

Liliana do Rosário Rodrigues Jacoto

**Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes
Institucionalizados**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2014

Liliana do Rosário Rodrigues Jacoto

**Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes
Institucionalizados**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2014

Liliana do Rosário Rodrigues Jacoto

**Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes
Institucionalizados**

Liliana do Rosário Rodrigues Jacoto

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos, para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

Resumo

O acolhimento institucional de crianças e jovens está muitas vezes associado a sentimentos negativos, nomeadamente a experiências traumáticas, de perdas e abandonos. Neste sentido, torna-se fundamental ajudar as crianças a alcançar percursos adaptáveis e positivos, através da promoção de fatores de proteção e resiliência; e do estabelecimento de vínculos seguros, que potenciem uma melhor qualidade de vida.

O presente estudo de caráter observacional teve como principal objetivo analisar a relação entre a qualidade de vida, o tipo de vinculação e a resiliência em adolescentes institucionalizados. Foi estudada uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 109 adolescentes institucionalizados em Lares de Infância e Juventude do distrito de Bragança. Os participantes incluídos neste estudo tinham idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos ($M=14,65$; $DP=1,98$), sendo 56,9% ($n=62$) do sexo feminino e 43,1% ($n=47$) do sexo masculino. Os participantes responderam a um Questionário Sócio-demográfico, ao KIDSCREEN-52, ao Inventário de Vinculação para a Infância e para a Adolescência e à Escala de Resiliência.

Os resultados descritivos sugerem que os adolescentes que participaram neste estudo detêm perceções positivas acerca da sua qualidade de vida em todas as dimensões do KIDSCREEN-52, exceto na dimensão Provocação. Verificou-se a existência de uma correlação significativa entre a qualidade de vida e a idade ($r=-0,21$; $p=0,031$), sendo que os adolescentes mais novos são aqueles que apresentam melhor perceção da qualidade de vida. Constatou-se ainda, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, observando-se que os adolescentes do sexo masculino, apresentam maior qualidade de vida ($t=-2,50$; $p<0,05$). Permitiu-nos também comprovar que a maioria dos adolescentes possui níveis de resiliência moderado/alto com uma percentagem de 39,4% e 17,4% respetivamente, predominando o estilo de vinculação seguro com 61,5%. Verificaram-se ainda, algumas correlações entre qualidade de vida, vinculação, nomeadamente com o estilo seguro ($r=0,564$; $p=0,0001$) e resiliência ($F=215$; $p=0,0001$), sendo que adolescentes com níveis mais altos de resiliência apresentam uma perceção mais positiva da sua qualidade de vida.

Os resultados deste estudo indicam, que o acolhimento institucional pode constituir uma oportunidade de mudança nos jovens acolhidos, contrariando várias perspetivas que focam o impacto negativo dessa condição específica (acolhimento).

Abstract

The institutional care of children and young people is often associated with negative feelings, including traumatic experiences, loss and abandonment. In this sense, it becomes fundamental to help children achieve adaptive and positive pathways through the promotion of protective factors and resilience, and the establishment of secure links, which encourages better living conditions.

This observational study aimed to analyze the relationship between quality of life, the type of binding and the resilience in institutionalized adolescents. A Non-probability convenience sample consisting of 109 adolescents institutionalized in children and youth housing in the district of Bragança was studied. This observational study aimed to analyze the relationship between quality of life, the type of binding and resilience in institutionalized adolescents. The Participants included in this study were aged between 10 and 17 years ($M=14,65$; $SD=1,98$), which of them 56,9% ($n=62$) were female and 43,1% ($n=47$) males. The Participants answered to a Socio-demographic questionnaire, the KIDSCREEN-52, Inventory of Attachment to Childhood and Adolescence, and the Resilience Scale.

The descriptive results suggest that adolescents who participated in this study hold positive perceptions about the quality of life in all dimensions of KIDSCREEN-52, except in Nettle dimension. It was found that there was a significant correlation between the quality of life and age ($r=-0,21$; $p=0,031$), and younger adolescents are those who have better perception of quality of life. It was further observed, the existence of statistically significant differences between the two genders, given the fact that male adolescents had a higher quality of life ($t=-2,50$; $p<0,05$). It also enabled us to demonstrate that most adolescents have levels of moderate/high resilience with a percentage of 39,4% and 17,4% respectively predominating style safe binding 61,5%. There are also some correlations between quality of life, binding, particularly with insurance style ($r=0,564$; $p=0,0001$) and resilience ($F=215$; $p=0,0001$), being that adolescents with higher levels of resilience have a more positive perception of their quality of life.

The results of this study indicate that institutional care can be an opportunity for change in foster youths, contradicting several perspectives that focus on the negative impact of this specific condition (institutionalization).

*Dedico aos meus pais,
José e Fátima*

*Ao meu pai eternamente presente,
por todo o amor, pela lição de vida, pelo
seu saber, força, coragem e perseverança.*

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós,
não nos deixam sós. Deixam um pouco de
si, levam um pouco de nós.”*

(Antoine de Saint-Exupéry, O Príncipezinho)

Agradecimentos

Neste momento gostaria de agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste projeto.

Às minhas figuras de vinculação, pais e irmão, pelo carinho, união e pelo investimento em mim, enquanto ser humano. Por partilharem comigo momentos inesquecíveis de amor, dedicação e apoio. Pelos sorrisos imensos, por todos os valores que me transmitiram e por me ensinarem a percorrer o caminho da vida com perseverança.

Ao meu afilhado, sol da minha vida, pelos sorrisos, manifestações de carinho, por me permitir fazer parte do seu crescimento e pela criança esplendorosa que é.

À minha família e amigos, que ao longo dos anos me têm apoiado com a sua amizade autêntica e a uma pessoa em especial, pelo seu carinho e paciência.

À Professora Doutora Isabel Silva, orientadora desta dissertação, pelo seu apoio neste percurso moroso e cheio de desafios. Pelo seu profissionalismo, disponibilidade e rigor, e por uma excelente transmissão de saberes e conhecimentos.

Aos autores dos questionários utilizados neste estudo: KIDSCREEN, IVIA e Resilience Scale, pela disponibilidade e gentileza com que cederam os instrumentos.

À Fundação Casa de Trabalho, na pessoa do seu Diretor Geral, Sr. Padre José Bento, por todo o crescimento pessoal e profissional que me possibilitou e por me ter incentivado a dar continuidade a este projeto. Pelo apoio que prestou na recolha de dados e pelas valiosas e pertinentes contribuições técnicas no decorrer desta etapa. Um agradecimento à Diretora do LIJ, Flávia Lucas pelas suas qualidades humanas, partilha de saberes, compreensão e motivação facultada. Aos colegas por todas as experiências, especialmente, aos que me apoiaram mais diretamente, nomeadamente, na vertente informática, traduções, recolha de dados e na atenção e simpatia manifestada.

O meu reconhecimento vai ainda para todas as instituições de acolhimento que colaboraram nesta investigação, em particular para os adolescentes, pela generosidade com que partilharam as suas vivências e histórias de vida, e pelo carinho com que me receberam. Agradeço em especial aos educandos da Casa de Trabalho, “pérolas” essenciais da minha aprendizagem constante, que servem de fonte de inspiração aos meus desafios académicos e profissionais, aos quais desejo um percurso feliz e resiliente.

Índice Geral

Resumo	i
Abstract.....	ii
Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	iv
Índice Geral.....	v
Índice de Anexos	viii
Índice de Quadros	ix
Lista de Abreviaturas	xi

Introdução Geral	1
------------------------	---

Risco e Proteção na Infância e Juventude.....	2
1. Menor em Perigo.....	2
2. Maus-Tratos Infantis	3
3. Sistema de Proteção e Educação de Crianças e Jovens.....	5
4. Acolhimento Institucional.....	5
4.1. Traços do Acolhimento em Portugal	5
4.2. Enquadramento Jurídico	6
4.3. Consequências do Acolhimento – argumentos desfavoráveis/ favoráveis.....	7

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo I: Qualidade de Vida	10
1.1. Introdução	10
1.2. Definição de Qualidade de Vida	11
1.3. Medição da Qualidade de Vida	14
1.4. Projeto KIDSCREEN.....	16
1.5. Qualidade de Vida e Adolescentes Institucionalizados	17

Capítulo II: Vinculação.....	21
2.1. Introdução	21
2.2. Definição de Vinculação	21
2.3. Teoria da Vinculação	22
2.4. Desenvolvimento da Vinculação.....	24
2.5. Padrões de Vinculação	25
2.6. Modelos Internos Dinâmicos de Vinculação	27
2.7. Medição da Vinculação	28
2.8. Vinculação e Adolescentes Institucionalizados	30
Capítulo III: Resiliência.....	34
3.1. Introdução	34
3.2. Definição de Resiliência	35
3.3. Perspetiva sobre o Estudo da Resiliência: Modelo Ecológico de Bronfenbrenner	36
3.4. Fatores de Risco versus Fatores de Proteção	38
3.5. Medição da Resiliência	39
3.6. Resiliência e Adolescentes Institucionalizados.....	40
 Parte II - Estudo Empírico	
Capítulo IV: Aspetos Metodológicos	44
4.1. Introdução	44
4.2. Pertinência do Estudo.....	44
4.3. Desenho da Investigação e Objetivos	45
4.4. Método	47
4.4.1. Participantes	47
4.4.2. Material	49
4.4.2.1. Questionário Sócio-Demográfico.....	49
4.4.2.2. KIDSCREEN-52 (Versão para crianças e adolescentes)	50

4.4.2.3. Inventory of Attachment to Childhood and Adolescence (IVIA) – Inventário de Vinculação para a Infância e para a Adolescência (versão auto-avaliação).....	53
4.4.2.4. Resilience Scale (RS)	55
4.5. Procedimento.....	57
Capítulo V: Resultados	60
Capítulo VI: Discussão	85
Conclusão.....	95
Referências.....	99
Anexos	112

Índice de Anexos

Anexo 1- Questionário Sociodemográfico	113
Anexo 2- KIDSCREEN-52	116
Anexo 3- IVIA – Inventário de Vinculação para a Infância e para a Adolescência.....	123
Anexo 4- Resilience Scale (RS)	125
Anexo 5- Pedido de autorização aos autores para a aplicação dos instrumentos.	128
Anexo 6- Pedido de autorização de aplicação dos instrumentos às instituições de acolhimento.....	137
Anexo 7- Declaração de Consentimento Informado - Adolescentes.....	140
Anexo 8- Declaração de Consentimento Informado – Representante Legal.....	142
Anexo 9- Pedido de autorização para a realização de uma investigação no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.....	144
Anexo 10- Parecer da Comissão de Ética sobre o Projeto de Tese apresentado à Universidade Fernando Pessoa	148

