidadores, responsáveis pelo menor, comprometam de alguma forma o seu ajustado e salutar desenvolvimento integral, colocando-o numa situação de risco ou perigo, o Estado, por meio das suas diversas instituições, esteja preparado para intervir, de forma a garantir a proteção e os direitos sociais do mesmo. Primeiramente, é necessário que se verifique a deteção de situações de risco ou de maus-tratos a menores, sendo que tal pode ocorrer nos serviços de saúde, nas escolas, pela família alargada, rede de vizinhança, entre outros. Para tal é de extrema importância que tanto a rede de serviços formais como a restante população estejam cientes e alerta para a existência e diversidade de sinais de maus-tratos ou de risco dos mesmos. Após a deteção deste risco ou perigo, qualquer pessoa tem o dever de denunciar a situação às autoridades policiais ou judiciais, às Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ) ou às CPCJ's, tal como exposto no artigo 66º da LPCJP, o qual reflete esta obrigatoriedade de comunicação/denúncia.

Ao tomarem conhecimento destas situações, as referidas entidades deverão proceder à sua análise, delineando um plano de intervenção com vista a cessar a situação de risco, de acordo com as suas competências, recursos e atribuições. No entanto, esta intervenção obedece a certas regras, princípios orientadores, os quais estão estipulados no artigo 4º da LPCJP. São eles: a) Interesse superior da criança e do jovem – a intervenção dos serviços deve sempre ter em consideração os interesses e direitos dos menores, os quais variam consoante as particularidades de cada caso; b)

Privacidade - a intervenção deve respeitar a privacidade do menor e da sua família; c) Intervenção precoce – os serviços devem intervir assim que tomem conhecimento da situação de risco/perigo; d) Intervenção mínima – apenas os serviços cujas ações sejam indispensáveis à proteção e promoção dos direitos do menor devem intervir; e) Proporcionalidade e atualidade – os serviços só devem intervir e interferir na vida do menor e da família na medida do que for estritamente necessário, à data da decisão, para a remoção do perigo; f) Responsabilidade parental – a intervenção deve contemplar a participação dos pais, conforme o dever destes de proteção ao menor; g) Primado da continuidade das relações psicológicas profundas – sempre que tal não configure perigo para o menor, as relações afetivas que este percebe como importantes devem ser preservadas, privilegiando-se assim as medidas que permitam uma vinculação securizante; h) Prevalência da família – devem ser privilegiadas medidas que integrem o menor num sistema familiar, seja ele biológico ou adotivo; i) Obrigatoriedade da informação – todas as partes envolvidas no processo, inclusive o menor, devem ser informadas dos seus direitos, da causa para a intervenção e dos pormenores próprios do desenrolar do processo; j) Audição obrigatória e participação – o menor e os seus pais ou representante legal, possuem o direito a ser ouvidos e a participarem no planeamento da intervenção; k) Subsidiariedade – a intervenção deve ser realizada segundo a hierarquia dos serviços, isto é, primeiramente pelas ECMIJ, seguidas pelas CPCJ's e, como último recurso, pelos Tribunais.

Pela análise do exposto, mais concretamente das alíneas d) e k) do artigo 4º da LPCJP, percebe-se que existe uma hierarquia para a intervenção nas situações detetadas de menores em situação de risco/perigo. Assim sendo, na primeira linha de intervenção situam-se as ECMIJ, tais como hospitais, escolas, juntas de freguesia, entre outras, as quais, identificando uma situação de risco devem intervir de imediato junto da família no sentido de o cessarem, respeitando assim o princípio da Intervenção Precoce e da Responsabilidade Parental, já referidos anteriormente. No entanto, caso a família recuse ou não respeite essa intervenção ou, caso a intervenção efetuada não consiga remover de forma adequada o perigo a que o menor se encontra sujeito, as ECMIJ têm o dever de reportar as situações identificadas às entidades que se encontram na segunda linha de intervenção, mais propriamente às CPCJ's, tal como expresso no artigo 8º da LPCJP. Estas últimas, segundo o artigo 12º da citada lei, exposto em Ramião (2014, p.49), constituem “instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou

desenvolvimento integral”, sendo que as situações de perigo que comprometem a segurança, o bem-estar e o desenvolvimento integral dos menores e que legitimam a intervenção destas Comissões se encontram elencadas no artigo 3º da mesma lei. De entre as diversas situações especificadas podemos nomear o abandono, a negligência, os maus-tratos físicos e psicológicos, abuso sexual, exploração infantil, a exposição a comportamentos desviantes e ainda as situações em que os menores assumam comportamentos ou consumos que afetem o seu salutar desenvolvimento, sem que os pais/mães ou cuidadores os impeçam.

As citadas comissões, ao tomarem conhecimento da existência de menores nalguma das circunstâncias acima referidas, estudam os contornos de cada caso e procedem à audição do menor em causa e dos seus pais/mães ou representantes legais, informando-os ainda acerca dos seus direitos, conforme decretado pelo artigo 4º, alíneas j) e i), respetivamente, da LPCJP, já exposto anteriormente. Com base neste estudo e informações, a equipa multidisciplinar de profissionais, pelas quais são constituídas todas as CPCJ's, delineia um plano de intervenção de promoção e proteção dos direitos da criança, em conjunto com a família do menor, com vista à remoção do perigo. Não obstante, a execução do referido plano de intervenção depende sempre do consentimento expresso de ambos os progenitores ou responsáveis pela guarda de facto do menor, conforme referenciado no artigo 9º da LPCJP. Assumindo que existe esse consentimento e que a intervenção é levada a cabo, as medidas que integram o acordo de promoção e proteção podem ser as descritas no artigo 35º da LPCJP. Estas podem subdividir-se em dois grupos, conforme o contexto da sua aplicação: meio natural de vida (apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea e apoio para a autonomia de vida) ou de colocação (acolhimento familiar e acolhimento residencial). Existe ainda uma última medida que consiste na confiança do menor a pessoa selecionada para a adoção (meio natural de vida) ou a família de acolhimento ou a instituição com vista à adoção (colocação). As medidas a aplicar no meio natural de vida têm a duração que lhes foi definida no acordo de promoção e proteção, tendo a duração máxima de 12 meses, podendo, porém, ser prorrogadas até 18 meses quando tal seja consonante para o superior interesse da criança, conforme descrito no artigo 60º. Já as medidas em regime de colocação têm a duração prevista nos termos do acordo de promoção e proteção ou da decisão judicial, tal como definido no artigo 61º. Em qualquer dos casos, as medidas são revistas findo esses prazos, com vista a reavaliar a situação e a atuar, se necessário, em conformidade com as características atuais de cada situação.

As medidas anteriores, à exceção da adoção, também podem ser aplicadas previamente a esse mesmo acordo, cautelarmente, numa situação de emergência ou enquanto a CPCJ procede ao diagnóstico da situação, conforme se pode constatar no artigo 37º da mesma lei. Neste caso, podem ter a duração máxima de 6 meses, sendo que o objetivo último da intervenção e da aplicação da medida em causa é sempre cessar o perigo em que o menor se encontrava. À exceção da alínea g) do citado artigo 35º, todas as restantes medidas podem ser aplicadas pela CPCJ da área de residência do menor. No entanto, caso se verifique a necessidade de decretar a alínea f) do mesmo artigo, acolhimento residencial, a CPCJ em causa necessita da autorização do Tribunal. Não obstante, em casos de emergência, pode ter de a colocar em prática sem a referida autorização, que pode ser morosa, apenas tendo legitimidade para o fazer em último recurso.

Apesar da autonomia funcional que estas comissões detêm, existem situações que exigem a intervenção judicial, as quais se encontram previstas no artigo 11º da LPCJP, nomeadamente quando se verifique a inexistência de CPCJ no município ou na freguesia da área de residência do menor, quando esta não possua competência ou meios para aplicar a medida de promoção e proteção adequada às circunstâncias do caso ou quando não lhe seja prestado consentimento por algum dos intervenientes para aplicar o acordo de promoção e proteção, entre outros, ficando assim os processos a cargo do Ministério Público. Este último é ainda o único responsável e com poder para decretar a aplicação da medida exposta na alínea g) do já aludido artigo 35º. No entanto, pela irreversibilidade da medida e, respeitando os Princípios da Intervenção Mínima, da Proporcionalidade e Atualidade assim como da Subsidiariedade, esta medida só deve ser tida em consideração quando todas as anteriores falharam ou, por alguma razão, não sejam viáveis, tendo sempre como princípio orientador o superior interesse da criança.

6. Particularidades do acolhimento em instituição

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2013, existiam 8500 crianças em Portugal retiradas das suas famílias pelas CPCJ's ou Tribunais, sendo que dessas, 8142 encontravam-se em regime de institucionalização (Cordeiro, 2015). De acordo com a mesma fonte, este acolhimento institucional é maioritariamente caracterizado por instituições de grandes dimensões, acolhendo cada uma em média 40 crianças o que, frequentemente, não permite desenvolver relações de afeto próximas

e individualizadas. De forma a que pudessem experienciar um modelo de acolhimento o mais parecido possível a um sistema familiar, as dimensões destas instituições deveriam ser mais reduzidas, não ultrapassando o máximo de 12 crianças, facilitando e promovendo relações de afeto e segurança, quer com as outras crianças quer com os diversos profissionais, favorecendo assim o seu desenvolvimento (Gomes, 2010). Com a alteração da LPCJP, nomeadamente a Lei nº 147/99, de 1 de setembro pela Lei n.º 142/2015, de 8 de setembro, verifica-se uma preocupação do Estado com esta questão, através da alteração da designação acolhimento em instituição para acolhimento residencial.

A maioria destas crianças sofreu algum tipo de mau-trato ou terá sido exposta a algum tipo de comportamento/situação de risco, apresentando, não raras vezes, problemas de comportamento ou de saúde mental (Gomes, 2010). Como tal, a história de vida de cada criança, assim como as suas expectativas, medos e traumas, devem ser tidos em consideração no planeamento do acompanhamento que lhe vai ser prestado, respeitando o seu ritmo e considerando as suas capacidades (Soares, 2012).

A institucionalização de menores tem sido objeto de estudo de diversos autores, não existindo, porém, um consenso relativamente aos seus efeitos, os quais para alguns autores são positivos e para outros negativos. Zurita e Fernández del Valle (1996) realçam que a institucionalização pode ser vantajosa, pois verificam-se menos ligações e ruturas sem sucesso, constituem contextos mais organizados com limites definidos, promove o acesso a serviços e recursos da comunidade, facilita o estabelecimento de laços com o grupo de pares e adultos, promove a interiorização de valores, a cooperação, entre outros. Por seu lado, Alberto (2002) alerta para os efeitos nefastos da institucionalização, a qual, ao promover o afastamento da família, incute na criança a sensação de abandono e sentimentos depreciativos e de desvalorização.

Martins (2005) considera mesmo que o contributo da institucionalização para o impacto global da história de vida da criança é de difícil avaliação, sendo que a totalidade de experiências por ela vividas, numa lógica cumulativa, é mais significativa para o seu desenvolvimento do que os episódios avaliados isoladamente. Assim, percebe-se que avaliar o impacto da institucionalização implica considerar os fundamentos e os limites desta intervenção, no geral, e as características de cada instituição, tal como tamanho, dinâmicas relacionais, recursos de que dispõem, em particular (Alberto, 2002), procurando perceber ainda o seu efeito ao nível do bem-estar e qualidade de vida da criança/jovem.

7. Abordagem do conceito de qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida tem vindo a despertar o interesse dos investigadores nas últimas décadas, verificando-se uma pluralidade de perspetivas sobre o mesmo, não existindo, assim, uma definição única e consensual (Canavarro & Serra, 2010). Os investigadores e as sociedades foram relacionando este conceito com vários fatores, nomeadamente fatores económicos (os quais proporcionariam bem-estar), fatores sociais (nos quais se incluíam o rendimento económico, o grau de desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, o acesso a saúde e educação, as condições de vida familiar, entre outros) e fatores ligados ao estado de saúde (Oliver, et al., 1996, cit. por Canavarro & Serra, 2010).

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece a ligação destes três fatores (económicos, sociais e de saúde), afirmando que saúde não se define apenas pela ausência de doença, mas sim por um completo estado de bem-estar físico, psicológico e social, declarando ainda que saúde consiste num recurso para a vida e não o seu objetivo, caracterizando-se desta forma como um conceito que engloba recursos físicos, psicológicos, pessoais e sociais (WHO, 2016b). Verificam-se assim duas tendências, a de compreender a qualidade de vida ligada à saúde e a de encarar a qualidade de vida como conceito mais abrangente.

Anos mais tarde após ter publicado a definição de saúde, a OMS, define qualidade de vida como a perceção de cada indivíduo sobre a sua posição na vida, atendendo à cultura e respetivos valores em que se insere e tendo como referência a pluralidade dos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A OMS admite ainda que este é um conceito amplo, constituído e suscetível de ser influenciado pela saúde física e psicológica do indivíduo, pelo seu grau de independência, pelas suas crenças, relações pessoais e pela relação que estabelece com o meio ambiente (WHO, 1997).

Outra definição de qualidade de vida foi apresentada por Minayo (1999, cit. por Soares et al., 2011) caracterizando-a como sendo um espelho das vivências, valores e conhecimentos de cada indivíduo, consoante o local, época e cultura em que se encontra inserido. Constitui-se neste sentido como um conceito relevante para todos os indivíduos, independentemente da sua cultura, estatuto socioeconómico, localização temporal e geográfica (Harding, 2001, cit. por Gaspar & Matos, 2008). Meuleners, Lee, Binns e Lower (2003, cit. por Gaspar & Matos, 2008) realçam a complexidade do termo

e defendem a relação entre a funcionalidade física do indivíduo e as diversas variáveis psicológicas e sociais, não esquecendo os conceitos de felicidade e satisfação com a vida, afirmando que o estudo da qualidade de vida deve incluir a medição da funcionalidade física, do estado mental e da interação social. É neste sentido que surge, por exemplo, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde em 2001 e cuja versão oficial em língua portuguesa surge no ano de 2003. A CIF consiste num quadro de referência para a descrição da saúde e dos estados com ela relacionados, que permite avaliar e formular políticas que se relacionam com a funcionalidade, bem-estar, participação e qualidade de vida do indivíduo (Battistella & Brito, 2002).

Pelo exposto, compreende-se que diversas definições foram surgindo, sendo que na sua maioria tendem a fazer referência ao estado emocional, ao funcionamento físico e social e a dimensões específicas de saúde. No entanto, atualmente é comumente aceite que o conceito de qualidade de vida apresenta um carácter multidimensional e subjetivo (Phillips, 2006, cit. por Canavarro & Serra, 2010) e que qualquer definição deve englobar a sua vertente objetiva e subjetiva. Os diversos aspetos da dimensão objetiva (estado de saúde, alimentação, condições de alojamento, entre outros), podem ser mensurados através de técnicas, instrumentos e medidas de quantidade e frequência, enquanto os aspetos da dimensão subjetiva, por se materializarem apenas na mente de cada indivíduo, só se podem avaliar através da resposta da pessoa a entrevistas ou questionários que versem sobre a temática (Cummins, 2005; Lawford & Eiser, 2001; Ribeiro, 2003; Schallock, Bonham & Marchand, 2000; Schwartz & Rabinovitz, 2003; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004; cit. por Gaspar & Matos, 2008). A qualidade de vida subjetiva resulta assim da perceção e avaliação que cada indivíduo detém acerca das suas próprias capacidades e funcionamento, o que faz com que duas pessoas, sob as mesmas circunstâncias e com as mesmas capacidades, possam percecionar a sua qualidade de vida subjetiva como diferente (Diener, 2000; Lawford & Eiser, 2001; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; cit. por Gaspar & Matos, 2008).

Por a qualidade de vida constituir atualmente fator relevante no planeamento e execução de medidas políticas de saúde, é importante a construção de instrumentos que a permitam medir e avaliar a sua variação, consoante as influências a que os indivíduos sejam sujeitos, ou seja, avaliar o impacto das diversas intervenções (Canavarro & Serra, 2010). Desta forma, a qualidade de vida pode ser medida por

instrumentos genéricos ou por instrumentos específicos para determinada problemática em estudo, possibilitando o estudo da qualidade de vida na população em geral, entre esta e o grupo com a problemática associada ou só neste último, respetivamente (Koot, 2002; Zekovic & Renwick, 2003; cit. por Gaspar e Matos, 2008). Tendo este interesse subjacente, a OMS reuniu um grupo de peritos/investigadores internacionais, pertencentes a 15 centros de estudo da qualidade de vida (*WHOQOL group*), que desenvolveram os instrumentos WHOQOL, os quais pretendem avaliar a qualidade de vida numa perspetiva transcultural, englobando dimensões relativas à saúde física, ao bem-estar emocional, às relações sociais, à interação que se estabelece com o meio ambiente, entre outras (WHO, 2016c).

As crianças e os adolescentes têm vindo a ganhar relevância na sociedade contemporânea, como abordado anteriormente, pelo que também importa pensar e avaliar a qualidade de vida destes, desenhando assim políticas nacionais e internacionais que contemplem a sua melhoria (Fuh, Wang, Lu, & Juang, 2005, cit. por Gaspar & Matos, 2008). Além disso, esta avaliação da qualidade de vida permite identificar desde cedo grupos populacionais que, por meio de uma determinada característica comum, vejam a mesma comprometida e, desde cedo atuar, visando assim diminuir o impacto de uma determinada problemática (tal como abuso físico e psicológico, atendendo à temática explorada neste trabalho). As maiores dificuldades na construção de instrumentos de avaliação de qualidade de vida para crianças e adolescentes prendem-se, entre outras, com a capacidade de compreensão de conceitos, com a interpretação das questões, com o domínio da leitura e escrita e com a capacidade, ou falta dela, para transmitir opiniões e sentimentos. Não obstante, estudos recentes demonstram que as crianças possuem capacidades para transmitir o seu bem-estar e capacidade funcional, desde que os instrumentos estejam adaptados à idade das mesmas (Gaspar & Matos, 2008).

7.1. Estudos sobre qualidade de vida em crianças e jovens institucionalizadas

Devido ao crescente reconhecimento e importância do estudo da qualidade de vida, nomeadamente como forma de prevenção ao nível da saúde pública e de eventuais situações de risco, tem-se verificado na literatura o aumento de estudos que versam sobre este conceito. Devido ao aumento considerável de sinalizações de situações de maus-tratos contra crianças e jovens, ao aumento das medidas de promoção e proteção (mais 2437 no ano de 2014 em comparação com 2013) e do

aumento da execução da medida de acolhimento institucional (mais 208 medidas em 2014 do que em 2013) (Alvarez e Costa, 2014) tem-se verificado, recentemente, interesse dos investigadores em analisar de que forma a qualidade de vida é ou não influenciada pela institucionalização e por outras características sociodemográficas, como idade e género, apresentando-se de seguida os resultados de alguns estudos.

Davidson-Arad, Englechin-Segal, e Wozner (2003) realizaram um estudo desenvolvido com profissionais de Serviço Social em que estes avaliavam a qualidade de vida de três grupos de crianças, um dos quais tinha sido mantido em casa, outro acolhido em instituição e outro que permaneceu junto da família, apesar da decisão de retirada de meio familiar. A avaliação foi feita em dois momentos, o primeiro aquando da tomada de decisão e o segundo cerca de seis meses depois. Os resultados mostraram que embora na primeira avaliação os resultados de qualidade de vida tivessem sido similarmente baixos, na segunda avaliação concluíram que a qualidade de vida das crianças acolhidas em instituição tinha melhorado, que a das crianças mantidas em casa se manteve e que a qualidade de vida das crianças mantidas em meio familiar apesar de decisão contrária diminuiu.

Davidson-Arad (2005) num estudo prospetivo longitudinal de avaliação da qualidade de vida psicológica, física, social e cultural, com 93 crianças em situação de risco, entre as quais se encontram crianças acolhidas em instituição e crianças mantidas em casa, concluiu, numa avaliação efetuada por assistentes sociais 15 meses após a tomada de decisão da medida de promoção e proteção a aplicar, que a qualidade de vida das crianças em instituição melhorou após terem sido retiradas de casa e que a qualidade de vida das crianças mantidas em meio familiar se manteve baixa, tal como no início do estudo. As conclusões destes dois estudos sugerem que a institucionalização de crianças e jovens pode ser mais benéfica para a sua qualidade de vida do que mantê-las num ambiente familiar de risco.

Mortágua (2010) propõe-se a investigar de que forma o acolhimento institucional promove ou prejudica a qualidade de vida, nas suas dimensões psicológica, social, ambiental e física, analisando para isso a perspetiva apresentada por 52 crianças e adolescentes institucionalizados em centro de acolhimento temporário (CAT) e pelos seus cuidadores, recorrendo ao instrumento KIDSCREEN-52, que avalia as dimensões da qualidade de vida. Verificou que, de forma geral, não existem diferenças significativas entre a perceção dos primeiros e dos segundos, muito embora se observe que as crianças e jovens tendem a perceber a sua qualidade de vida como mais positiva do

que os cuidadores. Foi ainda possível identificar que o tempo de permanência na instituição se correlaciona negativamente com a percepção da qualidade de vida. No entanto, o estudo não ficou por aqui e, baseando-se nos dados do estudo de Gaspar e Matos (2008) sobre a qualidade de vida em crianças não institucionalizadas, puderam concluir que se manifestam diferenças significativas na percepção da qualidade de vida entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, nas dimensões saúde e atividade física, sentimentos, estado de humor geral, sobre si próprio, família e ambiente familiar, questões económicas e provocação, com piores resultados para o primeiro grupo de crianças. Tendo como referencial as variáveis género e idade, concluiu-se que no seio do grupo das crianças e jovens institucionalizados, estas não exercem influência significativa. Contudo, tal situação altera-se quando comparados com os resultados das crianças não institucionalizadas, verificando-se diferenças significativas para as dimensões estado de humor geral, sobre si próprio, família e ambiente familiar e provocação, com valores inferiores para as crianças institucionalizadas, tanto em função do género como em função da idade. No entanto, também se verificam diferenças significativas na dimensão amigos para as raparigas e para a faixa etária dos 12 aos 18 anos, sendo os residentes em CAT quem apresenta valores mais positivos. Relativamente ao motivo de institucionalização, Mortágua (2010) verificou ainda que não se registam diferenças significativas entre problemáticas na percepção de qualidade de vida.

Mendes (2011) realizou um estudo com 26 crianças e jovens residentes em LIJ, recorrendo igualmente ao KIDSCREEN-52, tendo verificado que estas não percecionam significativamente a sua qualidade de vida como diferente da amostra de crianças não institucionalizadas em nenhuma dimensão, apresentando valores positivos. Relativamente à análise da variável idade verificou-se uma correlação negativa entre esta e as dimensões sentimentos e amigos. Analisando ainda a influência da duração do acolhimento institucional sobre a qualidade de vida, observou-se correlação negativa significativa com a dimensão saúde e atividade física.

Ferreira (2013) pretendendo analisar a percepção da qualidade de vida de jovens institucionalizados, recorreu a uma amostra de 80 crianças e jovens acolhidos em LIJ e seus cuidadores, tendo utilizado igualmente o KIDSCREEN-52 e apoiando-se igualmente nos dados de Gaspar e Matos (2008), concluiu que se verificam diferenças significativas entre crianças institucionalizadas e não institucionalizadas, apresentando as primeiras valores mais baixos para as dimensões saúde e atividade física,

sentimentos, estado de humor geral, auto-percepção, ambiente institucional e vizinhança, questões económicas e provocação. Ao contrário de Mortágua (2010), foram encontradas diferenças significativas ao nível da idade no grupo de crianças institucionalizadas, sendo as mais novas que apresentam valores de média mais elevados. Já o género não manifestou influência significativa ao nível da qualidade de vida destes.

Por sua vez, Jacoto (2014) realizou um estudo com uma amostra de 109 adolescentes portugueses acolhidos em LIJ, dos 10 aos 17 anos, recorrendo mais uma vez ao KIDSCREEN-52, tendo verificado que, à exceção da dimensão provocação, estes apresentavam percepções positivas em todas as dimensões da qualidade de vida, observando ainda que esta se encontrava negativamente correlacionada com a idade e que o género influencia a percepção da qualidade de vida, sendo os rapazes que apresentam maior qualidade de vida. Os dados cedidos por esta investigação contribuem assim para a visão da institucionalização como medida protetora e com impacto positivo na vida destes jovens.

Capítulo II

1. Apresentação do estudo

O presente estudo tem como objetivo geral averiguar eventuais diferenças na qualidade de vida percecionada entre crianças vítimas maus-tratos integradas em medida de acolhimento residencial e crianças não institucionalizadas, atendendo a variáveis também de natureza sociodemográfica. São então objetivos específicos verificar em que medida variáveis sociodemográficas e institucionais, nomeadamente idade, género, tipo de escola frequentada, tempo de acolhimento e motivo de institucionalização, influenciam ou não a qualidade de vida percecionada pelas crianças. Para tal reuniu-se uma amostra de 51 crianças, 24 das quais institucionalizadas, às quais foi aplicado o instrumento Kid-KINDL, versão portuguesa (Ferreira et al., 2006), dos 8-12 anos, o qual mede seis dimensões da qualidade de vida (bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, família, amigos e escola). A análise estatística dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (S.P.S.S. - IBM 23), tendo sido utilizadas técnicas estatísticas descritivas e técnicas inferenciais paramétricas (Teste t-Student) ou não paramétricas (Teste de Mann-Whitney), dependendo do cumprimento dos pressupostos necessários à sua utilização.

O cronograma da presente investigação pode ser consultado em anexo (Anexo A).

1.1 Problema

Em que medida a qualidade de vida percecionada por crianças da região Centro de Portugal é influenciada pela institucionalização e pelas suas características sociodemográficas?

1.2. Hipóteses

H1: Existem diferenças significativas na perceção da qualidade de vida das crianças, em função da institucionalização.