Índice de Quadros

Quadro 1. Distribuição dos participantes em função do sexo.....	47
Quadro 2. Idade dos participantes.....	48
Quadro 3. Distribuição dos participantes em função da zona de residência e da sua nacionalidade	48
Quadro 4. Situação Escolar dos participantes.....	49
Quadro 5. Dimensões do KIDSCREEN com os itens pertencentes a cada dimensão e o respetivo Alpha de Cronbach (Adaptado de Gaspar, & Matos, 2008)	53
Quadro 6. Dimensões do IVIA com os itens pertencentes a cada dimensão e o respetivo Alpha de Cronbach (Adaptado de Carvalho, 2007).....	55
Quadro 7. Dimensões da RS com os itens pertencentes a cada dimensão e o respetivo Alpha de Cronbach (Adaptado de Felgueiras, 2008).....	57
Quadro 8. Identificação Familiar	60
Quadro 9. Expetativas acerca de uma profissão no futuro	61
Quadro 10. Distribuição dos participantes em função do gostar de estudar.....	62
Quadro 11. Distribuição dos participantes em função da existência de reprovações	62
Quadro 12. Distribuição dos participantes em função da realização do percurso para a escola	63
Quadro 13. Tempo de permanência na instituição e motivo do acolhimento.....	64
Quadro 14. Vivências e rotinas diárias na instituição.....	65
Quadro 15. Participação em atividades da instituição e do exterior.....	66
Quadro 16. Descritivos das dimensões da qualidade de vida (KIDSCREEN-52) e distribuição dos participantes em função da existência de alguma deficiência, doença ou condição física crónica.....	67
Quadro 17. Correlações entre as variáveis idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade com as subescalas do KIDSCREEN	68
Quadro 18. Diferenças na perceção da qualidade de vida em função do sexo	69
Quadro 19. Diferenças na perceção da qualidade de vida em função da existência de contactos familiares	70
Quadro 20. Diferenças na qualidade de vida, em função do tipo de ensino	71
Quadro 21. Diferenças na qualidade de vida em função de reprovações escolares.....	71
Quadro 22. Correlações entre a qualidade de vida e os estilos de vinculação.....	72

Quadro 23. Diferenças na percepção da qualidade de vida em função dos níveis de resiliência.....	73
Quadro 24. Diferenças nos tipos de vinculação em função dos níveis de resiliência.....	75
Quadro 25. Descritivos das dimensões do IVIA.....	76
Quadro 26. Distribuição dos participantes em função dos estilos de vinculação e do sexo	76
Quadro 27. Descrição da Resiliência na Amostra (N=109).....	77
Quadro 28. Identificação dos Adolescentes em função dos níveis de resiliência e do sexo	77
Quadro 29. Descrição dos fatores da Resilience Scale (RS)	78
Quadro 30. Correlações entre as variáveis idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade com as subescalas do IVIA.....	79
Quadro 31. Diferenças nos tipos de vinculação em função do sexo.....	79
Quadro 32. Diferenças nos tipos de vinculação em função da existência de contactos familiares	80
Quadro 33. Diferenças nos tipos de vinculação em função do tipo de ensino	80
Quadro 34. Diferenças nos tipos de vinculação em função das reprovações escolares..	81
Quadro 35. Correlações entre as variáveis idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade com as subescalas da RS.....	81
Quadro 36. Diferenças nos fatores de resiliência em função do sexo	82
Quadro 37. Diferenças nos fatores de resiliência em função da existência de contactos familiares	83
Quadro 38. Diferenças nos fatores de resiliência em função do tipo de ensino	83
Quadro 39. Diferenças nos fatores de resiliência em função das reprovações escolares	84

Lista de Abreviaturas

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DOM – Desafios, Oportunidades e Mudanças

IVIA – Inventário de Vinculação para a Infância e para a Adolescência

LIJ – Lar de Infância e Juventude

LPCJP – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RS – Resilience Scale

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

Introdução Geral

Apesar do processo evolutivo que as sociedades têm vindo a sofrer na área da infância e juventude, nomeadamente ao nível de estratégias preventivas das situações de perigo/risco, existe em Portugal um excessivo número de crianças e jovens em acolhimento institucional. Para muitas crianças e jovens o acolhimento é a única alternativa que se impõe para travar o risco/perigo, porque as suas famílias não lhe conseguem assegurar temporariamente ou definitivamente condições adequadas ao seu desenvolvimento integral, comprometendo assim, a sua saúde, segurança e bem-estar.

Nos últimos anos tem havido uma mudança de paradigma nas instituições de acolhimento, já que a sua maioria era desprovida de apoio técnico especializado e diferenciado para fazer face às diversas problemáticas. Conscientes das suas fragilidades e constrangimentos e com a qualificação da rede de Lares de Infância e Juventude, algumas instituições de acolhimento, têm promovido alterações na sua organização e funcionamento, apostando na qualidade dos serviços prestados, procurando responder às necessidades e interesses das crianças e jovens acolhidas, proporcionando-lhes um ambiente de tipo familiar e personalizado.

O presente estudo tem como objetivo principal analisar a relação entre a qualidade de vida, o tipo de vinculação e a resiliência em adolescentes institucionalizados.

A escolha deste tema prende-se com uma curiosidade e motivação pessoal em estudar esta temática, resulta de várias questões conceptuais e metodológicas que surgiram a partir de leituras sobre os conceitos de qualidade de vida, vinculação e resiliência, bem como, do contacto diário com este tipo de população, em contexto profissional. Ou seja, o ponto de partida desta investigação resulta do interesse em compreender como os adolescentes institucionalizados percecionam a sua qualidade de vida; como é que após vivenciarem experiências altamente traumáticas, conseguem superá-las, traçando percursos positivos e adaptáveis; saber se o tipo de vinculação de cada adolescente o torna mais ou menos resiliente frente às adversidades da vida. Considera-se uma população de interesse, pois a adolescência¹ é, por excelência, uma fase caracterizada por múltiplas transformações e mudanças, e conseqüentemente, por uma maior probabilidade de exposição ao risco.

¹ Adolescência corresponde a um amplo período de transição da vida humana, situado entre a infância e a vida adulta (Sampaio, 1998).

Na introdução desta tese realizamos uma breve referência ao sistema de promoção e proteção da infância e juventude, para melhor compreender as características e problemáticas da população incluída nesta investigação.

Nos capítulos I, II, III efetuamos o enquadramento teórico, onde é contextualizada e sustentada a temática da qualidade de vida, vinculação e resiliência em adolescentes institucionalizados. Procurou-se efetuar uma revisão teórica de investigações nessa área, que relacionassem esses temas e fundamentassem assim, este estudo empírico.

No capítulo IV insere-se o enquadramento metodológico, onde se salienta a pertinência do estudo, desenvolve-se o desenho da investigação e objetivos do estudo, e descreve-se o método adotado, nomeadamente os participantes, materiais utilizados e procedimento, incluindo o protocolo de investigação e procedimento estatístico.

Nos capítulos V e VI respetivamente, são apresentados e analisados os resultados estatísticos subjacentes aos objetivos propostos.

Por fim, no capítulo VII são apresentadas as conclusões alusivas aos principais resultados desta investigação empírica e implicações da mesma, práticas futuras e sugestões ou propostas de intervenção, contemplando ainda, as limitações metodológicas presentes.

Risco e Proteção na Infância e Juventude

1. Menor em Perigo

O interesse pela proteção infantil apareceu no século XIX como consequência da Revolução Industrial. Em 1959 foi aprovada a Declaração dos Direitos da Criança e em 1989 a Convenção dos Direitos da Criança, ratificada por Portugal, em 1990. Neste quadro e tendo em conta a conjuntura sócio-política, no ano de 1999, verificou-se uma nova reforma do direito de menores em Portugal (Magalhães, 2002). Assim, foi redigida a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (lei 147/99, de 1 de Setembro), que só entrou em vigor em 1 de Janeiro de 2001. Veio regulamentar uma nova abordagem à proteção e promoção da criança e jovem em perigo, pois pretende a garantia absoluta dos seus direitos (Ramião, 2010).

Segundo a Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, uma criança em risco é aquela cujo bem-estar está comprometido ou ameaçado, pondo em causa o seu desenvolvimento integral, exigindo a adoção de medidas de promoção e proteção. O perigo resulta da ação ou omissão dos pais ou representante legal, ou de quem detenha a guarda de facto, abrangendo situações diversificadas como o abandono; maus-tratos físicos; maus-tratos psíquicos; abuso sexual; negligência; e exploração ou trabalho infantil (Delgado, 2006).

O conceito de risco relaciona-se grandemente com a noção de maus-tratos infantis, tornando-se assim essencial, realizar uma breve abordagem a este conceito.

2. Maus-Tratos Infantis

Os maus-tratos infantis constituem um motivo de profunda preocupação e têm vindo a ser reconhecidos como um dos maiores problemas sociais da atualidade. Põem em perigo a saúde física e mental das crianças, comprometendo a sua qualidade de vida e bem-estar. Deixam sequelas graves e por vezes irreversíveis, no desenvolvimento integral da criança, tanto na vertente física como psicológica, emocional, cognitiva, comportamental, social e cultural. Desta forma, nas últimas décadas assiste-se a uma crescente investigação sobre este tema (Azevedo, & Maia, 2006).

O conceito de maus-tratos infantis começou a definir-se no início dos anos 60, perante o excesso de número de casos que chegavam aos Hospitais, devido a lesões não acidentais. Contudo, ainda não existe um consenso sobre a sua definição, pois tem vindo a sofrer alterações, especialmente de ordem cultural e devido aos diversos modelos teóricos que se debruçam a interpretar este fenómeno (Azevedo, & Maia, 2006).

Palácios et al., (1998, p.400) definem maus-tratos infantis como “toda a ação ou omissão não acidental que implica ou põe em perigo a segurança dos menores de 18 anos e a satisfação das suas necessidades físicas e psicológicas básicas”.

Segundo Barudy (1998) os maus-tratos infantis podem distinguir-se em ativos e passivos. Os maus-tratos ativos (abuso físico, sexual e psicológico) referem-se a comportamentos que implicam o uso da força física, sexual ou psicológica, que pela sua intensidade e frequência provocam dano. Os maus-tratos passivos (negligência e abandono) implicam qualquer omissão ou insuficiência de cuidados que prejudique o bem-estar da criança/jovem.

Maus-tratos são qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afetos. Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades, afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e (ou) dignidade (Magalhães, 2002, p.33).

Alguns autores consideram existir diferentes tipos de maus-tratos que normalmente ocorrem em simultâneo. Ou seja, os maus-tratos físicos têm consequências psicológicas, bem como, os maus-tratos psicológicos têm consequências físicas, sendo a criança muitas vezes sujeita a experiências repetidas (Figueiredo, 1998). A investigação na área da vitimologia infantil, nomeadamente no que diz respeito à violência interparental, documenta que esta experiência nas crianças tem efeitos negativos, especialmente a nível psicológico. De acordo com uma revisão da literatura realizada por Sani (2012), estas crianças apresentam inúmeros sintomas de internalização, como ansiedade e depressão e problemas de externalização como a desobediência e agressividade, défice no funcionamento cognitivo e na competência social, bem como, grandes probabilidades em desenvolver um diagnóstico de stress pós-traumático ou depressão.

Estudos demonstram, que quando os maus-tratos ocorrem dentro do contexto familiar, envolvendo figuras de vinculação, a vulnerabilidade da criança face à violência, bem como, o impacto negativo da experiência, tende a ser maior (Sani, 2013).

Neste sentido, a prevenção dos maus-tratos constitui uma prioridade, sendo essencial adaptar os programas de prevenção às características individuais de todos os intervenientes (pais, menores e relações familiares), bem como aos tipos de interações e redes sociais (Magalhães, 2004). Uma revisão da literatura efetuada por Sani (2012, 2013), sugere que as intervenções devem ter como principal objetivo prevenir ou cessar a experiência de vitimação, promovendo assim, a segurança da vítima. Para tal, torna-se fundamental reduzir os seus problemas de internalização e externalização, pelo restabelecimento do seu sentimento de segurança, autonomia, capacidade de relacionamento interpessoal e desenvolvimento de competência.

3. Sistema de Proteção e Educação de Crianças e Jovens

O sistema de proteção e educação de crianças e jovens pode dividir-se em dois grupos distintos: as medidas de promoção e proteção – Lei de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99, de 1 de Setembro) e as Medidas Tutelares Educativas – Lei Tutelar Educativa (Lei nº 166/99, de 14 de Setembro) (Delgado, 2006). As medidas de promoção e proteção são executadas em meio natural de vida ou em regime de colocação, consoante a sua natureza, sendo que a sua aplicação é da competência exclusiva das Comissões de Proteção e dos Tribunais (Ramião, 2010). Apenas se dará ênfase às medidas de promoção e proteção, nomeadamente às de colocação (Acolhimento Institucional), pois abrangem os menores em perigo, onde se insere a população alvo do presente estudo.

Segundo o artigo 34º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro:

As medidas de promoção e proteção das crianças e jovens em perigo, visam afastar o perigo em que estes se encontram; proporcionar-lhe as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral; garantir a recuperação física e psicológica de crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso (Ramião, 2010, p.67).

4. Acolhimento Institucional

4.1. Traços do Acolhimento em Portugal

O acolhimento institucional surgiu em Portugal, tal como em muitos países, como uma resposta a situações de pobreza, orfandade, abandono de crianças, comportamentos desviantes e também, para acolher estudantes dos meios rurais com poucos recursos. O primeiro modelo assistencialista surge em 1780, com a fundação da Casa Pia de Lisboa, tendo perdurado no nosso país, por largos anos. As instituições assumiam um papel de beneficência e não de um trabalho social. Com a reforma do sistema de acolhimento de crianças e jovens, fortemente impulsionado pela publicação da Lei 147/99 de 1 de Setembro, assistiu-se a uma necessidade de criar lares reparadores, securizantes e educativos. Ou seja, um modelo familiar, terapêutico e por vezes especializado, que vise

proporcionar às crianças e jovens acolhidas o estabelecimento de laços afetivos e emocionais com adultos e pares, bem como, o restabelecimento dos vínculos com a família de origem (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000).

A crescente preocupação com a qualificação do Sistema Nacional de Acolhimento contribuiu para a implementação da medida governamental, Plano DOM – Desafios, Oportunidades e Mudanças, em Maio de 2007. Este Plano tinha como objetivo dotar ou reforçar as equipas técnicas dos Lares de Infância e Juventude, adequando-as ao número de crianças acolhidas. Pretendia a qualificação da intervenção e desinstitucionalização em tempo útil, através de formação às equipas e direções, para reforçar as suas competências técnicas e humanas (Despacho 8393/2007).

De acordo com os dados do relatório CASA 2012 - Caracterização anual da situação de acolhimento das crianças e jovens do Instituto de Segurança Social (2013), encontram-se atualmente 8.557 crianças e jovens em situação de acolhimento, sendo que a tendência se encontra nos adolescentes entre os 12 e os 17 anos (54,9%). Do total de crianças e jovens acolhidas, 6.268 iniciaram o acolhimento em anos anteriores, enquanto, que 2.289 iniciaram o acolhimento em 2012. Verifica-se ainda que continua a subsistir um claro predomínio das respostas de acolhimento prolongado, com cerca de 64,4% das crianças, em Lar de Infância e Juventude (LIJ).

4.2. Enquadramento Jurídico

Segundo o artigo 49º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99, de 01 de Setembro):

A medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamentos de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (Ramião, 2010, p.117).

O acolhimento institucional é uma medida de colocação que é considerada por muitos técnicos da proteção infantil como o último recurso, que só deve ser utilizada quando qualquer uma das outras medidas se revelar ineficaz para afastar o perigo em

que a criança/jovem se encontra (Delgado, 2006). A institucionalização constitui uma solução extrema, que impossibilita a criança de regressar ao seu meio natural, em situações em que não existe outra resposta imediata (Ramião, 2010).

De acordo com o artigo 50º da Lei 147/99, de 01 de Setembro, o acolhimento em instituição pode ser realizado por um período de curta duração, cujo prazo não pode ser superior a seis meses e tem lugar em casa de acolhimento temporário ou unidades de emergência (quando existe perigo iminente e não ultrapasse as 48 horas); ou por um período prolongado, cuja duração pode ser superior a seis meses e tem lugar em lar de infância e juventude (Delgado, 2006).

As instituições de acolhimento funcionam em regime aberto e são organizadas em unidades, de modo a favorecer uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade (Ramião, 2010).

Os lares de infância e juventude devem ser de dimensões reduzidas, com um baixo número de utentes, de forma a aproximar-se tanto quanto possível ao contexto familiar. Dispõem de uma equipa técnica pluridisciplinar (valências de psicologia, serviço social e educação), que tem como função educar o menor, assegurar o seu desenvolvimento integral, realizar o diagnóstico da criança/jovem e a definição do seu projeto de vida (Delgado, 2006). Estes lares devem criar dinâmicas de acolhimento e de integração que respeitem o ritmo e as capacidades de cada criança/jovem acolhida, permitindo-lhe ser o agente central de mudança e crescimento. Desta forma, o acompanhamento deve privilegiar a individualidade de cada criança/jovem, como indivíduo único e original, (que contém uma história de vida, expectativas, afetos, medos e traumas) e possibilitar ao mesmo, encontrar no LIJ adultos que lhe proporcionem segurança e contenção emocional, fundamentais ao bom desenvolvimento físico, psíquico e afetivo (Soares, 2012).

4.3. Consequências do Acolhimento – argumentos desfavoráveis/ favoráveis

A colocação de menores em instituições tem sido alvo de várias críticas, e diversos estudos mostram que a criança institucionalizada tem ausência de uma vinculação afetiva estável, com vários prejuízos ao nível do desenvolvimento emocional, social e comportamental (Andersson, 2005; Groza, 1999; Fries, & Pollack, 2004). Neste contexto, também os trabalhos de Spitz (1949) e Bowlby (1988) alertam,

desde há longa data, para os efeitos da institucionalização no desenvolvimento infantil, relativamente ao problema da privação emocional, especialmente nos primeiros anos de vida.

Alberto (2002) considera que a institucionalização comporta consequências negativas, essencialmente pela vivência subjetiva de afastamento e abandono das crianças, por parte das famílias e pelos sentimentos depreciativos e de desvalorização que podem desencadear.

De acordo com Martins (2005), o excesso de regulamentos ou normas institucionais, na vida quotidiana das crianças ou jovens, invade o espaço próprio de cada um. A vivência grupal interfere na intimidade e a permanência prolongada das crianças nas instituições, bem como, a organização institucional acaba por dificultar o desenvolvimento da sua autonomia pessoal, pois bloqueia a elaboração do projeto de vida. Acrescenta ainda que o profissionalismo ao nível da prestação de cuidados pode condicionar a expressão de afetos e o desenvolvimento de vínculos.

Outros autores também mencionam várias características negativas da institucionalização, nomeadamente ao nível da falta de pessoal especializado; relações afetivas inadequadas e atmosfera desumanizada; despersonalização; incapacidade de resposta a dificuldades específicas e aprendizagem de condutas desviantes ou ilegais (Delgado, 2006).

A existência de poucos adultos nas instituições para o número de crianças, o trabalho bastante exigente no meio institucional e a grande rotatividade do pessoal, são também fatores, que dificultam o estabelecimento de um vínculo emocional diferenciado e seguro com um cuidador (Carvalho, 2002; Fries, & Pollack, 2004).

As crianças e jovens que chegam às instituições, vítimas de abandono, negligência e maus-tratos, cresceram, muitas vezes, em famílias desagregadas com funcionamentos patológicos, vivem de separações, perdas e abandonos. A colocação na instituição implica uma adaptação a uma separação e a um novo meio, em que a criança procura afeto, contenção física e emocional e autoridade protetora (Strecht, 1998). O processo de institucionalização pode implicar sentimentos de perda, abandono e solidão, pois implica o confronto com a realidade da negligência parental (Mota, & Matos, 2010). Muitas crianças revelam um desejo obsessivo em regressar ao tempo anterior da separação, apesar de saberem que os pais muitas vezes tiveram comportamentos inadequados, idealizando e preservando o vínculo que os une. A clivagem e a idealização constituem um entrave ao bom desenvolvimento psíquico (Berger, 2003).

Contudo, são também reconhecidas as implicações positivas da institucionalização, pois em alguns casos é onde a criança encontra pela primeira vez, atenção, carinho, convivência e bondade. Destaca-se também a capacidade de reflexão sobre os seus atos e suas consequências, a aprendizagem do valor, o esforço e a recompensa (Delgado, 2006).

Segundo Zurita e Fernández del Valle (1996), o acolhimento institucional pode apresentar vantagens, pois há menos ruturas e adaptações sem sucesso que os outros tipos de colocação; constituem contextos mais organizados e estruturados com limites definidos; proporciona maior oferta de serviços especializados para intervenções de âmbito terapêutico; facilita os contactos familiares, promovendo o envolvimento e proximidade com a família biológica; a vivência em grupo facilita o estabelecimento de laços com pares e adultos, promove a interiorização de valores, o desenvolvimento de sentimentos de pertença, cooperação e o desenvolvimento da própria identidade.

A separação temporal proporcionada pela instituição possibilita à criança distanciar-se e ter uma imagem mais real e objetiva da situação, permitindo-lhe ao mesmo tempo expressar e elaborar os seus sentimentos, positivos e negativos, num clima onde pode partilhar os seus problemas com os companheiros e com os adultos que a podem escutar e ajudar (Panchón, 1998, p.59).

No entender de Delgado (2006), as instituições de acolhimento devem evitar a massificação e a despersonalização, procurando promover a formação/especialização dos auxiliares de ação educativa; desenvolver projetos que assegurem o espírito de grupo; potenciar a aprendizagem da responsabilidade; conciliar a liberdade e o afeto com a autoridade; facilitar a intervenção educativa centrada na família e no meio; garantir a participação da criança; e desenvolver processos de avaliação.

As crianças e jovens institucionalizados precisam de interagir com o mundo externo, com outras pessoas, objetos e símbolos. Neste sentido, a instituição deve estar incluída na rede de apoio, ser capaz de fornecer recursos para lhe permitir enfrentar as adversidades e os efeitos negativos, dessa nova condição de vida, através de modelos positivos de identificação, segurança e proteção. Só desta forma se oferece um ambiente reparador e propício ao pleno desenvolvimento cognitivo, social e afetivo das crianças e jovens inseridos neste contexto (Bronfenbrenner, 1990).

Capítulo I: Qualidade de Vida

1.1. Introdução

Nas sociedades atuais cada vez se atribui mais importância ao bem-estar subjetivo. O interesse pelo estudo da qualidade de vida (QV) tem evoluído ao longo das últimas décadas, estando este construto ligado desde início, à promoção da saúde. A partir da década de 1960, Eisenhower, no Relatório da Commission on National Goals, que refletia a preocupação com a qualidade de vida e bem-estar da população, considerou que a QV deveria incluir indicadores sociais e ambientais, tais como: a saúde, educação, crescimento económico, individualidade e bem-estar (Ribeiro, 1998).

Em 1964, o presidente norte americano Lyndon Johnson afirmou que "*...Goals cannot be measured in the size of our bank balance. They can only be measured in the quality of the lives that our people lead...*" (Bech, 1993). Esta declaração teve um enorme impacto na definição de qualidade de vida, valorizando a percepção individual sobre a sua própria QV, em detrimento dos indicadores sociais, referenciados até então (Cummins, 1997).

Neste sentido, foram surgindo alguns estudos sobre a qualidade de vida, sendo os mais destacados: Liu (1975), Flanagan (1982) e Campbel, Converse e Rodgers (1976).

Liu (1975) considerava que a qualidade de vida devia ser avaliada de acordo com nove indicadores, em que cada um desses indicadores seria representado por um agrupado de variáveis qualificáveis. Defendia ainda, que a QV era composta por duas dimensões principais: a dimensão subjetiva (psicológica), de carácter mais qualitativo, e a dimensão objetiva (social, económica, política, ambiental), de carácter mais quantitativo, sendo de fácil avaliação.

A investigação de Flanagan (1982) fundamentou-se em amostras de três gerações de homens e mulheres, para definir domínios que avaliassem a qualidade de vida. Este estudo permitiu identificar 15 domínios da qualidade de vida.