H2: Existem diferenças significativas na perceção da qualidade de vida das crianças, em função da idade.

H3: Existem diferenças significativas na percepção da qualidade de vida das crianças, em função do gênero.

H4: Existem diferenças significativas na percepção da qualidade de vida das crianças, em função do tipo de escola frequentada.

H5: Existem diferenças significativas na percepção de qualidade de vida das crianças institucionalizadas, em função do tempo de institucionalização.

H6: Existem diferenças significativas na percepção da qualidade de vida das crianças institucionalizadas, em função da problemática sinalizada como motivo da institucionalização.

2. Metodologia

Variáveis independentes:

Institucionalização (sim vs. não);

Gênero (masculino vs. feminino);

Tipo de escola (pública vs. privada);

Idade – foi segmentada em dois níveis: crianças com idades entre os 8 e os 10 anos de idade e crianças com idades entre os 11 e os 12 anos, tendo o corte obedecido ao critério do valor da mediana.

Tempo de acolhimento – foram considerados dois níveis: dos 0 aos 12 meses e superior a 12 meses. O valor de corte resulta do que considerámos ser um período razoável em que o menor já teve tempo de se habituar à vida em instituição, às suas dinâmicas, regras e rotinas e de estabelecer relações significativas com as outras crianças e os demais profissionais.

Problemática sinalizada como motivo de institucionalização (Negligência vs. Exposição a comportamentos desviantes). Não foram analisadas outras problemáticas atendendo ao reduzido número de sujeitos em cada uma das restantes categorias.

Variáveis dependentes:

Importa aqui dizer que a variável dependente é multidimensional e integra quer o score da escala global, quer as subescalas do instrumento, a saber:

Bem-estar físico - somatório dos resultados da subescala 1.

Bem-estar emocional - somatório dos resultados da subescala 2.

Autoestima - somatório dos resultados da subescala 3.

Amigos - somatório dos resultados da subescala 5.

Escola - somatório dos resultados da subescala 6.

Score global da qualidade de vida – a fim de agregarmos os resultados das diversas dimensões da qualidade de vida numa só variável e assim podermos obter uma visão geral sobre a perceção da amostra acerca da sua qualidade de vida, criámos a variável “Score Global da Qualidade de Vida”, cujos valores foram obtidos através do somatório dos scores das subescalas já referidas.

2.1. Amostra

Participaram neste estudo 51 crianças de nacionalidade portuguesa (Tabela 1), de ambos os géneros (sendo predominante o masculino com 68.9%), com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos e valores médios de 9.75 ± 1.45 . Destas 51 crianças/jovens, identificam-se dois subgrupos: crianças institucionalizadas (N=24) e crianças não institucionalizadas (N= 27).

Tabela 1

Caracterização da amostra global

Variável	M	DP	Min.	Máx.
Idade	9.75	1.45	8	12
			N	%
Género				
Feminino			16	31.4
Masculino			35	68.6
Institucionalização				
Sim			24	47.1
Não			27	52.9

2.1.1. Crianças institucionalizadas

Este subgrupo é constituído por 24 crianças institucionalizadas (Tabela 2) em 3 Lares de Infância e Juventude (LIJ's), mais concretamente da zona Centro do país. Este subgrupo é predominantemente do género masculino (70.8%) e a média de idades é de 10,29±1.39 anos.

Tabela 2

Caracterização da amostra - crianças institucionalizadas

Variável	M	DP	Min.	Máx.
Idade (anos)	10.29	1.39	8	12
Tempo de acolhimento (meses)	19.43	15.54	0.5	75
			N	%
Género				
Feminino			7	29.2
Masculino			17	70.8
Ensino				
Público			15	62.5
Privado			9	37.5
Ano que frequenta				
3º ano			7	29.2
4º ano			6	25
5º ano			5	20.8
6º ano			3	12.5
7º ano			3	12.5
Tipo de mau-trato				
Abandono			5	20.8
Abuso sexual			2	8.3
Mau-trato físico			3	12.5
Mau-trato psicológico			5	20.8
Negligência			20	83.3
Exposição a comportamentos desviantes			11	45.8
Período de acolhimento				
0 – 12 meses			8	33.3
+ 12 meses			16	66.7

O motivo da institucionalização teve origem na ocorrência de algum tipo de mau-trato contra o menor por parte da família/cuidador(es), nomeadamente abandono (20.8%), abuso sexual (8.3%), mau-trato físico (12.5%), mau-trato psicológico (20.8%), negligência (83.3%) e/ou exposição a comportamentos desviantes (45.8%), podendo os mesmos ter sido cumulativos ou não. Relativamente ao tempo de permanência em instituição, verifica-se que a média temporal de acolhimento se estabelece nos

19.43±15.54 meses, sendo que 66.7% das crianças se encontra em medida de institucionalização por um período superior a 12 meses. No que concerne ao tipo de escola frequentada, constata-se que 62.5% frequenta o ensino público e que a maioria das crianças (29.2%) frequenta o 3º ano.

2.1.2. Crianças não institucionalizadas

Este subgrupo é constituído por 27 crianças, integradas na sua família de origem, sem qualquer tipologia de maus-tratos conhecida e associada, nem qualquer historial de institucionalização, oriunda da rede de contactos pessoais do investigador (Tabela 3). Predomina o género masculino (66.7%), com a média de idades a situar-se nos 9.26±1,34 anos. Relativamente ao tipo de escola, verifica-se que 70.4% das crianças estuda no ensino público e que a maioria (29.6%) também frequenta o 3º ano.

Tabela 3

Caracterização da amostra – crianças não institucionalizadas

Variável	M	DP	Min.	Máx.
Idade	9.26	1.34	8	12
			N	%
Género				
Feminino			9	33.7
Masculino			18	66.7
Ensino				
Público			19	70.4
Privado			8	29.6
Ano que frequenta				
1º ano			1	3.7
2º ano			5	18.5
3º ano			8	29.6
4º ano			7	25.9
5º ano			1	3.7
6º ano			3	11.1
7º ano			2	7.4

2.2. Instrumento

Os dados foram obtidos através do preenchimento, pela amostra, devidamente apoiada e acompanhada ou pelos seus encarregados de educação ou pelos técnicos da instituição em que se encontravam, do questionário Kid-KINDL, versão portuguesa

(2001), desenvolvida por Ferreira e seus colaboradores (2006), para crianças dos 8-12 anos. Este instrumento permite medir seis dimensões da qualidade de vida (bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, família, amigos e escola), apresentando ainda um score global. Cada dimensão é composta por quatro questões, perfazendo um total de 24 itens de autopreenchimento. No entanto, dado que excluímos a dimensão “Família”, por no presente estudo as crianças vítimas de maus-tratos se encontrarem em regime de acolhimento em instituição, apenas foram respondidas 20 questões pelos participantes de ambos os grupos. O instrumento inclui ainda uma outra dimensão que aborda a existência de eventual doença prolongada e consequente hospitalização, a qual também não utilizámos por não se aplicar ao objetivo deste estudo. Todas as questões do instrumento referem-se à semana anterior ao preenchimento do mesmo e são respondidas numa escala de 1 a 5, sendo 1 “nunca”, 2 “raramente”, 3 “às vezes”, 4 “frequentemente” e 5 “sempre”, sendo-lhes atribuídas as cotações de 1 a 5, respetivamente. Os testes efetuados por Ferreira e seus colaboradores (2006) revelam as boas características psicométricas da versão portuguesa e a sua adequabilidade na medição da qualidade de vida das crianças e jovens, apresentando excelentes resultados em termos de fiabilidade e validade, sendo o valor de Alfa de *Cronbach*, para a versão dos 8-12 anos de 0.82.

A dimensão “Bem-estar físico” inclui perguntas sobre a sensação de se ter sentido doente, com dores de cabeça ou de barriga, cansado e esgotado ou, em oposição, de se ter sentido forte e enérgico (itens 1 a 4). Por sua vez, a dimensão “Bem-estar emocional” inquire a amostra sobre se se divertiu e riu muito ou, por outro lado, se sentiu aborrecida, sozinha ou com medo (itens 1 a 4). A dimensão “Autoestima” inclui o ter tido orgulho em si própria, sentir-se a maior, a satisfação consigo própria e o ter tido muitas e boas ideias (itens 1 a 4). A subescala “Amigos” inquire a criança sobre a frequência com que brincou com os seus amigos, se as outras crianças gostaram dela, se se deu bem com os amigos e se se sentiu diferente das outras crianças (itens 1 a 4). Por último, a dimensão “Escola” inclui questões acerca da facilidade de realização das tarefas escolares, o gosto pela escola, sobre eventual ansiedade em relação às semanas seguintes e sobre o medo de vir a ter más notas (itens 1 a 4).

O questionário inclui ainda uma primeira parte com questões de natureza sociodemográfica (sexo, idade, ano de escolaridade e tipo de escola frequentada). Na recolha de dados sobre as crianças institucionalizadas foi ainda acrescentado um instrumento por nós elaborado, o qual inclui quatro questões específicas sobre a história

de vida de cada criança, nomeadamente o(s) motivo(s) da institucionalização, com quem residia o menor antes da entrada no lar, o tipo de apoio complementar de que eventualmente beneficia, bem como o tempo de permanência na instituição, as quais foram respondidas pelos respetivos técnicos de cada instituição.

Os instrumentos encontram-se disponíveis nos anexos (Anexo B e C).

2.3. Procedimento de recolha de dados

Como forma de acedermos à população alvo do estudo, foram dirigidos pedidos de autorização (Anexo D) aos Diretores Técnicos de 3 LIJ's da zona Centro do país para utilização do já referido instrumento de estudo junto das crianças que acolhem. Salienta-se que previamente foi também pedida autorização ao autor do instrumento (Anexo E). Uma vez concedida a autorização por parte das instituições envolvidas, o supracitado instrumento foi preenchido pelas crianças, que se encontravam na faixa etária pretendida, com o apoio dos técnicos das respetivas instituições.

Já no que concerne às crianças não institucionalizadas, chegámos às mesmas através da nossa rede de conhecimentos pessoais, sendo oriundas dos mesmos distritos da zona Centro do país. Após a devida autorização dos encarregados de educação, aplicámos o instrumento junto destas crianças, sendo-lhes prestado apoio na interpretação das questões, sempre que necessário, à semelhança do que foi efetuado pelos técnicos das instituições.

A recolha de dados decorreu de 25 de novembro de 2015 a 30 de abril de 2016.

2.4. Técnicas estatísticas

A análise estatística dos dados obtidos através do preenchimento do supracitado instrumento foi efetuada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (S.P.S.S. - IBM 23), assumindo-se como grau de confiança os 95%, valor de referência nas Ciências Sociais e Humanas.

Foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas e ainda, a fim de se testarem as hipóteses levantadas pelo presente estudo, averiguando a existência de eventuais diferenças significativas ($p \leq .05$), técnicas inferenciais paramétricas (Teste t-Student) ou não paramétricas (Teste de Mann-Whitney), consoante o cumprimento ou não dos requisitos que lhe são próprios: normalidade, homocedasticidade, tamanho do grupo e

natureza da variável, respetivamente. Nos casos em que se verificava discrepância de N's nos grupos em comparação, apesar de poderem estar cumpridos os requisitos da normalidade e homocedasticidade, aplicámos igualmente técnicas não paramétricas, nomeadamente o teste U Mann-Whitney.

3. Apresentação e discussão de resultados

3.1. Análise da percepção de qualidade de vida em função da institucionalização

Os resultados das estatísticas descritivas (Tabela 4) indicam que o grupo das crianças institucionalizadas apresenta o valor médio mais elevado na dimensão da autoestima (15.87 ± 3.40) e o mais baixo no bem-estar emocional (9.16 ± 2.16). Também o grupo dos não institucionalizados apresentou o resultado mais elevado na subescala de autoestima (16 ± 3.22) e, outrossim, o mais baixo no bem-estar emocional (8.48 ± 1.78). Tendo em conta o intervalo de pontos possíveis, em que 4 representa o valor mínimo, 12 o valor central e 20 o valor máximo, nas dimensões bem-estar físico e bem-estar emocional, os resultados não são muito favoráveis para ambos os grupos, o que nos revela que as crianças da amostra apresentam uma qualidade de vida a estes níveis algo insatisfatória. Tal pode ser explicado por diversos fatores. Um fator explicativo que podemos avançar é que, conforme referem Hecht e Silva (2009), apesar de as instituições de acolhimento proporcionarem a estas crianças oportunidades educativas, culturais e bens materiais de que até então nunca tinham usufruído, resultando daqui um ganho de qualidade de vida, também se verifica que, devido ao facto de acolherem várias crianças e adolescentes, existe falta de atenção individualizada, por insuficiência de recursos técnicos e humanos que o permitam. Desta forma, cada criança recebe menos atenção do que aquilo que seria desejável, fazendo com que se possam sentir sozinhos, como inquire uma das questões desta subescala. Mota e Matos (2010) evidenciam ainda que, de facto, a institucionalização pode implicar perturbações ao nível do bem-estar emocional, devido ao sentimento de perda, abandono e solidão quando as crianças se veem confrontadas com a negligência da prática parental em comparação com os cuidados que recebem em acolhimento residencial. Um facto para que nos alertou uma das diretoras técnicas de um dos LIJ's é que muitas destas crianças se encontram em processo de adoção, o que condiciona o seu comportamento e emoções, pois ficam totalmente privados do contacto com a família de origem e antecipam a despedida dos amigos e profissionais da instituição, no fundo, do meio que

conhecem, o que pode comportar sentimentos de tristeza, solidão e medo, que se podem manifestar muitas vezes pela sensação de doença, em dores de barriga e cabeça também devido ao nervosismo. Acresce que a amostra é constituída por crianças e adolescentes o que, de acordo com a OMS (WHO, 2016a), corresponde a uma transição crítica do ciclo de vida. A adolescência, como se sabe, acarreta com o início da puberdade transformações bio-fisiológicas, emocionais e relacionais, caracterizando-se como um período tumultuoso, de incertezas e angústias, provocando frequentemente variações de humor e inseguranças, onde se pode verificar também a relação paradoxal entre o desejo de independência face aos cuidadores e a necessidade de dependência (Alarcão, 2002). Assim, compreende-se que tanto as crianças institucionalizadas, como as não institucionalizadas possam percecionam o seu bem-estar emocional e até físico como insatisfatório. Por fim, no que concerne às dimensões autoestima, amigos e escola, ambos os grupos apresentam valores de média satisfatórios, tendo em conta o intervalo de valores possível, assim como no score global, auto percecionam uma boa qualidade de vida.