O estudo de Campbel, Converse e Rodgers (1976), intitulado *The Quality of American Life*, é considerado um dos estudos mais importantes neste campo. Esta investigação focava o estudo da qualidade de vida e a medição das suas componentes subjetivas. Segundo os autores, a avaliação que uma pessoa faz dos atributos de um domínio particular, depende da sua percepção do atributo, comparando-os com os seus

padrões pessoais. Identificaram 12 domínios deste construto: casamento, saúde, vida familiar, amizades, habitação, governo, comunidade, fé, emprego, atividades de lazer, participação em organizações e situação financeira (Ribeiro, 1998).

Em Portugal, os primeiros estudos e publicações sobre a qualidade de vida surgem na década de 1990 (Ribeiro, 2009). Ao longo das últimas décadas têm sido desenvolvidos estudos sobre qualidade de vida em várias áreas do saber, nomeadamente na Economia, Sociologia, Antropologia, Política, Medicina e Psicologia (Gaspar, & Matos, 2008).

1.2. Definição de Qualidade de Vida

De acordo com uma revisão da literatura realizada por Gaspar, Matos, Ribeiro e Leal (2006), a qualidade de vida é um construto com aplicabilidade em diversos contextos, nomeadamente na medicina, saúde pública, economia, política, psicologia e sociologia. Este construto tem vindo a aumentar de importância, especialmente na última década, no entanto mantém-se uma falta de transparência na definição deste conceito. Existe na literatura, uma grande variedade de definições sobre qualidade de vida, de acordo com diferentes áreas do saber (Silva, 2003), não existindo assim, uma definição universalmente aceite.

Perante a diversidade e o elevado número de definições sobre qualidade de vida, Farquhar (1995), divide-as em: definições globais, definições em componentes, definições focadas e definições combinadas (Farquhar, 1995; Ribeiro, 2009). As definições que mais têm aparecido são do tipo combinado, integrando assim, aspetos gerais e dimensionais da qualidade de vida (Farquhar, 1995).

Calman (1984) refere-se à qualidade de vida como a diferença entre as expectativas pessoais e o que realmente está a ocorrer na vida pessoal do sujeito. Ou seja, diz respeito à perceção das diferenças entre as expectativas e experiência real, sendo que, quando as expectativas ou desejos coincidem com a vida do sujeito, este apresenta uma boa qualidade de vida.

Segundo Churchman (1992, p.3) qualidade de vida é “o juízo subjetivo de um indivíduo sobre o grau em que são satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida”.

De acordo com Ribeiro (2007), o domínio da saúde é o que melhor explica a qualidade de vida. Assim, na história do conceito de qualidade de vida, assinala-se a proposta da Organização Mundial de Saúde, sobre a nova perspectiva de saúde. Assim, a revisão de Silva (2003), sugere que a saúde deixa de ser entendida como a ausência de doença, passando a ser entendida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social.

A World Health Organization, descreve a qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual vive, e em relação às suas expectativas, objetivos, preocupações e padrões. A qualidade de vida é definida como a saúde física, o nível de independência, estado psicológico, as relações sociais e as relações do indivíduo com o contexto onde se insere (WHOQOL Group, 1994; WHOQOL Group, 1996).

A qualidade de vida tem sido mencionada como uma medida constituída pelo bem-estar físico, mental e social, de acordo com a percepção que cada indivíduo tem desse bem-estar, pela percepção de felicidade e pela satisfação. Inclui aspetos relacionados com a saúde, família, situação financeira, trabalho, oportunidades educativas, criatividade, auto-estima, confiança nos outros, sentimento de pertença e matrimónio (Silva, 2003).

Rapley (2003) considera a qualidade de vida, como a avaliação do bem-estar, que tem em conta o desenvolvimento pessoal e a diversidade de valores do indivíduo.

Na perspectiva de Cummins (2005, p.23), a qualidade de vida é um construto: Multidimensional, influenciado por fatores pessoais, ambientais e pela sua interação; tem componentes semelhantes para todas as pessoas; apresenta componentes objetivos e componentes subjetivos; e é influenciada pela auto-determinação, pelos recursos, pelo sentido da vida e pela percepção de pertença.

Segundo Wallander (2001), a qualidade de vida em crianças e adolescentes resulta da combinação do bem-estar subjetivo e objetivo, nas diferentes áreas da vida, inseridas na sua cultura, tempo histórico e dentro de padrões universais dos direitos humanos. A qualidade de vida nesta população contém as seguintes dimensões: estatuto funcional (fortemente relacionada com os sintomas físicos e refere-se à capacidade da criança em realizar as atividades de acordo com a sua idade), funcionamento psicológico (estado

afetivo) e social (capacidade para manter relações de proximidade com a rede familiar/amigos) (Moreno-Jiménez, & Castro, 2005).

Numa revisão da literatura efetuada por Silva (2003) constata-se que apesar da multiplicidade de definições sobre este conceito, parece existir consenso no que diz respeito às componentes da qualidade de vida ou bem-estar subjetivo. Destacam-se dois componentes fundamentais neste construto: satisfação com a vida e os afetos (positivo e negativo).

No entender de Ravens-Sieberer et al., (2005) e no âmbito do Projeto KIDSCREEN, a conceitualização da qualidade de vida inclui um modelo de saúde subjetivo e multi-dimensional, sendo que a saúde assume grande relevância neste conceito. A QVRS é descrita como a saúde percebida, que engloba aspetos psicológicos, mentais, físicos, sociais, e funcionais do bem-estar, percebidos pelo próprio e pelos outros. Esta definição está subjacente ao Projeto KIDSCREEN, sendo de todo pertinente adotá-la no presente estudo.

A qualidade de vida relaciona-se com a saúde e as suas ligações já se manifestaram anteriormente, particularmente na investigação de Campbell, Converse e Rodgers (1976), em que o domínio da saúde apresentava maiores correlações. Ware (1987) considerava que a qualidade de vida era um conceito mais abrangente do que o da saúde, constituindo este um dos indicadores para medir a qualidade de vida. Neste sentido, a qualidade de vida é o objetivo e a saúde o objeto de intervenção, sendo que ao intervir na saúde está a melhorar-se a qualidade de vida (Ribeiro, 1998).

Segundo Patrick e Deyo (1989) a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) comporta cinco categorias, tais como: invalidez; duração de vida; estados funcionais; perceções e oportunidades sociais, que se relacionam com a saúde, pois são influenciadas pelas doenças (Patrick, & Devo, 1989, cit. in Ribeiro, 2008). Schipper, Chinch e Powell (1990) consideram que a qualidade de vida está centrada no doente e não na perspetiva do médico, tem a ver com a perceção do doente acerca do seu bem-estar e funcionamento individual (Schipper, Chinch, & Powell, cit. in Ribeiro, 1998).

De acordo com uma revisão de abordagens teóricas efetivada por Silva (2003), a QVRS refere-se às representações da doença, às crenças sobre causas e consequências, à auto-apreciação que a pessoa faz enquanto doente, e às emoções resultantes dos sintomas e tratamentos. Ou seja, está relacionada com o modo como a doença afeta a qualidade de vida do sujeito.

1.3. Medição da Qualidade de Vida

Com a evolução do conceito de qualidade de vida nas últimas décadas, emergiu também o interesse e a necessidade de desenvolver instrumentos que pudessem avaliar e medir esse construto (Minayo, et al., 2000). Em 1940, surge a primeira escala de avaliação da qualidade de vida – a *Karnofsky Performance Status* (KPS), fortemente influenciada pelo modelo biomédico, cujo principal objetivo era o de auxiliar os médicos na avaliação da qualidade de vida dos seus doentes (Ribeiro, 2007).

Nas décadas seguintes foram surgindo várias medidas de auto-resposta que pretendiam refletir as experiências do próprio doente, combatendo assim os instrumentos criados anteriormente, baseados em indicadores fisiológicos, demasiado simplistas (Silva, 2003).

Neste sentido, foram construídos instrumentos com diversos domínios e utilidade, para a medição da qualidade de vida em diferentes contextos, nomeadamente com crianças e adolescentes. Estes instrumentos podem ser distinguidos em dois tipos: instrumentos genéricos e instrumentos específicos.

A revisão da literatura realizada por Silva (2003) sugere, que os instrumentos genéricos podem ser aplicáveis à população em geral e abrangem um vasto número de dimensões de qualidade de vida num único instrumento, permitindo a comparação entre grupos com a mesma doença e entre grupos com diferentes doenças. Os instrumentos específicos salientam pormenorizadamente domínios mais importantes para a doença, ou condição em estudo, sendo mais adequados para intervenções terapêuticas específicas, pois estão mais sensíveis a mudanças.

Destacam-se alguns instrumentos dos mais utilizados na medição da qualidade de vida, quer em populações adultas, quer em populações infantis e de adolescentes, sendo que estes fazem referência aos domínios: físico, psicológico e social. A análise da literatura sugere que os mais utilizados são os questionários de auto-preenchimento e as entrevistas. A *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB) de Ryff avalia seis domínios: a aceitação de si, as relações positivas com os outros, a autonomia, o domínio do ambiente, o sentido da vida e o crescimento pessoal (Ferreira, & Simões, 1999).

O *Inventário da Qualidade de Vida*, de Frisch, destaca duas dimensões: a importância que o indivíduo atribui a determinadas áreas da sua vida e o grau de satisfação com essas áreas. É composto por 16 áreas: auto-estima, objetivos, valores,

dinheiro, trabalho, tempos livres, aprender, criatividade, serviços voluntários, amor, amigos, filhos, família, casa, vizinhança e comunidade (Fagulha, et al., 2000).

O *Young Adult Quality of Life* (YAQOL) avalia aspetos da qualidade de vida relacionada com a saúde, bem-estar psicológico, funcionalidade, relacionamentos sociais e contexto ambiental. O *WHOQOL-100*, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, é um instrumento de avaliação da qualidade de vida, que aborda aspetos físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente (Gordia, et al., 2011).

O questionário *Medical Outcome Study Short-Form Health Survey* (SF-36) e o *Child Health Questionnaire*, foram construídos com o mesmo intuito e medem a qualidade de vida em oito domínios distintos (funcionalidade física, limitações físicas, dor corporal, perceção geral de saúde, vitalidade, funcionamento social, limitações emocionais e saúde mental), enquanto que o primeiro é utilizado com a população adulta, o segundo tem aplicação em populações de crianças e adolescentes (Gordia, et al., 2011).

O *Pediatric Quality of Life Inventory* dá importância às informações fornecidas pelos pais e pelo auto-relato das crianças. O *Revised Children Quality of Life Questionnaire* avalia a qualidade de vida em crianças e adolescentes, e possui 4 versões para diferentes faixas etárias (Gordia, et al., 2011).

Também o *KIDSCREEN* foi desenvolvido com o objetivo de criar um instrumento padronizado da qualidade de vida de crianças e adolescentes (Gaspar, & Matos, 2008), sendo descrito num ponto seguinte, de forma mais minuciosa, uma vez que foi um dos instrumentos utilizados na presente investigação.

Diversos autores referem desvantagens no uso destes instrumentos, apontando aos genéricos a impossibilidade de detetar aspetos particulares da qualidade de vida de uma doença ou condição específica, contrariamente aos instrumentos específicos. Enquanto que os específicos não possibilitam a comparação de resultados com outros grupos (Assumpção, & Kuczynski, 2010; Berzon, 2000). As investigações que utilizam instrumentos genéricos e instrumentos específicos tendem a ser mais completas e rigorosas, pois a combinação dos dois tipos de instrumentos colmata as desvantagens da utilização de cada um deles (Gordia, et al., 2011; Ribeiro, 2009).

Assim, os autores aconselham a utilização de instrumentos genéricos estandardizados e validados, complementados por domínios específicos selecionados para a investigação, submetidos a uma análise psicométrica exploratória preliminar (Silva, 2003).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes, para além das propriedades psicométricas (validade, fidelidade), devem ter em conta diversos fatores, particularmente o desenvolvimento sócio-cognitivo, as diferenças desenvolvimentais, compreensão verbal, competências de desenvolvimento, gestão do tempo e identificação de itens relevantes. Só dessa forma, é que as crianças e adolescentes serão capazes de expressar opiniões, sentimentos e atitudes sobre a sua qualidade de vida (Wallander, & Schmitt, 2001). As crianças são capazes de narrar o seu bem-estar e a capacidade funcional, se os instrumentos forem apropriados para a sua idade e nível cognitivo, impedindo assim constrangimentos, nomeadamente ao nível da compreensão, dificuldades de leitura e escrita (Ravens-Sieberer, et al., 2001).

1.4. Projeto KIDSCREEN

O projeto “Proteção e Promoção da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes – uma perspetiva Europeia de Saúde Pública (acrónimo: KIDSCREEN), foi financiado pela Comissão Europeia, através do programa Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico: Atividades de Natureza Genérica” e insere-se no 5º Programa Quadro da Comissão Europeia “Qualidade de Vida e Gestão de Recursos de Vida”. Decorreu entre 2001 e 2004, sendo que inicialmente aderiram 13 países: Áustria, República Checa, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Polónia, Espanha, Suécia, Suíça, Holanda e o Reino Unido (Gaspar, & Matos, 2008).

Este projeto teve como principal objetivo a cooperação da Europa para a criação de um instrumento de rastreio padronizado de qualidade de vida de crianças e adolescentes. Ou seja, pretendia monitorizar e investigar o estado de saúde das crianças e adolescentes a nível europeu, identificando crianças em risco e promovendo programas de intervenção adequados, relacionados com a saúde (Ravens-Sieberer, 2004).

O projeto KIDSCREEN para além de desenvolver um instrumento de medida de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde de crianças, adolescentes e os seus pais, visava também descrever as relações entre o próprio questionário e determinantes importantes como: a idade, género, estatuto sócio-económico, saúde mental e física, suporte social e relação com os pais (The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

A relevância deste programa prendeu-se com a inexistência de instrumentos standardizados para avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes, com aplicação nacional ou em contexto europeu (Gaspar, & Matos, 2008).

O KIDSCREEN é um instrumento transcultural europeu, que tem como principal objetivo compreender e caracterizar a perceção de QVRS em crianças e adolescentes (entre os 8 e os 18 anos) e os fatores sociais e pessoais promotores dessa QVRS. A versão original do KIDSCREEN é composta por 52 itens organizados em 10 dimensões, especificamente: Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor Global; Auto-perceção (sobre si próprio); Autonomia / Tempo Livre; Família e Ambiente Familiar; Questões Económicas; Amigos; Ambiente Escolar e Aprendizagem; e Provocação (The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

Foram ainda criadas duas versões reduzidas do instrumento: o KIDSCREEN-27 e o KIDSCREEN-10. O KIDSCREEN-27 possui 27 itens da versão original, reorganizado em cinco dimensões (bem-estar físico; bem-estar psicológico; autonomia e relação com os pais; suporte social e grupo de pares; e ambiente escolar). O KIDSCREEN-10 com 10 itens que constituem um instrumento unidimensional, resulta num valor global de qualidade de vida relacionada com a saúde (Gaspar, & Matos, 2008).

Também Portugal colabora com o projeto europeu KIDSCREEN, através da equipa do Projeto Aventura Social, tendo traduzido e adaptado os instrumentos (versão crianças e adolescentes e versão para pais), para a população portuguesa. Nos estudos realizados verificou-se que os mesmos possuem boas qualidades psicométricas (Gaspar, & Matos, 2008).

1.5. Qualidade de Vida e Adolescentes Institucionalizados

A investigação no âmbito da qualidade de vida relacionada com a saúde nas crianças e adolescentes é recente e o seu desenvolvimento é marcado por três etapas: 1ª etapa (final dos anos 80) – caracterizada pela preocupação em estudar o conceito teórico de qualidade de vida; 2ª etapa (princípio dos anos 90 até aos dias de hoje) – assinalada com a construção de instrumentos de medida de QV em crianças; e 3ª (recentemente, em 1995) – preocupação pela aplicação desses instrumentos de medida em estudos clínicos e metodológicos (Ravens-Sieberer, et al., 2001).

A qualidade de vida relacionada com a saúde do adolescente deve ser encarada de acordo com a perspectiva ecológica que engloba diversos fatores de análise, a criança, pais, família, pares e a sociedade onde estão inseridos (Harding 2001; Gaspar, & Matos 2008), deve basear-se numa abordagem desenvolvimentista, onde todas as influências e inter-relações devem necessariamente ser consideradas (Gaspar, & Matos, 2008).

As crianças e adolescentes são atores sociais das suas próprias vidas, das vidas dos outros e da sociedade (Gaspar, & Matos, 2008). Assim, é importante considerar a perceção de saúde das crianças/adolescentes, especificamente no que concerne às seguintes vertentes: física, envolvimento social, comportamentos de saúde, cultural, stressores sociais, e processos psicossociais (estilos de coping e suporte social). Estes fatores podem funcionar como fatores de proteção ou fatores de risco da qualidade de vida (Ravens-Sieberer, et al., 2001). A qualidade de vida deixa de ser vista como apenas um nível de vida, mas um conceito que envolve aspetos como o bem-estar, auto-estima, stress e coping e perceção de felicidade. Caso os adolescentes apresentem mais fatores protetores, a sua qualidade de vida é avaliada como mais elevada, pois o fator protetor pode intervir de forma positiva na relação entre as características e as competências do adolescente, assim como, na sua qualidade de vida (Gaspar, & Matos, 2008).

Vários autores identificaram múltiplas variáveis com grande influência na qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes: características pessoais e características sociais (Gaspar, et al., 2006).

As variáveis pessoais dizem respeito a características particulares do sujeito, como o bem-estar subjetivo, otimismo, resiliência e outros indicadores como a idade e o sexo. Os adolescentes que avaliam a sua vida de forma positiva, experienciam mais emoções positivas e mostram um bem-estar subjetivo mais positivo.

As variáveis sociais referem-se a aspetos coletivos relacionados com a vida em grupo e com a sociedade (família, escola, suporte social, grupo de pares ou nível sócio-económico). Conflitos familiares, problemas conjugais, desemprego, violência familiar e fraco suporte social estão associados a problemas de comportamento. Baixos níveis de educação dos pais, fracas condições de habitabilidade e agregado numeroso, são fatores que podem constituir um risco para a saúde, contrariamente a uma boa relação com os pais. Uma relação de qualidade entre pais e criança/adolescente constitui um fator protetor de qualidade de vida, na medida em que favorece a auto-estima, desempenho académico, sociabilidade, estabilidade emocional e interiorização de regras e valores. Perceção de um bom suporte social facilita a adaptação social perante os

acontecimentos de vida geradores de stress, pois permite ao adolescente adaptar-se e lidar com novas situações (Santos, 2008).

De acordo Matos (2008) a percepção de bem-estar está relacionada com a personalidade, relações familiares positivas, auto-estima, qualidade das relações interpessoais e ausência de sintomas clínicos, sendo que o impacto negativo ou positivo desses fatores vai determinar o bem-estar do adolescente.

A investigação da qualidade de vida em adolescentes, no âmbito do projeto KIDSCREEN em Portugal, sugere que os rapazes apresentam valores médios mais elevados na maioria das dimensões, com exceção na dimensão referente ao Ambiente Escolar e Aprendizagem enquanto que, nas dimensões Questões económicas e Amigos, não se verificam diferenças significativas. Relativamente à análise dos grupos etários entre os 10-11 anos (crianças) e o grupo dos mais de 12 anos (adolescentes), é o grupo das crianças que revela valores mais elevados, com exceção na dimensão Provocação, sendo os adolescentes a apresentarem valores médios mais elevados. Os adolescentes com estatuto sócio-económico médio/alto apresentam valores médios mais elevados em quase todas as dimensões, com exceção do Tempo Livre que não registou diferenças relevantes. Os participantes portugueses demonstraram valores médios mais elevados comparativamente com participantes provenientes do Brasil, exceto na dimensão Saúde e Atividade Física, Sobre si próprio; e Ambiente Escolar e Aprendizagem, onde não se verificaram diferenças significativas, no que diz respeito à nacionalidade. Os adolescentes sem doença crónica apresentam valores mais elevados que os adolescentes com doença, em todas as dimensões, verificando-se assim, diferenças bastante significativas, com a exceção na dimensão Ambiente Escolar e Aprendizagem (Gaspar, & Matos, 2008).

A avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes permite a identificação de fatores de risco e a prevenção de efeitos negativos desses fatores, potenciando o conhecimento e desenvolvimento de estratégias promotoras de qualidade de vida nesta população (Helseth, & Lund, 2005). Assim, a medição deste construto revela-se fundamental na avaliação do impacto de intervenções, apoios, programas ou procedimentos específicos; na análise das diferenças da qualidade de vida em grupos diferentes; na determinação de fatores que influenciam a qualidade de vida e do modo como se relacionam entre si (Wallander, & Schmitt, 2001).

Vários autores sugerem que uma intervenção e promoção da saúde, através da redução do impacto de fatores de risco e da promoção de fatores de proteção tem

implicações na qualidade de vida dos adolescentes. O desenvolvimento de programas de competências pessoais e sociais permite às crianças e adolescentes a aquisição de aptidões facilitadoras ao nível da resolução de problemas, gestão de conflitos, defesa dos seus direitos, resistência à pressão dos pares, adoção de estilos de vida saudáveis e realização de escolhas mais conscientes. Desta forma, a implementação destes programas constitui uma estratégia que capacita os jovens na construção de alternativas, proporcionando contextos favoráveis e promotores de participação e bem-estar (Gaspar, et al., 2006).

Através da pesquisa realizada para a elaboração deste estudo constatou-se que apesar de começarem a existir algumas investigações sobre adolescentes institucionalizados e investigação sobre qualidade de vida, não foram encontrados estudos que especifiquem a qualidade de vida nesta população, daí a relevância em analisar esta relação. Desta forma, conhecer a percepção dos adolescentes residentes em instituições de acolhimento, sobre a sua qualidade de vida, ajudará a perceber as suas expectativas, receios, necessidades e anseios, fornecendo-nos indicadores úteis para a criação de condições que proporcionem uma maior qualidade de vida aos jovens inseridos nestes contextos.

Capítulo II: Vinculação

2.1. Introdução

Desde há várias décadas que o tema da vinculação suscitou o interesse e motivou a realização de vários estudos. Em meados do século XX vários autores a partir de descobertas empíricas com animais, consideraram que estes possuíam uma organização de comportamentos sociais e individuais inatos, que não dependiam da satisfação das necessidades homeostáticas. Em 1935, Lorenz nos seus estudos realizados com patos e gansos, verificou que os mesmos desenvolveram fortes laços com uma figura materna durante os primeiros anos de vida, sem que essa figura exercesse uma função de os alimentar. O autor classificou este fenómeno como *imprinting* – imitação dos progenitores, forma rápida e instintiva de aprendizagem precoce (Lorenz, 1995). Harlow (1958) no seu estudo com macacos *Rhesus*, criados por mães artificiais, constatou que os jovens primatas preferiam a “mãe” de tecido felpudo que não os alimentava ao contrário da “mãe” de arame que lhes fornecia o alimento. Estabeleceram com a primeira uma relação segura e protetora, que não dependia da satisfação alimentar mas sim da proteção e segurança. Verificou ainda que sempre que a “mãe” de tecido felpudo era retirada do local, os macacos emitiam comportamentos de fúria.