Tabela 4

Estatística descritiva para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da institucionalização

Variável	N	Min.	Máx.	M	DP
Bem-estar físico					
Institucionalizados	24	4	16	10.29	2.62
Não institucionalizados	27	7	14	8.96	1.45
Bem-estar emocional					
Institucionalizados	24	7	16	9.16	2.16
Não Institucionalizados	27	6	13	8.48	1.78
Autoestima					
Institucionalizados	24	6	20	15.87	3.40
Não Institucionalizados	27	10	20	16	3.22
Amigos					
Institucionalizados	24	8	20	14.75	2.65
Não Institucionalizados	27	12	18	15.62	1.14
Escola					
Institucionalizados	24	6	20	14.87	3.20
Não Institucionalizados	27	10	20	13.77	2.27
Score Global					
Institucionalizados	24	43	75	64.95	8.37
Não Institucionalizados	27	52	73	62.85	5.46

Uma vez analisados os resultados descritivos, passámos aos testes de hipóteses, efetuando assim o teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico e amigos, dado que estas violaram a normalidade, e ao teste t-Student para as restantes dimensões (Tabelas 5 e 6, respetivamente).

Tabela 5

Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico e amigos, em função da institucionalização

Variável	N	U	p
Bem-estar físico			
Institucionalizados	24	201.500	.018
Não Institucionalizados	27		
Amigos			
Institucionalizados	24	270.00	.259
Não Institucionalizados	27		

Tabela 6

Resultados do teste t-Student para as dimensões bem-estar emocional, autoestima, escola e score global, em função da institucionalização

Variável	t	gl	p
Bem-estar emocional			
Institucionalizados	1.24	49	.221
Não Institucionalizados			
Autoestima			
Institucionalizados	-.135	49	.893
Não Institucionalizados			
Escola			
Institucionalizados	1.42	49	.162
Não Institucionalizados			
Score global			
Institucionalizados	1.07	49	.288
Não Institucionalizados			

Após a comparação da perceção da qualidade de vida em função da vivência ou não de maus-tratos e conseqüente institucionalização, as Tabelas 5 e 6 evidenciam que apenas existem diferenças significativas no bem-estar físico (U=201.5, p=.018), sendo

o grupo das crianças institucionalizadas o que exhibe valores médios (aritméticos e posicionais) mais elevados. Assim, conclui-se que este grupo de crianças se percebe como menos cansado fisicamente, mais saudável e mais energético, em comparação com o grupo de crianças não institucionalizadas o que, como já vimos anteriormente através da análise das médias aritméticas, não significa que apresentem boa qualidade de vida a este nível. Tal resultado vai parcialmente ao encontro dos estudos realizados por Mortágua (2011) e Ferreira (2013), apoiados nos dados da investigação realizada por Gaspar e Matos (2008, cit. por Mortágua, 2011), que também concluem pela existência de diferenças significativas entre os dois grupos na dimensão “Saúde Física”. No entanto, estes estudos referem que o grupo das crianças institucionalizadas apresenta uma média inferior à das crianças não institucionalizadas, facto que é contrário ao resultado por nós obtido.

Relativamente às restantes dimensões, o presente estudo conclui que não existem diferenças significativas entre os dois grupos, algo que só é corroborado pelos supracitados estudos nas dimensões “Escola” e “Amigos”, contrariamente às dimensões “Sentimentos”, “Estado de Humor Geral” e “Sobre si próprio”, sendo as crianças institucionalizadas as que apresentavam médias inferiores. Salienta-se, no entanto, que o instrumento utilizado para mensurar a percepção das crianças e adolescentes acerca da sua qualidade de vida no presente estudo foi o Kid-KINDL, versão portuguesa dos 8-12 anos e os estudos de Mortágua (2011) e Ferreira (2013) recorreram ao *Kidscreen 52*, versão portuguesa.

Na variável score global, que mede a qualidade de vida das crianças inquiridas, não se registaram diferenças significativas entre os dois grupos. Tal resultado pode parecer estranho à primeira vista, dado que existe inúmera bibliografia que descreve os efeitos negativos da institucionalização, como é o caso de Martins (2002), que aborda o facto das questões da organização e da intimidade poderem estar comprometidas pelo crescimento e vivência em grupo, e de Alberto (2002, cit. por Martins, 2005) que refere as consequências negativas do afastamento da criança não só da sua família de origem mas igualmente da comunidade em que se encontrava inserida. Contudo, os resultados da variável bem-estar físico e do score global podem ser explicados, como referem Dell’Aglia e Siqueira (2010), porque apesar do afastamento familiar e a vivência em instituição poderem gerar sofrimento nas crianças e adolescentes, simultaneamente, esta medida estará a protegê-los de abusos e maus-tratos de vária ordem. Além disso, na instituição que os acolhe, estes jovens veem satisfeitas as suas necessidades

básicas e de lazer e a oportunidade de aumentarem a sua rede social de apoio, nomeadamente fazendo novas amizades com as restantes crianças acolhidas, o que poderá aumentar naturalmente a sua perceção de qualidade de vida.

De facto, Martins (2005) realça que a medida de colocação em instituição deve ser encarada como uma oportunidade de ganhos efetivos para a criança, os quais não existiriam se o menor se mantivesse num ambiente familiar deficitário. Neste sentido, Oliveira (2014) sustenta que as crianças que possuem maior número de recursos ecológicos apresentam maior qualidade de vida, sendo que indicadores de risco familiar predizem menores recursos ecológicos. Tais resultados levam-nos a concluir que a remoção de crianças vítimas de maus-tratos do seu meio familiar e, conseqüentemente, da situação de perigo a que se encontram expostos, e a sua colocação em regime de acolhimento institucional lhes proporciona uma melhoria na sua qualidade de vida, tal como indicam os resultados dos estudos efetuados por Davidson-Arad, Englechin-Segal e Wozner (2003) e por Davidson-Arad (2005) os quais, apoiando-se em estudos longitudinais, verificaram que a qualidade de vida das crianças que se encontravam expostas a situações de abuso e risco familiar aumentou após o seu acolhimento em instituição.

Assim sendo, confirma-se H1, nomeadamente na dimensão do bem-estar físico com resultados favoráveis às crianças institucionalizadas.

3.2. Análise da perceção da qualidade de vida em função da idade

Com vista ao teste da hipótese H2 compararam-se as diversas variáveis da perceção da qualidade de vida em função dos dois níveis etários, no grupo de crianças institucionalizadas e depois no grupo de crianças não institucionalizadas, a fim de se verificar se existem diferenças estatisticamente significativas. Primeiramente, recorreu-se à estatística descritiva.

Na Tabela 7 constata-se que nas crianças institucionalizadas, o sub-grupo de idades 8-10 anos apresenta o valor médio mais elevado na dimensão da autoestima (16.46 ± 2.47) e o sub-grupo 11-12 anos o valor mais baixo no bem-estar emocional (8.72 ± 1.48). No mesmo sentido, o grupo dos não institucionalizados (Tabela 8) apresentou o resultado mais elevado no sub-grupo 8-10 anos, na subescala de autoestima (16 ± 3.17) e o mais baixo no sub-grupo dos 11-12 anos, na dimensão bem-estar emocional (7.6 ± 0.54).

Tendo em conta o intervalo de pontos possíveis, nas dimensões bem-estar físico e bem-estar emocional, ambos os sub-grupos de idades dos dois grupos de crianças exibem resultados não muito favoráveis, dado que se situam abaixo do valor de zona central o que nos revela que, independentemente da idade e da institucionalização, as crianças da amostra apresentam uma qualidade de vida algo insatisfatória nestas dimensões.

Tabela 7

Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da idade para o grupo das crianças institucionalizadas

Variável	N	Min.	Máx.	M	DP
Bem-estar físico					
8 - 10	13	4	16	10.38	3.30
11 - 12	11	8	13	10.18	1.66
Bem-estar emocional					
8 - 10					
11 - 12	13	7	16	9.53	2.60
	11	7	12	8.72	1.48
Autoestima					
8 - 10					
11 - 12	13	12	20	16.46	2.47
	11	6	20	15.18	4.28
Amigos					
8 - 10					
11 - 12	13	8	18	14.84	2.60
	11	12	20	14.63	2.83
Escola					
8 - 10					
11 - 12	13	9	18	14.69	2.56
	11	6	20	15.09	3.96
Score global					
8 - 10					
11 - 12	13	47	75	65.92	8.04
	11	43	75	63.81	9

Tabela 8

Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da idade para o grupo das crianças não institucionalizadas

Variável	N	Min.	Máx.	M	DP
Bem-estar físico					
8 - 10	22	8	14	9.18	1.5
11 - 12	5	7	9	8	.7
Bem-estar emocional					
8 - 10	22	6	13	8.68	1.91
11 - 12	5	7	8	7.6	.54
Autoestima					
8 - 10	22	10	20	16	3.17
11 - 12	5	12	20	16	3.8
Amigos					
8 - 10	22	12	18	15.54	1.26
11 - 12	5				
Escola					
8 - 10	22	10	20	13.9	2.48
11 - 12	5	12	14	13.2	.83
Score global					
8 - 10	22	52	73	63.31	5.58
11 - 12	5	56	67	60.8	4.91

No grupo das crianças institucionalizadas, efetuámos o teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar emocional e amigos, dado que estas violam a normalidade, e o teste t-Student para as restantes dimensões (Tabelas 9 e 10, respetivamente).

Já no grupo das crianças não institucionalizadas procedemos à realização do teste U Mann-Whitney para todas as dimensões (Tabela 11), devido à discrepância de N's (N=22 vs. N=5).

Tabela 9

Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar emocional e amigos, em função da idade, para o grupo das crianças institucionalizadas

Variável	N	U	p
Bem-estar emocional			
8 - 10	13		
11 - 12	11	62.000	.569
Amigos			
8 - 10	13		
11 - 12	11	63.500	.626

Tabela 10

Resultados do teste t-Student para as dimensões bem-estar físico, autoestima, escola e score global em função da idade, para o grupo das crianças institucionalizadas

Variável	t	gl	p
Bem-estar físico			
8 - 10			
11 - 12	-.184	22	.855
Autoestima			
8 - 10			
11 - 12	.914	22	.371
Escola			
8 - 10			
11 - 12	-.297	22	.769
Score global			
8 - 10			
11 - 12	.605	22	.552

As Tabelas 9 e 10 evidenciam que no grupo das crianças institucionalizadas não existem diferenças significativas em função da idade para as diversas dimensões da qualidade de vida. No entanto, excetuando a dimensão escola, as crianças na faixa etária dos 8-10 anos de idade apresentam valores de média aritmética e posicional superiores aos das crianças dos 11 aos 12 anos, ou seja, apesar das diferenças não serem significativas, as crianças mais novas percebem-se como tendo melhor qualidade de vida nestas dimensões. Tais resultados vão, parcialmente, ao encontro das conclusões de Gaspar e seus colaboradores (2006) e Ferreira (2013), sendo que

esta última versou especificamente sobre a percepção da qualidade de vida em crianças e jovens acolhidos em LIJ, tendo-se evidenciado nas crianças uma qualidade de vida superior à dos adolescentes. Porém, as diferenças foram significativas. Também Jacoto (2014) verificou a existência de correlação negativa entre a qualidade de vida e a idade, isto é, à medida que a idade do jovem institucionalizado aumenta, diminui a sua percepção de qualidade de vida. Tal pode dever-se, como referem Leal, Facci e Souza (2014), ao processo de desenvolvimento da autoconsciência que ocorre na adolescência, possibilitada pelos ganhos qualitativos no desenvolvimento intelectual, que lhe permite uma compreensão de si e do ambiente que a circunda na sua complexidade.