A teoria psicanalítica, quadro de referência na época, interpretava os vínculos infantis como convergentes da satisfação das necessidades alimentares, em que o interesse do bebé resultava apenas da gratificação oral (Freud, 1926, cit. in Soares, 2009). Contudo, Bowlby baseado nos estudos anteriores realizados com animais, estruturou a base teórica dos seus trabalhos e considerou que tal como acontece com algumas espécies animais, também os humanos exibem condutas de forma a garantir atenção e cuidados, que mantêm a proximidade com o seu cuidador (Bowlby, 1988).

2.2. Definição de Vinculação

O termo vinculação é bastante usado na linguagem comum como um “laço emocional e afetivo” com alguém que nos é próximo e querido, com quem gostamos de estar. Porém Bowlby conceptualiza a vinculação como um conceito mais abrangente (Bretherton, 1990).

No entender de Bowlby (1982) vinculação é um sistema comportamental instintivo que procura estabelecer proximidade do indivíduo com a sua figura de vinculação, cuja função é a de proteção (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1984). É um mecanismo básico inerente a todo o ser humano, tal como qualquer mecanismo de alimentação ou sexualidade (Bowlby, 1989). Refere-se ao sistema de controlo que organiza e orienta os comportamentos da pessoa para alcançar os seus objetivos (Ainsworth, et al., 1978; Bowlby, 1988).

Segundo Sroufe e Waters (1977), a vinculação é definida como uma relação de vinculação/afetiva entre a criança e o seu cuidador, em que essa relação tende a persistir e a ser duradoura no tempo.

A vinculação é um laço afetivo criado entre duas pessoas, laço esse que as une e que perdura no tempo. Esta forte relação emocional envolve conforto, mutualidade, segurança, proteção e prazer para ambos os intervenientes (Ainsworth, 1989; Ainsworth, et al., 1978).

Bowlby evidencia que existem diferenças entre o conceito de vinculação e o comportamento de vinculação. Enquanto, a vinculação tende a persistir e durar no tempo, o comportamento de vinculação é reforçado ou enfraquecido através de fatores da situação (Ainsworth, et al., 1978).

2.3. Teoria da Vinculação

John Bowlby, fundador da teoria da vinculação, iniciou nos anos 40 as investigações sobre os efeitos da privação de cuidados maternos na disrupção da vinculação, pertinentes à compreensão do desenvolvimento da psicopatologia. Procurou compreender e explicar os efeitos nefastos da separação e da perda da figura materna (Ainsworth, & Bowlby, 1992; Soares, 2009). Com a análise e observação de crianças que tinham sofrido de privação de cuidados parentais, começou por concluir que a partir dos 6 meses de idade, a criança afastada da mãe por períodos longos de tempo, tinha tendência para manifestar determinados comportamentos sequenciados em três fases. A primeira fase correspondia ao *protesto* onde a criança exibia um comportamento perturbado pela perda da mãe. Na segunda fase, *desespero*, a criança revelava sinais de desânimo e pesar, ou até mesmo alguma passividade, não mostrando interesse em explorar o meio que a rodeia. A última fase, *desvinculação*, correspondia à recuperação

de uma certa inércia da criança, onde já aceitava o contacto com outras figuras. Da mesma forma que um possível regresso da figura materna, provocava na criança sentimentos de desinteresse e rejeição (Soares, 1996).

Bowlby constatou também que os fatores ambientais assumiam um papel decisivo no desenvolvimento, nos primeiros anos de vida, estando na origem de várias perturbações psicológicas. Em vários estudos, concluiu que as crianças institucionalizadas, privadas de cuidados maternos tinham tendência a tornar-se adultos emocionalmente frios, com elevados níveis de hostilidade, anti-sociais e com relacionamentos mais superficiais (Soares, 2009).

O papel importante dos fatores ambientais no desenvolvimento humano, nomeadamente o contributo das experiências familiares, suportou a tese de que os relacionamentos interpessoais direcionam o desenvolvimento de todo o ciclo de vida, desde o nascimento até à morte (Bowlby, 1973/1984).

Mary Ainsworth teve um contributo também importante para a Teoria da Vinculação, através dos estudos realizados sobre os efeitos da separação e vem dar à teoria de Bowlby um prolongamento experimental de grande relevância científica (Guedeney, 2004). A partir dos seus experimentos, baseados na observação naturalista, de mães em interação com os seus bebés, realizados no Uganda e em Baltimore – *Situação Estranha* (procedimento laboratorial, que assenta num quadro criado de separações e reencontros), verificou que as crianças procuravam por um contacto contínuo com a mãe, quando se sentiam em perigo ou quando estavam com medo, sempre que a mesma abandonava o local onde se encontrava, mesmo por períodos breves (Ainsworth, & Bowlby, 1992).

A teoria da Vinculação de Bowlby (1981) refere que as experiências afetivas iniciais com as figuras parentais ou substitutivas interferem grandemente nas relações afetivas futuras (Canavarro, 1999).

Existe uma forte relação causal entre experiências de um indivíduo com seus pais e a sua capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos, e que certas variações comuns dessa capacidade (...) podem ser atribuídas ao modo como os pais desempenham esses papéis. (...) A principal variável para a qual chamo atenção é o grau em que os pais de uma criança lhe fornecem uma base segura e a estimulam a explorar a partir dessa base (Bowlby, 1982, p. 128).

A teoria da vinculação sugere uma necessidade das pessoas desenvolverem laços afetivos de proximidade de forma, a que o indivíduo atinja segurança que lhe permita explorar o mundo à sua volta (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1973). É concebida como uma teoria “espaço-emocional”, assentando na forma como a criança, em função da sua ativação emocional (maior ou menor), regula o comportamento de aproximação à figura de vinculação e de exploração do meio ambiente (Soares, 1996).

2.4. Desenvolvimento da Vinculação

Na perspectiva de Bowlby (1979/1982), o bebé quando nasce vem equipado com um conjunto de sistemas comportamentais pronto a ser ativado por vários estímulos. Os sistemas comportamentais fornecem as bases para o desenvolvimento do comportamento de vinculação: choro, sucção, agarrar e o seguir, aos quais se juntam após algumas semanas, o sorriso e o balbuceio e meses mais tarde o gatinhar e o andar. Esses comportamentos, quando são manifestados pela primeira vez, estão estruturados de forma simples, sendo discriminados de forma primitiva. No entanto, ao longo da vida vão-se tornando cada vez mais elaborados (Bowlby, 1979/1982, cit. in Salvaterra, 2007).

O comportamento de vinculação é assim, entendido como qualquer tipo de comportamento que surge da ação de um indivíduo para conseguir ou manter a proximidade com outro, nitidamente reconhecido e considerado como mais capaz para lidar com o mundo (Bowlby, 1989). Permite à criança uma aproximação com a sua figura de vinculação (Ainsworth, 1989, Bowlby, 1978), cuja função primordial corresponde a uma necessidade de segurança e proteção do perigo (Bowlby, 1984) e que está organizado segundo um sistema comportamental de vinculação (Bowlby, 1978). Neste sentido, “Se um comportamento é organizado com o objetivo de promover a proximidade, então funciona como comportamento de vinculação” (Guedeney, 2004, p.34).

Bowlby (1969/1982) considera que o desenvolvimento do comportamento de vinculação ocorre ao longo de quatro fases, contudo o sistema comportamental de vinculação mantém-se ao longo do ciclo de vida:

A primeira fase corresponde à *Orientação e sinais com discriminação limitada das figuras* (0-8/12 semanas) – capacidade de discriminar estímulos visuais e auditivos.

É nesta fase que o bebê começa a aprender a distinguir o familiar de um estranho.

A segunda fase diz respeito à *Orientação e sinais dirigidos para uma ou mais figuras discriminadas* (3-6 meses) – o comportamento amigável mantém-se, especialmente com a figura materna ou de substituição.

A terceira fase corresponde à *Manutenção de proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e sinais* (6-24 meses) – a criança é orientada para a mãe e responde à sua ausência e regresso, aqui o estranho recebe menos respostas sociais. Persiste um intuito objetivo vincutivo à mãe ou substituto.

Última fase - *Formação de uma relação recíproca corrigida para objetivos* (a partir 24 meses) – a criança compreende que a comparência da mãe não depende exclusivamente da sua vontade, tendo necessidade de negociar e alinhar comportamentos no sentido de alterar a ação materna (Bowlby, 1969/1982, cit. in Soares, Martins, & Tereno, 2009).

Estas fases vão sendo influenciadas pelas modificações que ocorrem ao nível das competências cognitivas, motoras, sociais e emocionais. O comportamento de vinculação vai-se expressando com base nas aquisições desenvolvimentais da criança, que vão ocorrendo ao nível da proximidade e ao nível da representação interna das relações de vinculação (Bowlby, 1982).

2.5. Padrões de Vinculação

De acordo com Ainsworth (1989) as relações de vinculação podem classificar-se segundo quatro classes: procura de proximidade (a criança procura o contacto com a figura de vinculação, mostra preferência por esta); procura de uma base segura (a figura de vinculação representa segurança e permite que explore o meio); comportamento de refúgio (procura a figura de vinculação quando se sente em perigo); e protesto com a separação.

Através da *Situação Estranha*, um procedimento experimental desenvolvido para crianças a partir dos 12 meses, com o objetivo de analisar as reações das crianças a episódios que envolvem separações e reencontros entre a criança e a mãe, e também com a introdução de uma pessoa estranha, Ainsworth e colaboradores (1978) classificam a vinculação em três padrões: (A) vinculação insegura evitante; (B)

vinculação segura e (C) vinculação insegura ambivalente (Carvalho, 2007; Rabouam, 2004; Soares, & Martins, 2007).

As crianças vinculadas de forma segura tendem a apresentar formatos de protesto no momento das separações, especialmente na segunda separação, e a receber a mãe com sorrisos quando esta volta, procurando aproximar-se dela e voltar a brincar após ter sido reconfortada. No caso da vinculação insegura algumas crianças manifestam estar pouco afetadas pela separação e tendem a evitar a proximidade com a mãe no reencontro, centrando-se sobretudo no brinquedo, e se o estranho lho retira pode afastar-se (vinculação insegura, evitante). As crianças com um padrão de vinculação insegura ambivalente mostram-se aflitas no momento da separação com uma mistura de procura de contacto e de rejeição enfurecida, e dificuldade em ser reconfortada (Ainsworth, et al., 1978; Rabouam, 2004; Sroufe, & Waters, 1977).

Main (1985) descreveu uma nova categoria das crianças vinculadas de maneira insegura, denominada por vinculação insegura desorganizada-desorientada, que é desprovida de uma estratégia coerente, com comportamentos contraditórios e com estereotípias aquando os reencontros (Rabouam, 2004).

Segundo Hesse e Main (2000), as crianças que possuem uma estratégia organizada, segura ou insegura, descobrem uma solução para enfrentar o medo. Perante uma situação de perigo, as crianças com uma vinculação segura procuram a ajuda dos pais, por sua vez, as crianças com uma vinculação insegura evitante, desviam a atenção dos estímulos ameaçadores, as crianças com vinculação insegura ambivalente exageram no comportamento de vinculação para garantir a atenção da figura de vinculação. As crianças com uma vinculação insegura desorganizada-desorientada, não têm uma estratégia organizada, enfrentam o medo sem uma solução (Hesse, & Main, 2000, cit. in Carvalho, 2007).

Diversas investigações seguiram este método de investigação desenvolvido por Ainsworth e colaboradores (1978) – *Situação Estranha* (Soares, 1996), em que os padrões de vinculação mencionados anteriormente foram confirmados e validados nos diversos estudos efetuados em diferentes países, nomeadamente Portugal (Carvalho, 2007). Identificaram uma predominância da organização de vinculação segura, seguindo-se a inseguro-evitante e uma pequena minoria, indicava uma organização do tipo inseguro-ambivalente (Soares, 1996).

Os vários estudos evidenciaram que cerca de 65% das crianças apresentavam uma vinculação segura, 21% vinculação insegura evitante e 14% vinculação insegura

ambivalente (Rabouam, 2004). Nos estudos transculturais sobre padrões de vinculação, também se verifica a existência de uma percentagem maior de crianças com um padrão de vinculação segura. Nos EUA, 65% das crianças são seguras, 21% evitantes e 14% resistentes; na Grã-Bretanha, 75% das crianças são seguras, 22% evitantes e 3% resistentes; no Japão, 68% são seguras, contra 5% de evitantes e 27% de resistentes; na Alemanha, 57% são seguras, 35% evitantes e 8% resistentes ou ambivalentes (Schaffer, 1996, cit. in Salvaterra, 2007). Estes resultados são certificados também por Matos e Costa (2006) no seu estudo sobre a distribuição do padrão de vinculação aos progenitores e aos pares românticos (Carvalho, 2007).

Analisar a qualidade da vinculação assume grande relevância, na medida em que reflete a qualidade da relação de vinculação, ou laços afetivos existentes entre a criança e o cuidador mas também porque está associada ao seu desenvolvimento interpessoal posterior. Desta forma, crianças com uma vinculação segura são mais competentes na resolução de problemas e na interação com o grupo de pares (Matas, Arend, & Sroufe, 1978, cit. in Salvaterra, 2007).

2.6. Modelos Internos Dinâmicos de Vinculação

Ao longo das várias e repetidas experiências de cuidados, concedidos pela figura de vinculação à criança, vão-se desenvolvendo modelos internos dinâmicos de vinculação (Soares, 2009). Esses modelos com componentes afetivas e cognitivas, resultam de conhecimentos e expectativas construídas através das interações repetidas com as figuras de vinculação e organizados internamente sob a forma de representações generalizadas sobre o *self*, figuras de vinculação e sobre as relações (Bowlby, 1978/1981/1984).

Segundo Bowlby, nos modelos internos existe comunicação (verbal e não verbal) e transmissão intergeracional, através dos quais as relações de vinculação (segura e insegura) se criam e se mantêm para a geração seguinte. Nas várias experiências constatou-se que pais cujos modelos internos foram organizados baseados em respostas negativas e pouco satisfatórias por parte das suas figuras cuidadoras, tinham maior tendência a desenvolver modelos menos seguros, que no caso de não terem sido reorganizados por outras relações, refletia na relação com os filhos (Mota, 2008).

Os modelos internos vão sendo ativados ao longo do desenvolvimento, influenciando as escolhas pessoais do sujeito, facto bastante evidente na adolescência face à escolha dos pares (Holmes, 2001, cit. in Mota, 2008). Esta etapa constitui um período privilegiado ao nível da diferenciação dos papéis da figura de vinculação e do self (Bowlby, 1973).

Desta forma, a reorganização dos modelos internos torna-se fulcral, especificamente na adolescência, pois permite uma flexibilidade potenciadora de uma adaptação futura mais positiva à diversidade de conjunturas. Os modelos internos constituem um mecanismo que permite que as experiências de vinculação influenciem o sujeito ao longo da vida. Ou seja, à medida que o indivíduo vai desenvolvendo novas relações vai sendo influenciado pelas expectativas e significados construídos, estabelecendo uma oportunidade de mudança (Bowlby, 1988).

Bowlby (1981/1984) considera que as crianças que tenham vivências de relações sólidas, em ambientes seguros, com pais afetivos e carinhosos ou outras figuras que lhe proporcionem apoio, conforto e proteção, têm mais probabilidades de se adaptar em situações adversas, comparativamente com crianças que não dispõem dessa relação, crescendo com pais indisponíveis ou abusivos.

2.7. Medição da Vinculação

O crescente interesse pela temática da vinculação, tanto numa perspetiva teórica como numa perspetiva empírica, está espelhado nos inúmeros trabalhos de investigação, tendo sido desenvolvidos e validados vários instrumentos para avaliarem esse construto.

Os instrumentos de avaliação da vinculação diferem de acordo com a etapa desenvolvimental, sendo aqui focados especialmente os destinados à população estudada na presente investigação – adolescentes.

A avaliação da organização da vinculação na primeira infância é realizada através do método da *Situação Estranha* ou *Situação Estranha de Ainsworth* (Soares, Martins, & Tereno, 2009).

A vinculação na adolescência é avaliada com o recurso a entrevistas e questionários de auto e hetero-avaliação. Dos instrumentos mais referidos, destacam-se os seguintes (Jongenelen et al., 2009):

O *Separation Anxiety Test (SAT)*, que consiste na apresentação de imagens e permite analisar a qualidade da representação da vinculação, em situações de separação das figuras parentais, de adolescentes entre os 10 e os 14 anos;

A *Attachment Interview for Children and Adolescents (AICA)*, que avalia as relações de vinculação na adolescência dos 10 aos 14 anos;

A *Friends and Family Interview (FFI)*, que estima a coerência da narrativa e a percepção de disponibilidade dos progenitores, enquanto uma base segura;

A *Family Attachment Interview* e a *Peer Attachment Interview (FAI e PAI)* que avaliam as experiências e sentimentos nas relações familiares e nas relações com os pares, assim como a consistência e coerência desses mesmos relacionamentos.

Relativamente aos questionários, mencionamos:

O *Adolescent Relationship Scales Questionnaire* e o *Parental Attachment Questionnaire*, que avaliam a vinculação em termos das características dos padrões de vinculação segura e insegura aos progenitores;

A *Adolescent Friendship Attachment Scale* possibilita o mesmo tipo de avaliação mas refere-se a relacionamentos com os amigos;

O *Adolescent Attachment Questionnaire* e o *Inventory of Peers and Parental Attachment (IPPA)* avaliam as dimensões da vinculação segura, em termos de características, nomeadamente, a comunicação, percepção de disponibilidade e confiança;

Avoidant and Preoccupied Coping Scales avalia a insegurança da vinculação, relativamente às estratégias de evitamento e de preocupação para lidar com situações de stress;

O *Adolescent Unresolved Attachment Questionnaire* avalia a vinculação desorganizada, permitindo a obtenção de resultados relativos à desregulação, ao medo e à proteção;

Adolescent Attachment Prototype Questionnaire e o *Adolescent Attachment Questionnaire* possibilitam uma avaliação categorial e dimensional da vinculação em aspetos que correspondem aos padrões de vinculação;

O *Inventory of Peers and Parent Attachment* avalia características de segurança da vinculação como a comunicação, alienação e confiança;

O *Inventário sobre a Vinculação na Infância e Adolescência (IVIA)* permite a avaliação dos comportamentos de vinculação nos adolescentes, em três dimensões:

vinculação segura, ansiosa/ambivalente e evitante, sendo um dos instrumentos selecionados para o presente estudo (Jongenelen et al., 2009).

A avaliação da vinculação na adolescência tem revelado menor número de investigações, comparativamente com outras fases de desenvolvimento, essencialmente devido às limitações metodológicas ao nível da conceptualização e operacionalização deste construto durante esta fase de desenvolvimento (Carvalho, 2007; Jongenelen et al., 2009).

2.8. Vinculação e Adolescentes Institucionalizados

Na perspetiva da vinculação, a adolescência é caracterizada por um ciclo de vida de transição, composto por várias transformações nos sistemas cognitivo, emocional e comportamental. Assim, a adolescência insere-se na altura de aprendizagem a “*tornar-se uma figura de vinculação*” mas também “*ser uma figura de vinculação*” (Jongenelen et al., 2009). Nesta etapa, surge a oportunidade de estabelecer novas relações, nomeadamente com o grupo de pares, nas relações de amizade ou amorosas, que poderão assumir um papel importante na reavaliação de relações precoces estabelecidas de forma insegura, sendo positivas no processo de mudança dos modelos internos dinâmicos (Jongenelen et al., 2009).

No entender de Bowlby (1984), a separação prolongada da figura materna potencia nas crianças experiências de sentimentos de rejeição e abandono, muitas vezes traduzidas em perturbações de comportamento e incapacidade de relacionamento. Se essas separações se prolongam no tempo, pode comprometer o estabelecimento de relacionamentos saudáveis e positivos com outros adultos ou crianças, pois sentem-se infelizes, indiferentes e incapazes de reagir (Bowlby, 1984).

Para que uma criança/adolescente se sinta segura em qualquer contexto é necessário que encontre figuras de vinculação, com as quais estabeleça laços afetivos e lhe permita recorrer nas situações adversas (Ainsworth et al., 1978; Bowlby 1962/1982, cit. in Martins, 2012). Em caso de mal-estar da criança/adolescente, a proximidade à figura de vinculação permite-lhe uma reorganização de afetos e sentimentos de segurança que lhe possibilita explorar o mundo (Sroufe, 2000; Marina, Martins, Neves, & Soares, 2007, cit. in Martins, 2012). Se a criança não tem figura de vinculação, ou a mesma está ausente, perante essas emoções desorganizadoras, poderá emergir uma

perturbação profunda com o meio ambiente, impedindo assim o seu desenvolvimento saudável (Kobak, & Madsen, 2008, cit. in Martins, 2012).

Bowlby (1981) nos seus estudos experimentais, verificou que quanto maior é a privação mais intensificado é o declínio no desenvolvimento. Mesmo que a criança esteja institucionalizada os efeitos nefastos são atenuados através de vínculos afetivos criados com figuras de substituição. Comparou dois grupos de crianças de dois anos que viviam numa instituição, em que um dos grupos recebia pouco carinho e o outro grupo recebia muito afeto, atestou que após seis meses, o primeiro grupo estava mais atrasado fisicamente e mentalmente, comparativamente com o segundo grupo. Ainda segundo o autor, as separações e a privação total poderá criar na criança sentimentos negativos, como a angústia, excessiva necessidade de amor, sentimentos de culpa ou vingança, raiva e depressão. Desta forma, a criança poderá ser ineficaz no que diz respeito ao estabelecimento de relações com outras pessoas; capacidade de controlar impulsos e dificuldades ao nível da linguagem e abstração.

Considera ainda, que existe uma relação causal entre a perda dos cuidados maternos nos primeiros anos de vida e o desenvolvimento de uma personalidade perturbada (Bowlby, 1982).

Vários estudos sugerem que adolescentes maltratados têm maior probabilidade de desenvolver padrões de vinculação inseguros e desorganizados. Os estudos de Van Ijzendoorn et al. (1999), em meio institucional, sugerem que apenas 17% das crianças apresentam uma vinculação segura, 5% uma vinculação evitante, 5% ambivalente e 73% desorganizado. Relativamente ao padrão de vinculação desorganizado, concluíram que é maior no meio institucional, comparativamente com crianças maltratadas integradas em meio familiar (Van Ijzendoorn et al., 1999). Alguns estudos indicam que as crianças em meio institucional, tem maior propensão para desenvolver perturbações da vinculação, nomeadamente a perturbação reativa da vinculação do tipo desinibido, caracterizada pela dificuldade em estabelecer vinculações seletivas. Ou seja, a procura de proximidade perante situações geradoras de stress, com pessoas com quem não se tem relação próxima (O' Connor et al., 1999).

Desta forma, a criança precocemente institucionalizada, cujo percurso de vida foi marcado por sucessivas interrupções de cuidados e rutura ou alternância de figuras de vinculação, tem mais probabilidades em desenvolver padrões inseguros de vinculação (Pinhel, Torres, & Maia, 2009).