Tabela 11

Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da idade, para o grupo das crianças não institucionalizadas

Variável	N	U	p
Bem-estar físico			
8 – 10	22	25.500	.051
11 – 12	5		
Bem-estar emocional			
8 – 10	22	36.000	.205
11 - 12	5		
Autoestima			
8 – 10	22	53.500	.924
11 – 12	5		
Amigos			
8 - 10	22	42.500	.351
11 – 12	5		
Escola			
8 – 10	22		
11 - 12	5	42.500	.430
Score global			
8 – 10	22	35.000	.210
11 - 12	5		

Já pela análise da Tabela 11, constatamos que também no grupo das crianças não institucionalizadas não se verificam diferenças significativas nas diversas dimensões, em função da idade. Analisando as médias aritméticas e posicionais, verificamos que, à exceção da dimensão amigos, o sub-grupo das crianças mais novas (8-10 anos) apresenta um valor médio superior ao do sub-grupo das crianças mais velhas (11-12 anos). Assim, e à semelhança do ocorrido no grupo das crianças institucionalizadas, também neste grupo as crianças mais novas se percebem como possuindo melhor qualidade de vida.

Desta forma, rejeitamos a Hipótese 2 que colocámos no início do estudo, dado que a variável idade não exerce influência significativa sobre a percepção da qualidade de vida das crianças, quer estas tenham sofrido maus-tratos ou não, ou seja, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 8-10 anos e 11-12 anos de idade para as diversas dimensões, o que é corroborado pelo estudo de Mortágua (2010).

3.3. Análise da percepção da qualidade de vida em função do género

A fim de se testar a Hipótese 3 procedemos à comparação das diversas dimensões da qualidade de vida em função do género, nos dois grupos de crianças, no sentido de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino.

No grupo das crianças institucionalizadas (Tabela 12), as raparigas apresentam o valor médio mais elevado na dimensão da autoestima (17 ± 1.82) e o mais baixo no bem-estar emocional (9.14 ± 1.86). No grupo das crianças não institucionalizadas (Tabela 13) os rapazes apresentam o resultado mais elevado na subescala amigos (15.72 ± 1.17), e o valor mais baixo regista-se nas raparigas no bem-estar emocional (8.22 ± 1.48). No entanto, à exceção da dimensão bem-estar físico, os rapazes apresentam valores de média aritmética superiores aos das raparigas. Gaspar e seus colaboradores (2006) apresentam resultados semelhantes para o grupo das crianças não institucionalizadas, concluindo no seu estudo sobre a qualidade de vida em crianças e adolescentes que os rapazes, à exceção da dimensão “Ambiente escolar e Aprendizagem”, apresentam valores médios mais elevados do que as raparigas.

Tabela 12

Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do género, para o grupo das crianças institucionalizadas

Variável	N	Min.	Máx.	M	DP
Bem-estar físico					
Feminino	7	7	13	10.14	2.41
Masculino	17	4	16	10.35	2.78
Bem-estar emocional					
Feminino	7	7	12	9.14	1.86
Masculino	17	7	16	9.17	2.32
Autoestima					
Feminino	7	15	20	17	1.82
Masculino	17	6	20	15.41	3.82
Amigos					
Feminino	7	12	20	15.28	2.62
Masculino	17	8	18	14.52	2.71
Escola					
Feminino	7	14	20	16.57	2.14
Masculino	17	6	20	14.17	3.35
Score global					
Feminino	7	64	73	68.14	3.53
Masculino	17	43	75	63.64	9.48

Tabela 13

Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do género, para o grupo das crianças não institucionalizadas

Variável	N	Min.	Máx.	M	DP
Bem-estar físico					
Feminino	9	7	14	9.11	2.02
Masculino	18	8	12	8.88	1.13
Bem-estar emocional					
Feminino	9	7	12	8.22	1.48
Masculino	18	6	13	8.61	1.94
Autoestima					
Feminino	9	10	20	15.44	3
Masculino	18	10	20	16.27	3.37
Amigos					
Feminino	9	13	17	15.44	1.13
Masculino	18	12	18	15.72	1.17
Escola					
Feminino	9	11	17	13.66	1.87
Masculino	18	10	20	13.83	2.5
Score global					
Feminino	9	54	73	61.88	5.48
Masculino	18	52	70	63.33	5.55

Os resultados (Tabelas 14, 15, 16 e 17) indicam que o género não exerce influência nas diversas dimensões em estudo, integrantes da percepção da qualidade de vida, tanto no grupo das crianças institucionalizadas, como no grupo das crianças não institucionalizadas. Contudo, no grupo de crianças que sofreram maus-tratos, as raparigas, à exceção da dimensão bem-estar físico e bem-estar emocional, apresentam valores médios aritméticos e posicionais superiores aos rapazes. Já no grupo de crianças não institucionalizadas a situação é inversa, sendo os rapazes quem apresenta um valor médio aritmético e posicional superior ao das raparigas, à exceção da dimensão bem-estar físico.

Tabela 14

Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar emocional, amigos e score global, em função do género, para o grupo das crianças institucionalizadas

Variável	N	U	p
Bem-estar emocional			
Feminino	7		
Masculino	17	56.500	.844
Amigos			
Feminino	7		
Masculino	17	56.500	.841
Score global			
Feminino	7		
Masculino	17	45.500	.373

Tabela 15

Resultados do teste t-Student para as dimensões bem-estar físico, autoestima e escola, em função do género, para o grupo das crianças institucionalizadas

Variável	t	gl	p
Bem-estar físico			
Feminino			
Masculino	-.174	22	.863
Autoestima			
Feminino			
Masculino	1.041	22	.309
Escola			
Feminino			
Masculino	1.734	22	.097

Tabela 16

Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos e score total, em função do género, para o grupo das crianças não institucionalizadas

Variável	N	U	p
Bem-estar físico			
Feminino	9		
Masculino	18	79.500	.935
Bem-estar emocional			
Feminino	9		
Masculino	18	73.000	.660
Autoestima			
Feminino	9	68.500	.514
Masculino	18		
Amigos			
Feminino	9		
Masculino	18	65.500	.341
Score global			
Feminino	9		
Masculino	18	65.500	.424

Tabela 17

Resultados do teste t-Student para a dimensão escola, em função do género, para o grupo das crianças não institucionalizadas

Variável	t	gl	p
Escola			
Feminino			
Masculino	-.176	25	.862

Desta forma, rejeitamos a Hipótese 3 por não se verificarem diferenças significativas entre as raparigas e os rapazes em estudo, quer estivessem ou não institucionalizados, para as diversas dimensões da qualidade de vida. Dito de outra forma, concluímos que a variável género não influencia a perceção da qualidade de vida das crianças. Tal, é corroborado pelos estudos de Mortágua (2010) e de Ferreira (2013).

3.4. Análise da percepção da qualidade de vida em função do tipo de escola frequentada

A fim de se testar a Hipótese 4 procedemos à comparação das diversas dimensões da qualidade de vida em função do tipo de escola frequentada, nos dois grupos de crianças, no sentido de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o ensino público e privado.

Tabela 18

Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do tipo de escola frequentado, para o grupo das crianças institucionalizadas

Variável	N	Min.	Máx.	M	DP
Bem-estar físico					
Público	15	4	16	10	3.02
Privado	9	7	13	10.77	1.85
Bem-estar emocional					
Público	15	7	13	8.8	1.56
Privado	9	7	16	9.77	2.9
Autoestima					
Público	15	6	20	15.73	3.91
Privado	9	12	20	16.11	2.52
Amigos					
Público	15	8	20	14.33	3.03
Privado	9	12	18	15.44	1.81
Escola					
Público	15	6	18	14.33	3.26
Privado	9	11	20	15.77	3.07
Score global					
Público	15	43	75	63.2	9.38
Privado	9	59	75	67.88	5.68

No grupo das crianças institucionalizadas (Tabela 18) o ensino privado apresenta o valor médio mais elevado na dimensão da autoestima (16.11 ± 2.52) e o mais baixo na dimensão bem-estar emocional (9.77 ± 2.9). O ensino público também apresenta o valor mais elevado na dimensão autoestima (15.73 ± 3.91) e o mais baixo na dimensão bem-estar emocional (8.8 ± 1.56). Neste grupo de crianças, o ensino

privado apresenta valores de média aritmética superior em todas as dimensões, sendo de realçar as dimensões autoestima, amigos e escola, que apresentam valores de média elevados, especialmente para as crianças que frequentam o ensino privado. Por outro lado, podemos igualmente verificar que as dimensões bem-estar físico e bem-estar emocional apresentam um valor médio abaixo do valor de zona central.

Tabela 19

Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do tipo de escola frequentado, para o grupo das crianças não institucionalizadas

Variável	N	Min.	Máx.	M	DP
Bem-estar físico					
Público	19	7	12	8.89	1.14
Privado	8	8	14	9.12	2.1
Bem-estar emocional					
Público	19	6	13	8.47	1.86
Privado	8	7	12	8.5	1.69
Autoestima					
Público	19	10	20	16.21	3.52
Privado	8	12	20	15.5	2.5
Amigos					
Público	19	12	18	15.47	1.3
Privado	8	15	17	16	.53
Escola					
Público	19	10	16	13.31	1.91
Privado	8	11	20	14.87	2.79
Score global					
Público	19	52	70	62.36	5.72
Privado	8	58	73	64	4.95

No grupo das crianças não institucionalizadas (Tabela 19) o ensino público apresenta o resultado mais elevado na subescala autoestima (16.21 ± 3.52) e o valor mais baixo no bem-estar emocional (8.47 ± 1.86). O ensino privado apresenta o valor mais elevado na subescala amigos (16 ± 0.53) e o valor mais baixo no bem-estar emocional (8.5 ± 1.69). Neste grupo de crianças, à exceção da dimensão autoestima, também as que frequentam o ensino privado exibem valor de média aritmética superior, relativamente às que frequentam o ensino público. As dimensões autoestima e amigos apresentam valores médios elevados, indicando que estas crianças percecionam

possuir uma boa qualidade de vida nestes aspetos, em contraste com as dimensões bem-estar físico e bem-estar emocional que, à semelhança do ocorrido no grupo das crianças vítimas de maus-tratos, exibem valores médios abaixo da zona central de pontos possíveis.

Tabela 20

Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar emocional, amigos e escola, em função do tipo de escola frequentado, para o grupo das crianças institucionalizadas

Variável	N	U	p
Bem-estar emocional			
Público	15	57.500	.537
Privado	9		
Amigos			
Público	15	50.500	.286
Privado	9		
Escola			
Público	15	56.000	.488
Privado	9		

Tabela 21

Resultados do teste t-Student para as dimensões bem-estar físico, autoestima e score global, em função do tipo de escola frequentado, para o grupo das crianças institucionalizadas

Variável	t	gl	p
Bem-estar físico			
Público	-.694	22	.495
Privado			
Autoestima			
Público	-.258	22	.799
Privado			
Score global			
Público	-1.351	22	.191
Privado			

Tabela 22

Resultados do teste U Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do tipo de escola frequentado, para o grupo das crianças não institucionalizadas

Variável	N	U	p
Bem-estar físico			
Público	19		
Privado	8	68.500	.673
Bem-estar emocional			
Público	19		
Privado	8	75.000	.955
Autoestima			
Público	19	65.500	.572
Privado	8		
Amigos			
Público	19		
Privado	8	57.500	.241
Escola			
Público	19		
Privado	8	52.00	.197
Score global			
Público	19	65.500	.576
Privado	8		

Os resultados apresentados nas Tabelas 20, 21 e 22 sustentam que o tipo de ensino frequentado não influencia significativamente a qualidade de vida (rejeitamos assim H4), quer das crianças institucionalizadas, quer das não institucionalizadas, apesar do ensino privado apresentar no score global médias posicionais superiores comparativamente às do ensino público. Também Simeão e colaboradores (2012), num estudo realizado com estudantes adolescentes não institucionalizados, concluiu que não se verificavam diferenças significativas na sua qualidade de vida independentemente da frequência do ensino público ou do ensino privado. Atentemos, no entanto, ao estudo de Tuesca-Molina, Romero, Salgado, Delgado & López (2008) os quais, recorrendo a uma amostra de 845 estudantes de escolas públicas e privadas, concluíram que se verificam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de função física e função social, sendo os alunos de escolas privadas os que apresentavam valor de média mais elevado.

3.5. Análise da percepção da qualidade de vida em função do tempo de acolhimento

Com vista ao teste da Hipótese 5 compararam-se as diversas variáveis da qualidade de vida em função da variável recodificada do tempo de acolhimento, no sentido de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois níveis desta última variável, já referenciados na secção de operacionalização das mesmas.

Tabela 23

Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do tempo de acolhimento (meses) em instituição

Variável	N	Min.	Máx.	M	DP
Bem-estar físico					
0 – 12	8	8	16	11	3.07
+ 12	16	4	13	9.93	2.4
Bem-estar emocional					
0 – 12	8	8	16	10.12	2.94
+ 12	16	7	12	8.68	1.53
Autoestima					
0 – 12	8	15	20	17.37	1.59
+ 12	16	6	20	15.12	3.84
Amigos					
0 – 12	8	15	20	16.75	1.58
+ 12	16	8	16	13.75	2.54
Escola					
0 – 12	8	13	18	15.25	1.75
+ 12	16	6	20	14.68	3.77
Score global					
0 – 12	8	65	75	70.5	3.7
+ 12	16	43	75	62.18	8.75

De acordo com a Tabela 23, as crianças institucionalizadas há menos de 12 meses apresentam o valor médio mais elevado na dimensão da autoestima ($17.37 \pm$

1.59) e o mais baixo é apresentado pelas crianças institucionalizadas há mais de 12 meses na dimensão bem-estar emocional (8.68 ± 1.53). No entanto, tal não invalida que estas últimas não percecionem a sua qualidade de vida como satisfatória. Vejamos o exemplo das dimensões autoestima (15.12 ± 3.84), escola (14.68 ± 3.77) e amigos (13.75 ± 2.54) em que, apesar dos valores médios decaírem, continuam a ser superiores ao valor de zona central e, no caso das duas primeiras dimensões referidas, elevados. Relativamente às dimensões bem-estar físico e bem-estar emocional, percebemos que também aqui o valor médio diminui com o aumento do tempo de institucionalização. No entanto, estes valores situam-se abaixo do valor de zona central mesmo para as crianças acolhidas há menos de um ano.

Tabela 24

Resultados do teste de Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função do tempo de acolhimento (meses) em instituição

Variável	N	U	p
Bem-estar físico			
0-12	8		
+ 12	16	53.500	.515
Bem-estar emocional			
0 - 12	8		
+ 12	16	45.000	.229
Autoestima			
0 - 12	8		
+ 12	16	40.500	.145
Amigos			
0 - 12	8		
+ 12	16	21.000	.006
Escola			
0 - 12	8		
+ 12	16	63.000	.951
Score global			
0 - 12	8		
+ 12	16	22.000	.010

Os resultados (Tabela 24) permitem concluir que existem diferenças significativas na qualidade de vida das crianças institucionalizadas em função do tempo de acolhimento (confirmando-se H5). Mais concretamente registam-se diferenças significativas nas dimensões amigos ($U=21.000$; $p=.006$) e score global ($U=22.000$; $p=.010$), sendo que esta última é a que nos permite obter uma visão global acerca da perceção da amostra sobre a sua qualidade de vida. Analisando os valores de média aritméticos e posicionais concluímos que as crianças acolhidas há mais de 12 meses apresentam valores inferiores, comparativamente com as que estão institucionalizadas há menos tempo, para todas as dimensões. Deste modo, percebe-se que a institucionalização prolongada afeta significativamente a qualidade de vida das crianças em geral, e especificamente as suas relações com os amigos, percecionando estas crianças possuírem menos brincadeiras com o grupo de pares, sentirem-se diferentes destes e como menos aceites e queridos por eles e, ainda, com relações mais conflituosas, em comparação com as crianças acolhidas há menos de um ano. No entanto, olhando para as médias aritméticas das dimensões amigos (13.75 ± 2.54) e score global (62.18 ± 8.75), percebemos que, apesar da sua qualidade de vida no geral e especificamente a qualidade de vida no que respeita às relações sociais decair com o aumento do tempo de institucionalização, a sua perceção acerca da mesma continua a ser positiva, dado que os valores médios apresentados se situam acima dos valores de zona central do número de pontos possíveis. Mendes (2011) estudou igualmente de que forma a duração do acolhimento poderia influenciar a qualidade de vida, tendo encontrado correlação negativa significativa apenas para a dimensão saúde e atividade física. Já a investigação de Jacoto (2014) não encontrou existência de correlação entre a duração do acolhimento e a qualidade de vida, em nenhuma das suas dimensões.

3.6. Análise da perceção da qualidade de vida em função do motivo de institucionalização

A fim de se testar a Hipótese 6 procedemos à comparação das diversas dimensões da qualidade de vida em função da negligência e da exposição a comportamentos desviantes, por serem as únicas problemáticas em estudo que apresentam valores de N razoáveis e por constituírem as duas principais causas de maus-tratos diagnosticadas em Portugal pelas CPCJ's (Alvarez & Costa, 2015).

Tabela 25

Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da problemática da negligência

Variável	N	Min.	Máx.	M	DP
Bem-estar físico					
Sim	20	4	16	10.3	2.71
Não	4	7	13	10.25	2.5
Bem-estar emocional					
Sim	20	7	13	8.85	1.66
Não	4	7	16	10.75	3.77
Autoestima					
Sim	20	6	20	16	3.64
Não	4	13	18	15.25	2.06
Amigos					
Sim	20	8	20	14.5	2.78
Não	4	14	18	16	1.63
Escola					
Sim	20	6	20	14.65	3.34
Não	4	13	18	16	2.44
Score global					
Sim	20	43	75	64.3	8.65
Não	4	61	75	68.25	6.8

As crianças vítimas de negligência (Tabela 25) apresentam o valor médio mais elevado na dimensão da autoestima (16 ± 3.64). Tal contraria a literatura, sendo que Martins (s.d.), num estudo sobre o impacto da negligência parental na autoestima de crianças e jovens, verificou que as que experienciaram negligência apresentam valores mais baixos nesta dimensão. Também Milevsky e colaboradores (2006, cit. por Conceição, 2012) num estudo sobre estilos parentais observaram que o estilo negligente se encontrava maioritariamente associado a baixa autoestima, depressão e menor satisfação com a vida, em relação aos outros estilos parentais. No entanto, o instrumento utilizado no nosso estudo reportava-se à semana anterior, sendo que as crianças já não se encontravam em contexto negligente, expostas a várias privações, e sim em regime de acolhimento residencial, cuja ação se deve reger pela promoção do desenvolvimento integral do menor, pela reparação das vivências de separação e maus-tratos e ainda pela fomentação da autonomia e autoestima, através da vivência de

situações positivas ao nível relacional, cultural e educativo, entre outros (Conselho Nacional de Assistência Social, 2008).

Também as crianças que não sofreram negligência apresentam valor médio mais elevado nas dimensões amigos (16 ± 1.63) e escola (16 ± 2.44). Por sua vez, o valor mais baixo é apresentado pelas crianças negligenciadas na dimensão bem-estar emocional (8.85 ± 1.66). As dimensões bem-estar físico e bem-estar emocional apresentam valor de média aritmética inferior ao valor de zona central, revelando que as crianças e jovens vítimas de negligência percebem a sua qualidade de vida nestes domínios como negativas. DePanfilis (2006, cit. por Mochi & Rosa, 2014) referem que a negligência por norma afeta a saúde e o desenvolvimento físico assim como o desenvolvimento emocional e psicológico. Por exemplo, a criança, ao ser malnutrida, vai sofrer repercussões ao nível do desenvolvimento do cérebro, o que afeta as suas capacidades, sendo que a falta de ferro no organismo também é responsável por provocar problemas de ansiedade e depressão.

Na variável score global os valores de média continuam a ser superiores ao valor de zona central (que no caso do score global é de 60), embora não vão muito para além deste. De uma forma geral, o que se verifica é que os jovens que não foram sujeitos a negligência possuem valor de média aritmética superior. Também Ribeiro (s.d.), num estudo realizado com 30 crianças institucionalizadas, verificou que estas apresentam, em média, um nível de desenvolvimento geral inferior ao valor médio das crianças não institucionalizadas.

De seguida, e devido à discrepância de N's verificada (N=20 vs. N=4), procedemos à realização do teste de Mann-Whitney, para análise de eventuais diferenças estatisticamente significativas entre as médias (Tabela 26).

Apesar do grupo de crianças não negligenciadas apresentar valores de média aritmética e posicional superiores ao das crianças negligenciadas (Tabela 26), à exceção das dimensões bem-estar físico e autoestima, as diferenças não são significativas para nenhuma das dimensões da qualidade de vida.

Tabela 26

Resultados do teste de Mann-Whitney para as dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da problemática da negligência

Variável	N	U	p
Bem-estar físico			
Sim	20		
Não	4	39.500	.969
Bem-estar emocional			
Sim	20		
Não	4	27.500	.316
Autoestima			
Sim	20	29.000	.388
Não	4		
Amigos			
Sim	20		
Não	4	27.000	.289
Escola			
Sim	20		
Não	4	31.000	.481
Score global			
Sim	20		
Não	4	32.000	.534

Uma vez analisada a influência da negligência, procedemos à comparação das diversas dimensões da qualidade de vida em função da exposição a comportamentos desviantes (Tabela 27).

As crianças que não foram expostas a comportamentos desviantes, apresentam o valor médio mais elevado na dimensão da autoestima (17 ± 2.58). Já o valor médio mais baixo é apresentado pelas crianças expostas a comportamentos desviantes na dimensão bem-estar emocional (8.81 ± 1.72).

À exceção da dimensão bem-estar físico, o grupo das crianças que não foram expostas a comportamentos desviantes apresenta média aritmética superior ao grupo das crianças que o foram. Os resultados na dimensão do bem-estar físico podem ser explicados porque o grupo de crianças não expostas a comportamentos desviantes por

parte dos pais/mães ou cuidadores engloba crianças que sofreram algum tipo dos restantes maus-tratos, tal como abandono, abuso sexual e mau-trato físico, entre outros.

Tabela 27

Estatística descritiva das dimensões bem-estar físico, bem-estar emocional, autoestima, amigos, escola e score global, em função da exposição a comportamentos desviantes

Variável	N	Min.	Máx.	M	DP
Bem-estar físico					
Sim	11	8	16	10.9	2.58
Não	13	4	13	9.76	2.65
Bem-estar emocional					
Sim	11	7	13	8.81	1.72
Não	13	7	16	9.46	2.5
Autoestima					
Sim	11	6	20	14.54	3.88
Não	13	11	20	17	2.58
Amigos					
Sim	11	8	17	14.27	3.06
Não	13	12	20	15.15	2.3
Escola					
Sim	11	6	20	13.81	3.89
Não	13	12	20	15.76	2.27
Score global					
Sim	11	43	75	62.36	10.64
Não	13	56	75	67.15	5.36

Mais uma vez, verifica-se a tendência para as dimensões bem-estar físico e bem-estar emocional apresentarem valores médios inferiores ao valor da zona central. Nas restantes dimensões, verificamos que todos os valores médios se situam acima do valor de zona central, inclusive a dimensão da autoestima, revelando que o grupo das crianças expostas a comportamentos desviantes percebe a sua qualidade de vida como satisfatória a estes níveis. Szyndrowski (1999, cit. por Milani & Loureiro, 2009) refere que crianças expostas a situações de violência interparental apresentam problemas de agressividade, medo intenso, baixa autoestima, desconfiança nas relações íntimas, medo do futuro, problemas ao nível psicossomático e problemas relativos à autoridade. No nosso estudo, tal só se manifesta ao nível do medo e dos problemas psicossomáticos, que integram as dimensões bem-estar emocional e físico.

Brancalhone, Fogo e Williams (2004, cit. por Milani & Loureiro, 2009) estudaram a relação entre a exposição de crianças à violência parental e o seu desempenho académico, não tendo verificado diferenças significativas nesta última dimensão, entre crianças expostas a este comportamento de risco e as que não o foram, confirmando assim os resultados do nosso estudo.

Relativamente à exposição de crianças e adolescentes a situações de alcoolismo na família, Oliveira (2009, cit. por Silva & Luz, 2016) refere que estas podem sofrer perturbações ao nível do seu desenvolvimento psíquico, ao nível do bem-estar emocional e ao nível social. Também West (1987) e Seilhamer (1990, cit. por Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005) abordam o facto de crianças expostas ao alcoolismo dos pais/mães apresentarem maior probabilidade de sofrerem ansiedade, depressão e problemas de comportamento.

No que concerne aos efeitos manifestados por crianças filhas de pais/mães toxicodependentes, verifica-se que estas apresentam frequentemente problemas de isolamento, ansiedade e depressão (Brook, Tseng, & Cohen, 1996; Moss, Clark & Kirisci, 1997; Stewart, Kelley, Fincham, Golden, & Logsdon, 2004; cit. por Muchata & Martins, 2010). Almeida (1998) efetuou um estudo com filhos de pais/mães toxicodependentes onde se evidenciam problemas de aprendizagem, alterações de humor e queixas psicossomáticas apresentados por estas crianças. Negrão e Seabra (2007, cit. por Muchata & Martins, 2010) destacam, por sua vez, problemas ao nível do desenvolvimento, nomeadamente dificuldades escolares, algo que contraria os resultados do nosso estudo.

Tabela 28

Resultados do teste de Mann-Whitney para as dimensões bem-estar emocional, amigos e score global, em função da exposição a comportamentos desviantes

Variável	N	U	p
Bem-estar emocional			
Sim	11	63.000	.610
Não	13		
Amigos			
Sim	11	68.000	.831
Não	13		
Score global			
Sim	11	56.000	.368
Não	13		

Tabela 29

Resultados do teste t-Student para as dimensões bem-estar físico, autoestima e escola, em função da exposição a comportamentos desviantes

Variável	t	gl	p
Bem-estar físico			
Sim			
Não	1.061	22	.300
Autoestima			
Sim			
Não	-1.850	22	.078
Escola			
Sim			
Não	-1.527	22	.141

Constata-se que não existem diferenças significativas entre as médias das diversas dimensões da qualidade de vida para o grupo das crianças expostas a comportamentos desviantes e o das que não o foram, rejeitando-se H6.

Desta forma, os resultados alcançados quer para a negligência quer para a exposição a comportamentos desviantes, vão ao encontro dos resultados do estudo de Mortágua (2010).

No entanto, na análise da influência de todas as variáveis anteriormente expostas sobre as dimensões da qualidade de vida e a comparação entre crianças institucionalizadas e não institucionalizadas, existe um constructo que precisamos de ter em consideração, denominado autoconceito. Este último consiste num conjunto de crenças e autopercepções, construídas ao longo do desenvolvimento da criança e modeladas pelas relações interpessoais que esta estabelece nos mais diversos sistemas, que engloba atitudes e sentimentos relativamente às suas capacidades e integração/aceitação social, que consequentemente influenciam o comportamento do indivíduo (Chapman, 1988; Oliveira, 2000; cit. por Milani & Loureiro, 2009). Uma avaliação positiva do autoconceito da criança vítima de maus-tratos ou exposta a comportamentos desviantes pode refletir imaturidade cognitiva para avaliar as suas reais capacidades e desempenho (Gresham, Lane, Mac Millan, Bocian, & Ward, 2000, cit. por Milani & Loureiro, 2009). No entanto, é esta avaliação do seu autoconceito que define a forma como a criança se adapta e reage a situações adversas, sendo que, se

este autoconceito for positivo, as respostas positivas a essas mesmas situações são favorecidas, minimizando assim o impacto do fator de risco (Milani & Loureiro, 2009). Esta constitui assim mais uma hipótese explicativa de, de uma forma geral, as crianças institucionalizadas não percecionarem a sua qualidade de vida de forma diferente das crianças não institucionalizadas, apesar das situações de risco e perigo que vivenciaram.

CONCLUSÃO

O estudo da qualidade de vida tem vindo a ser descrito na literatura como uma área de grande interesse devido à influência que exerce sobre o desenvolvimento e a vida quotidiana do indivíduo. O estudo da qualidade de vida aplicado às crianças e principalmente às crianças acolhidas em instituição revela-se ainda mais importante, não só porque são crianças que já foram vítimas de algum tipo de mau-trato e, portanto, é de todo o interesse analisar de que forma a sua vida pode ser melhorada, mas igualmente devido ao facto da bibliografia existente apresentar resultados contraditórios, necessitando assim este tema de ser aprofundado.

Salientamos a importância do bem-estar físico, de um ambiente afetivo seguro e equilibrado que promova bem-estar emocional, das relações interpessoais e da relação que estabelece com o ambiente que o circunda, nomeadamente no meio escolar, como fatores que influenciam a avaliação do indivíduo sobre a sua própria qualidade de vida.

Os resultados mostram que, analisando a qualidade de vida entre crianças e jovens institucionalizados e crianças e jovens não institucionalizados, apenas existem diferenças significativas na dimensão do bem-estar físico, sendo que são os menores acolhidos em instituição quem apresenta melhores valores. Tal pode dever-se ao acesso e ganho de recursos e cuidados de que até então na sua família estavam privados. No seio das crianças institucionalizadas, verificam-se ainda diferenças significativas nas dimensões amigos e score global, quando comparada a qualidade de vida em função do tempo de acolhimento, sendo que a qualidade de vida decai a partir dos 12 meses de institucionalização. Tal pode estar relacionado com a importância que o grupo de pares adquire nesta faixa etária e com a possível estigmatização e preconceito das crianças não institucionalizadas, em meio escolar, em relação às crianças institucionalizadas, fazendo com que estas se sintam diferentes, excluídas das brincadeiras e com piores relações com os grupos de pares.

Ao longo de todas as análises realizadas, foi possível verificar que, apesar de não existirem diferenças significativas entre os grupos, as dimensões bem-estar físico e bem-estar emocional apresentavam valores inferiores ao valor de zona central, o que se pode dever à abrangência dos termos das questões colocadas, à adolescência ser caracterizada por ser um período instável com alterações biopsicossociais, ao facto de muitas crianças estarem em processo de adoção e, por isso, privadas de contacto com a família de origem. Por último, podemos ainda estabelecer ligação com a falta de

atenção individualizada, devido ao grande número de crianças acolhidas e à falta de profissionais em número suficiente que permitam que cada criança perceba alguém como figura de referência materna/paterna, algo que precisa de ser alterado através de políticas sociais, reduzindo o número máximo de capacidade deste tipo de instituições.

Não obstante, pela observação dos resultados alcançados nas dimensões autoestima, amigos, escola e score global, em que não só não se verificam diferenças estatisticamente significativas como todos os valores de média se encontram acima do valor de zona central, temos de realçar o excelente trabalho desenvolvido pelas instituições em estudo na promoção das capacidades e autoestima de cada criança, nas redes sociais e acesso a serviços que lhes garantem e pelo apoio ao nível escolar que prestam, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade de vida destas, apesar do passado de maus-tratos que possuem, promovendo a formação de adultos saudáveis e equilibrados. Este é aliás, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), objetivo da intervenção social, ou seja, satisfazer necessidades humanas e desenvolver o potencial e os recursos de cada indivíduo, almejando mudanças sociais, dedicando-se à promoção de uma cidadania eficaz e à justiça pessoal. São os profissionais desta área social os responsáveis pela mediação das relações criança/técnicos da instituição, principalmente no momento em que esta é acolhida, bem como das interações criança-serviços/recursos da comunidade e criança-família, promovendo junto das famílias a responsabilização face à criança, a consciencialização dos seus direitos e a necessidade de mudança de atitudes e hábitos que a coloquem em perigo, avaliando a pertinência do regresso de cada criança ao seio familiar (ONU, 1999). Neste sentido, verifica-se que os profissionais da área social constituem peça chave na prossecução dos direitos e qualidade de vida da criança, principalmente se esta se encontra acolhida e longe daquilo que é o seu meio natural, contribuindo o presente estudo igualmente para alertar para a necessidade de integração de um maior número de profissionais desta área, não só pelas razões agora expostas, mas igualmente porque possibilitaria um olhar mais individualizado e atento a cada criança, dado que as características da situação de cada uma e as suas necessidades diferem bastante, ajudando a viabilizar os projetos de vida definidos, diminuindo o tempo de acolhimento.

Ao longo do trabalho foi possível encontrar algumas limitações do presente estudo, nomeadamente no tamanho reduzido da amostra (proveniente apenas de uma

zona do país) o que pode impossibilitar a generalização dos resultados à população portuguesa.

Outra limitação está relacionada com o instrumento utilizado, que avalia essencialmente a qualidade de vida subjetiva, pois apenas indica a forma como a criança se percebe nas suas diferentes dimensões, sem recorrer a medições objetivas, ou seja, mede apenas a avaliação psicológica que cada criança faz acerca da sua qualidade de vida. Estudos posteriores deverão assim incluir instrumentos de qualidade de vida subjetiva e objetiva. A janela temporal do instrumento também configura outra limitação, na medida em que apenas se refere à passada semana. Sendo que a maior parte destes jovens já estão institucionalizados há muito tempo e a receber cuidados apropriados, tal não permite verificar até que ponto os maus-tratos influenciam ou não a qualidade de vida destas crianças.

Por último, podemos referir a hipótese de enviesamento dos dados devido à impossibilidade de isolamento da problemática sofrida por cada criança, dado que, na sua maioria, sofreram maus-tratos cumulativos, nomeadamente abandono, abuso sexual, maus-tratos físicos e psicológicos, negligência e exposição a comportamentos de risco, não sendo possível determinar a influência de cada problemática isolada na qualidade de vida destas.

Ainda assim, pensamos que o nosso objetivo de explorar a qualidade de vida em crianças e jovens institucionalizados e não institucionalizados, poderá permitir acrescentar contributos que, em última instância, promovam a reflexão sobre as práticas no que se refere à intervenção social junto de crianças e jovens em risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alberto, I. (2002). Como pássaros em gaiolas? Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords.), *Violência e Vítimas de Crime*, Vol.II: Crianças (pp. 223-244). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, M. C. T. (1998). Filhos de peixe...O medo e o mar – os filhos dos toxicodependentes ou o trabalho com crianças em risco. *Revista Toxicodependências*, 4(1), 41-50.
- Andrade, L. B. P. (2010). Tecendo os fios da infância. In L. B. P. Andrade (Ed.), *Educação infantil: Discurso, legislação e práticas institucionais* (pp. 46-77). São Paulo: Editora UNESP.
- Ariès, P. (1988). *A criança e a vida familiar no antigo regime* Lisboa: Relógio D'água.
- Azevedo, M. C., & Maia, A. C. (2006). *Maus-tratos à criança*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Barbosa, A. A., & Magalhães, M. G. S. D. (2008). A concepção de infância na visão Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais, História e Relações Internacionais*, 1(1), 1-8.
- Battistella, L. R. & Brito, C. M. M. (2002). Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*, 9(2), 98-101.
- Bolieiro, H., & Guerra, P. (2009). *A criança e a família – uma questão de Direito(s). Visão prática dos principais institutos do Direito da Família e das crianças e jovens*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Canavarro, M. C. & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canhão, A. M. (2007). *Modelo Ecológico de Avaliação e Intervenção nas Situações de Risco e de Perigo para a Infância*. Obtido de http://www.seg-social.pt/documents/10152/63350/revista_pretextos_28

- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco. (2016). *Conceito de Risco/Perigo*. Obtido de <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?13.02>
- Conceição, L. S. L. (2012). *Estilos educativos parentais (EMBU-A), sintomatologia depressiva/ansiosa, stress e autoestima, numa amostra de adolescentes* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Conselho Nacional de Assistência Social. (2008). *Orientações técnicas para os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes*. Obtido de http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/download/CONANDA_orientacoesTecnicasServicosAcolhimentos.pdf
- Cordeiro, M. (2015). *Crianças e famílias num Portugal em mudança*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Davidson-Arad, B., Englechin-Segal, D. & Wozner, Y. (2003). Short-term follow-up of children at risk: comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Child Abuse & Neglect – The International Journal*, 27(7), 733-750.
- Davidson-Arad, B. (2005). Fifteen-month follow-up of children at risk: Comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Children and Youth Services Review*, 27(1), 1-20.
- Decreto-Lei nº 189/91, de 17 de maio – Regula a criação, competência e funcionamento das comissões de proteção de menores. Obtido de http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=1264&m=PDF
- Dell’Aglia, D. D. & Siqueira, A. C. (2010). Preditores de satisfação de vida de jovens em situação de vulnerabilidade no sul do Brasil. *Psicologia, Cultura y Sociedad*, 10(1), 213-230.
- Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office. (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. Obtido de <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publiabions/eOrderingDownload/Framework%20for%20the%20assessment%20of%20children%20in%20need%20and%20their%20families.pdf>

- Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwivy-q83fTLAhXLWBQKHVvZAXsQFggrMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Facao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco%2Fficheiros-externos%2Fdoc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx&usg=AFQjCNFjVcxuQx50DMMYihGYimfhf8FnXw&sig2=uiSada-8NzliizFWBitrzg
- Direcção-Geral da Saúde. (2014). *Ação de saúde para crianças e jovens em risco*. Obtido de <http://www.dgs.pt/acao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-acao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/relatorios.aspx>
- Ferreira, P. L., Almeida, M., Pisco, M. & Cavalheiro, L. (2006). Qualidade de vida de crianças e adolescentes. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do KINDL. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37(4), 125-144.
- Ferreira, A. I. C. (2013). *Perceção da qualidade de vida – um estudo sobre a perceção de crianças e jovens em lares de infância e juventude* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Fundação Pro Dignitate (2012). *Declaração dos direitos da criança*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Garcia, M. M., & Rio, J. M. C. (2015). *Código Penal – Parte geral e especial com notas e comentários*. Coimbra: Edições Almedina.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro J. L. P., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2). Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005
- Gaspar, T. & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes-versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN 52*. Lisboa: Aventura Social e Saúde.
- Gomes-Pedro, J. (2004). O que é ser criança? Da genética ao comportamento. *Análise Psicológica*, 1(XXII), 33-42.

- Gomes, I. (2010). *Acreditar no futuro*. Alfragide: Texto Editores.
- Hecht, B. & Silva, R. F. P. (2009). *Crianças institucionalizadas: a construção psíquica a partir da privação do vínculo materno*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Jacoto, L. R. R. (2014). *Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Leal, Z. F. R. G., Facci, M.G. D. & Souza, M. P. R. (2014). *Adolescência em foco: contribuições para a psicologia e para a educação*. Maringá: EDUEM.
- Lei n.º 4/2015, de 15 de janeiro – Lei Tutelar Educativa. Obtido de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=542&tabela=leis&o_miolo=
- Lei n.º 142/2015, de 08 de setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Obtido de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=545&tabela=leis&o_miolo=
- Machado, C., & Gonçalves, R. A. (2003). *Violência e vítimas de crimes* (Vol. 2 – Crianças). Coimbra: Quarteto Editora.
- Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais*. Coimbra: Quarteto.
- Magalhães, T. (2010). *Abuso de crianças e jovens: da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel.
- Martins, A. (s.d.). Construção de si em contextos familiares negligentes. In A. T. Almeida *et al.* (Eds.), *Atas do I Congresso internacional intervenção com crianças, jovens e famílias* (p. 6). Universidade do Minho: Braga.
- Martins, P. C. M. (2002). *Maus-tratos a crianças. O perfil de um problema*. Braga: Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho.
- Martins, P. C. M. (2005, setembro). A qualidade dos serviços de proteção às crianças e jovens – as respostas institucionais. Comunicação apresentada no *VI Encontro*

Cidade Solidária: Crianças em risco: será possível converter o risco em oportunidade?, Lisboa.

- Martins, D. I. B. (2012). *Depressão e satisfação de vida em crianças e adolescentes institucionalizados e não-Institucionalizados: estudo comparativo* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Bragança.
- Mendes, E. A. S. (2011). *Redes sociais pessoais e percepção da qualidade de vida das crianças e jovens institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Mendes, T. & Sani, A. (2014). As representações de crianças expostas à violência interparental acerca das figuras parentais – relacionamentos, práticas parentais e cuidados. In M. M. Calheiros & M. V. Garrido (Eds.), *Crianças em Risco e perigo – contextos, investigação e intervenção* (pp. 149-166). Lisboa: Edições Sílabo.
- Milani, R. G. & Loureiro, S. R. (2009). Crianças em risco psicossocial associado à violência doméstica: o desempenho escolar e o autoconceito como condições de proteção. *Estudos de Psicologia*, 14(3), pp. 191-198.
- Mochi, T. F. G. & Rosa, L. C. B. (2014). *Crianças e adolescentes negligenciados no âmbito familiar: uma violação ao princípio da paternidade responsável*. Obtido de <http://www.editoraclassica.com.br/novo/ebooksconteudo/Direito%20de%20Familia.pdf>
- Mortágua, A. A. P. (2011). *A percepção da qualidade de vida da criança / adolescente em contexto de acolhimento temporário* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Mota, C., & Matos, P. (2010). Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrolo. *Análise Psicológica*, 2, 245-254.
- Muchata, T. & Martins, C. (2010). Impacto da toxicod dependência na parentalidade e saúde mental dos filhos - Uma revisão bibliográfica. *Revista toxicod dependências*, 16(1), 47-56.

- Nações Unidas. (1959). *Declaração dos Direitos da Criança*. Obtido de http://www.hff.min-saude.pt/media/content/Declaracao_dos_Direitos_da_Crianca.doc.pdf
- Nascimento, C. T., Brancher, V. R. & Oliveira, V. F. (2008). A construção social do conceito de infância: uma tentativa de reconstrução historiográfica. *Linhas*, 9(1), 4-18.
- Oliveira, V. H. P. (2014). *Bem-estar e qualidade de vida de crianças em contextos de pobreza* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Pedro, J. J. B. (2009). *Parceiros no cuidar: a perspetiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Portugal (2000). *Constituição da República Portuguesa*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Ramião, T. A. (2014). *Lei de proteção de crianças e jovens em perigo – anotada e comentada*. Lisboa: Quid Juris.
- Ribeiro, T. (s.d.). Consequência da negligência no desenvolvimento intelectual em crianças em idade escolar. In A. T. Almeida *et al.* (Eds.), *Atas do I Congresso internacional intervenção com crianças, jovens e famílias* (pp. 6-7). Universidade do Minho: Braga.
- Serrano, A. M. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Silva, L. F. (2001). *Acção Social na Área da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, V. X. & Luz, H. H. V. (2016). *As implicações do alcoolismo na vida social e familiar do indivíduo dependente*. Obtido de <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Volnei-Xavier-da-Silva.pdf>
- Simeão, S. F. A. P., Minatel, F., Vitta, A., Gatti, M. A. N., Conti, M. A. S., Marta, S. N. & Saes, S. O. (2012). Qualidade de vida de estudantes do ensino médio. *Salsuvita*, 31(2), 153-168. Obtido de http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v31_n2_2012_art_06.pdf

- Soares, A. H. R., Martins, A. J., Lopes, M. C. B., Britto, J. A. A., Oliveira, C. Q. & Moreira, M. C. N. (2011). Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciências e saúde coletiva*, 16(7), 3197-3206.
- Soares, J. (2012). *As funções socioeducativas do diretor técnico do LIJ da Casa de Trabalho* (Relatório Reflexivo de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Sousa, L. (2005). *Famílias multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto.
- Sousa, T. S. (2013). *Os filhos do silêncio: crianças e jovens expostos à violência conjugal – um estudo de casos* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Teixeira, P. (2008). *Maus tratos infantis*. Rio Tinto: ArtEscrita.
- Tuesca-Molina, R., Romero, H. C., Salgado, M. O., Delgado, N. G. & López, J. L. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 24(1), 53-63.
- Unicef (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Obtido de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL – Measuring quality of life*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2016a). *Adolescent development*. Obtido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/
- World Health Organization (2016b). *Health*. Obtido de <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
- World Health Organization (2016c). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Obtido de http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
- Zanoti-Jeronymo, D. V. & Carvalho, A. M. P. (2005). Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 1(2), 1-15.

Zurita, J., & Fernández del Valle, J. (1996). Recursos residenciales para menores. In J. Ochotorena & M. I. Madariaga (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp.393-445). Barcelona: Masson.

Anexos

Anexo A – Cronograma do projeto

	Set	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Março	Abril	Mai	Jun.
1		■								
2		■	■	■						
3		■	■	■	■	■	■	■	■	■
4						■	■	■		
5						■	■	■	■	■
6				■	■	■	■	■		
7					■	■	■			
8					■	■	■	■	■	
9									■	■
10										■
11										■

Legenda:

- 1 – Definição do tema e do plano de investigação, seleccionando o instrumento a utilizar;
- 2 – Pedido e obtenção de autorização de utilização do instrumento ao e pelo autor;
- 3 - Pesquisa bibliográfica;
- 4 - Definição da estrutura do projeto;
- 5 – Fundamentação teórica;
- 6 – Contacto com instituições de acolhimento residencial e com a rede de contactos pessoais para recolha de dados;
- 7 - Pedido de prorrogação do prazo de entrega do projeto
- 8 – Recolha de dados;
- 9 – Tratamento de dados;
- 10 – Análise dos resultados;
- 11 - Entrega do projeto;

Anexo B – Questionário para crianças Kid-KINDL, versão portuguesa, (Ferreira, et al., 2006), 8-12 anos

Questionário para Crianças



Ola!

Gostávamos de saber como tens andado na última semana, por isso pensamos numas perguntas que gostávamos que respondesses.

- > Lê cada pergunta com atenção.
- > Pensa como te têm corrido as coisas na última semana.
- > Escolhe a resposta que melhor se adequa e põe um cruz no quadrado que está por baixo.

Não há respostas certas ou erradas. O que tu pensas é que interessa.

Por exemplo: ✍	nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre
Na última semana apeteceu-me comer um gelado				✕	

Data do preenchimento: ___/___/___ (dia, mês, ano)

Diz-nos umas coisas sobre ti.

Sou rapariga rapaz

Idade: _____ anos

Quantos irmãos tens? 0 1 2 3 4

5 mais de 5



Que tipo de escola frequentas? _____

Estou no _____º ano.

1. Primeiro que tudo, gostávamos de saber umas coisas sobre a tua saúde física ...

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... senti-me doente					
2. ... tive dores de cabeça ou de barriga					
3. ... andei cansado/a e esgotado/a					
4. ... senti-me forte e cheio/a de energia					

2. ... depois algumas coisas sobre como te tens sentido em geral ...

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... diverti-me e ri-me imenso					
2. ... andei aborrecido/a					
3. ... senti-me só					
4. ... tive medo					

3. ... e o que tens sentido sobre ti próprio.

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... tive orgulho em mim próprio/a					
2. ... senti-me o/a maior					
3. ... senti-me satisfeito/a comigo próprio/a					
4. ... tive muitos de boas ideias					

4. As perguntas seguintes são sobre a tua família ...

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... dei-me bem com os meus pais					
2. ... senti-me bem em casa					
3. ... discutimos em casa					
4. ... os meus pais não me deixaram fazer algumas coisas					

5. ... e depois sobre os teus amigos...

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... brinquei com os meus amigos					
2. ... os outros miúdos gostaram de mim					
3. ... dei-me bem com os meus amigos					
4. ... senti-me diferente das outras crianças					

6. ... Por último, gostávamos de saber qualquer coisa sobre a escola.

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... foi fácil fazer as actividades na escola					
2. ... gostei das aulas					
3. ... andei ansioso/a pelas semanas seguintes					
4. ... tive medo de ter más notas					

7. Estás agora no hospital ou tens alguma doença prolongada?

Sim

responde às 6 perguntas
que se seguem

Não

o questionário está acabado

Na última semana...	nunca ₁	raramente ₂	às vezes ₃	frequentemente ₄	sempre ₅
1. ... andei com medo que a minha doença pudesse piorar					
2. ... andei triste por causa da minha doença					
3. ... consegui lidar bem com a minha doença					
4. ... os meus pais trataram-me como um bebé por causa da minha doença					
5. ... fiz o possível para que os outros não se apercebessem da minha doença					
6. ... atrasei-me na escola por causa da minha doença					

Obrigado por nos ajudares!



Anexo C – Instrumento de registo com questões específicas da história de vida de cada criança institucionalizada

Nº _____

I – Ficha de Caracterização Sociodemográfica

1. Problemáticas que estiveram na origem do acolhimento:

- Abandono
- Abuso Sexual
- Maus tratos físicos
- Maus tratos psicológicos
- Negligência
- Outras situações _____

2. Com quem residia antes do ingresso no Lar?

3. Tempo de permanência na Instituição?

**4. Beneficia de algum tipo de apoio complementar (escolar/psicológico/outro)?
Em caso afirmativo, qual ou quais?**

Anexo D - Pedidos de autorização endereçados aos LIJ's para aplicação dos questionários

Exmo. Sr. Dr. ...
Diretor Técnico do LIJ ...

Chamo-me Diana Raquel Azevedo Gonçalves e sou aluna do Mestrado em Intervenção Psico-social com Crianças e Jovens em Risco da Escola Superior de Educação de Viseu (ESEV). Neste momento encontro-me a realizar o meu projeto final que versa sobre a qualidade de vida em crianças. O referido Projeto Final é orientado pelos Professores Doutores Francisco Mendes e Rosina Fernandes.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª, autorização para aplicação da versão portuguesa do Instrumento KINDL, junto das crianças acolhidas na V. prestigiada Instituição. Trata-se de um questionário acerca da qualidade de vida. No sentido de avallar a viabilidade de recolher dados junto das crianças com o KINDL, junto envio uma cópia do citado Instrumento, que se encontra protegido por direitos de autor, para que V.Exª o possa apreçar. Salienta-se que a subescala relativa à família poderá ser ajustada à situação específica das crianças institucionalizadas ou mesmo retrada do Instrumento.

Comprometo-me a respeitar as regras éticas inerentes a este tipo de estudo/investigação, nomeadamente o anonimato e confidencialidade das respostas obtidas, assim como a ceder uma cópia do trabalho de investigação, caso seja do seu interesse.

Comprometo-me ainda a não explorar junto das crianças o seu passado, salvaguardando assim a privacidade e estabilidade emocional das mesmas.

Gostaria ainda de solicitar uma reunião com V.ª Ex.ª, em data e hora que mais lhe aprouver, no sentido de fornecer informações mais detalhadas sobre os procedimentos de recolha de dados a utilizar e de esclarecer eventuais dúvidas neste âmbito.

Atenciosamente,

Diana Gonçalves

(96x xxx xxx)

Anexo E - Pedido de autorização endereçado ao autor do instrumento para utilização do mesmo



Exmo. Sr. Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira,

Chamo-me Diana Gonçalves e frequento o Mestrado de Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco da Escola Superior de Educação de Viseu (ESEV). Encontro-me, sob orientação da Professora Doutora Rosina Fernandes e do Professor Doutor Francisco Mendes, a desenvolver o Projeto Final do referido mestrado que versa sobre os efeitos da exposição de crianças a diversos tipos de maus-tratos.

É do meu conhecimento que o Senhor Professor é o autor da versão portuguesa do KINDL (versão dos 8-12 anos). Nesse sentido, solicito a V.Ex.^a autorização para aplicar o referido instrumento a uma amostra de aproximadamente 100 crianças.

Em caso afirmativo, garante-se que o referido instrumento apenas será utilizado para fins académicos e que não será divulgado para além dos sujeitos respondentes.

Assume-se, ainda, o respeito pelos princípios éticos e deontológicos que devem orientar qualquer investigador.

Desde já manifesto a disponibilidade para todos os esclarecimentos que V.Ex.^a tenha por convenientes.

Grata pela atenção dispensada até ao momento,

Atenciosamente,

Diana Gonçalves