Os jovens com uma vinculação do tipo insegura procuram geralmente, autoridade sobre si, liberdade de decisão e conforto na sensação de realização. Esta procura de autonomia total e independência reflete apenas a insegurança e fragilidade dos mesmos, pois não conseguem superar os obstáculos de forma adaptativa. Vários estudos com este tipo de jovens (com vinculação desorganizada) sugerem, que têm mais riscos no futuro de desenvolver dificuldades comportamentais, nomeadamente internalização e externalização de comportamentos no seio familiar (Carlson, 1998, cit. in Mota, & Matos, 2008). Uma vinculação insegura leva os jovens a procurarem estratégias para sobreviver, através da criação de barreiras afetivas, que constituem mecanismos de defesa, para evitar passar por experiências de sofrimento, caso não se sintam aceites (Mota, & Matos, 2008).

Segundo alguns autores, a segurança na vinculação opera como um fator protetor, sendo que uma vinculação insegura pode constituir um fator de risco (Sroufe et al., 1999). No entender de Schore (2001), ao estabelecer uma relação de vinculação o desenvolvimento do estilo de coping adaptativo é facilitado, pois contribui para um melhor funcionamento do hemisfério cerebral direito, constituindo assim um fator protetor de resiliência fulcral para o desenvolvimento do indivíduo ao longo do ciclo vital. Crianças com vinculação segura apresentam melhores competências pessoais (auto-estima, resiliência do ego e competência cognitiva) e competências no relacionamento com os pares (sentimentos de reciprocidade, empatia, resolução de conflitos), assim como, maior capacidade na mediação com os adultos (obediência às regras e autonomia, perceções e expectativas favoráveis (Sroufe, 2005 cit. in Pinhel et al., 2009).

De acordo com Bowlby (1969/1982), a construção de novas relações de vinculação permite alterar modelos internos. Com base neste pressuposto, considera-se que a intervenção com crianças e jovens institucionalizadas deve fomentar essencialmente a construção de relações de qualidade com figuras de referência, que lhe permitam desenvolver recursos afetivos e lhe garantam sentimentos de segurança facilitadores na exploração do mundo e interiorização de regras sociais (Martins, 2012). Assim, os educadores devem proporcionar-lhe um meio estável de confiança, através de ligações afetivas seguras. O papel securizante que estas figuras desenvolvem, funciona como fator de proteção e vai permitir aos jovens uma maior capacidade para enfrentar situações adversas, aumentando assim a sua resiliência (Matos, 2003b). Por outro lado,

estas relações afetivas seguras acabam por ser reparadoras dos modelos de relação produzidas antes e que se revelaram disfuncionais (Martins, 2012).

O facto do jovem poder estabelecer ligações afetivas seguras, com os funcionários permite-lhe uma maior organização emocional e uma maior capacidade adaptativa, através do desenvolvimento de estratégias de coping. Esses adultos assumem papéis fundamentais na vida dos adolescentes acolhidos pois têm a função de os orientar, dar carinho, proteger, constituindo modelos de identificação (Mota, & Matos, 2008). Os cuidadores moderam os comportamentos e proporcionam intervenções terapêuticas através da reorganização interna das vias de vinculação (Hawkins-Rodgers, 2007).

Arpini (2003), nos seus estudos com adolescentes institucionalizados constatou que muitos mencionaram que a vivência institucional foi a melhor fase das suas vidas, considerando a instituição como um meio que favorece o estabelecimento de laços afetivos que permaneceram após o processo de desinstitucionalização.

Capítulo III: Resiliência

3.1. Introdução

Ao longo da nossa vida, deparamo-nos com algumas situações difíceis e stressantes, que ameaçam o nosso equilíbrio emocional. Esses acontecimentos são por vezes inevitáveis e parecem difíceis de superar, constituindo verdadeiros fatores de risco². Contudo, a investigação tem demonstrado que algumas pessoas, para além de as superarem, saem delas transformadas positivamente (Felgueiras, 2008). Todos nós possuímos, ou podemos desenvolver, capacidades para resolver ou lidar com os problemas que nos surgem na nossa vida, sendo que quando conseguimos dar uma resposta positiva aos mesmos, estamos a ser resilientes (Simões, Matos, Tomé, & Ferreira; Equipa do Projeto Aventura Social, 2009).

O tema da resiliência tem sido explorado e aplicado nas mais diversas áreas do ser humano, a partir do interesse em compreender as causas e a evolução da psicopatologia. Ou seja, surge como reflexo da necessidade de prevenção de problemas e promoção da saúde mental. Os estudos iniciais indicavam que diante de uma situação adversa, existiam crianças que não desenvolviam problemas psicológicos (Infante, 2005, cit. in Simões, et al., 2009).

De acordo com Anaut (2005), o contributo mais precursor para a estruturação do conceito de resiliência é atribuído à psicóloga americana Werner em 1982, com a sua investigação de Epistemologia Social, realizada no Havai. Esta investigadora acompanhou cerca de 32 anos de vida, de aproximadamente 500 crianças, que viviam em situações de pobreza extrema. Parte dessa população sofrera situações de stress, alcoolismo, abuso, dissolução do vínculo familiar, que apesar desses acontecimentos nefastos a que estavam expostas, muitas crianças conseguiam superar as dificuldades e construir um futuro. Inicialmente estas crianças eram consideradas como possuidoras de uma boa capacidade cognitiva, um temperamento especial, resultantes de uma transmissão genética. No entanto, Werner, constatou que todas haviam tido durante o seu desenvolvimento o apoio (afeto, carinho) de um adulto significativo.

² Perdas significativas, condições de pobreza extrema, vivência de algum tipo de violência ou doença e conflitos familiares, são alguns exemplos.

Com as conclusões deste estudo, vários investigadores começaram a estudar o funcionamento da resiliência e da dinâmica do processo resiliente, considerando que a promoção de características sadias e protetoras nas crianças, podia permitir-lhes superar as condições de risco a que estavam submetidas (Anaut, 2005).

A resiliência tenta entender como crianças, adolescentes e adultos são capazes de sobreviver e superar adversidades, apesar de viverem em condições de pobreza, violência intrafamiliar, doença mental dos pais ou apesar das consequências de uma catástrofe natural entre outras (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000).

3.2. Definição de Resiliência

Ao longo dos anos foram propostas várias definições para o termo resiliência. Este conceito teve origem nas ciências exatas (física e engenharia), que o definiram como a energia de deformação máxima que um material é capaz de armazenar sem sofrer alterações permanentes (Yunes, & Szemanski, 2001).

O conceito de resiliência está associado a um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que favorecem ao sujeito, o desenvolvimento de uma vida saudável, mesmo que o ambiente onde este se insira, não o seja. Assim, a resiliência não é um atributo fixo que nasce com a pessoa, ou que seja adquirido durante o seu desenvolvimento. Surge como uma resposta ao risco e resulta da interação entre a pessoa e o meio, sendo que os fatores de stress podem ser experienciados de formas diferentes por pessoas diferentes (Rutter, 1987).

A resiliência concebe a capacidade de resposta a um trauma, e a capacidade de ser feliz apesar de este ter sido marcante na vida, é a capacidade que a criança tem para triunfar, viver e desenvolver-se de modo positivo, de maneira socialmente aceitável apesar da tensão, da adversidade ou mesmo da agressão que ela possa ter sofrido (Cyrulnik, 1999, p.42).

Luthar et al., (2000, p.543) define resiliência como “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade”.

A resiliência é a capacidade de responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante desses desafios e circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, positiva e perseverante e mantendo um equilíbrio dinâmico durante e após os embates – uma característica de personalidade que, ativada e desenvolvida, possibilita ao sujeito superar-se e às pressões de seu mundo, desenvolver um auto-conceito realista, auto-confiança e um senso de auto-proteção que não desconsidera a abertura ao novo, à mudança, ao outro e à realidade subjacente (Tavares, 2000, p.35).

Segundo Junqueira e Deslandes (2003, p.234), “o conceito de resiliência traduz conceptualmente a possibilidade de superação, num sentido dialético, isto é, representando um novo olhar, uma resignificação do problema mas não o elimina”.

A resiliência resulta de processos de proteção que visam: reduzir o impacto dos riscos e as reações negativas que seguem à exposição ao risco; estabelecer/manter a auto-estima e auto-eficácia, através de relações de vinculação seguras e execução de tarefas com êxito; e criar oportunidades para reverter os efeitos do stress (Rutter, 1987).

Fonagy et al. (1994) atribuíram grande relevância ao relacionamento com figuras de vinculação na infância como parte do processo de recuperação e desenvolvimento saudável. Consideravam que a resiliência se desenvolvia não só pelas características de personalidade mas também pelo relacionamento com pessoas significativas.

A resiliência é a capacidade de ultrapassar uma situação que poderia ter sido traumática, com uma força renovada; ela implica uma adaptação positiva às dificuldades, um desenvolvimento normal apesar dos fatores de riscos e um domínio de si após um traumatismo (Anaut, 2005, p. 74).

3.3. Perspetiva sobre o Estudo da Resiliência: Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

Às inúmeras definições de resiliência associam-se diversos enquadramentos teóricos. Na impossibilidade de abordar todos os modelos existentes na literatura, focamo-nos apenas na perspetiva do modelo ecológico, paradigma teórico que sustentou a compreensão do fenómeno da resiliência, na presente investigação.

O modelo ecológico de Bronfenbrenner (1996) sugere que toda a experiência se dá em ambientes “concebidos como uma série de estruturas encaixadas, uma dentro da outra...” (Bronfenbrenner, 1996, p.5). Considera que diferentes contextos como instituição, família e escola podem ter múltiplas influências no desenvolvimento. Desta forma, este modelo enfatiza o ambiente, propondo que o desenvolvimento humano seja estudado por meio da interação deste núcleo com outros três: o processo, a pessoa e o tempo. O contexto é analisado por meio da interação de quatro níveis ambientais: Microsistema³, mesossistema⁴, exossistema⁵ e macrosistema⁶ (Poletto, & Koller, 2008). O *processo* refere-se às interações recíprocas progressivamente mais complexas do sujeito com as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato, operam como substrato das atividades conjuntas e podem determinar as suas trajetórias de vida (Bronfenbrenner, & Morris, 1998 cit. in Poletto, & Koller, 2008). A *pessoa*, terceiro componente do modelo ecológico é analisada através das suas características determinadas (biológicas/psicológicas) e aquelas construídas na sua interação com o ambiente. As características das pessoas são produtoras e produtos de desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1999 cit. in Poletto, & Koller, 2008). O *tempo* permite analisar a influência no desenvolvimento de mudanças e continuidades manifestadas ao longo do ciclo de vida, desde os acontecimentos mais próximos até aos mais distantes (Bronfenbrenner, 1986, Bronfenbrenner, & Morris, 1998, cit. in Poletto, & Koller, 2008).

A abordagem ecológica do desenvolvimento humano proposta por Bronfenbrenner (1996) permite-nos compreender o desenvolvimento de maneira contextualizada, considerando a interação dinâmica das dimensões acima referidas (Poletto, & Koller, 2008). Uma análise ecológica da situação de risco, permite-nos investigar a maneira como as pessoas, percebem e enfrentam as adversidades dos

³ Sistema ecológico mais próximo onde operam os processos proximais, que sustentam o desenvolvimento, compreende o conjunto de relações entre a pessoa e o seu ambiente mais imediato (família, escola, vizinhança).

⁴ Conjunto de relações entre dois ou mais microsistemas (família-escola; família-vizinhança, por exemplo), em que a pessoa participa de modo ativo e os processos influenciam-se mutuamente.

⁵ Compreende estruturas sociais que influenciam e delimitam o que acontece no ambiente (condições de trabalho, família extensa, as amigas e vizinhança), apesar da pessoa não ser um participante ativo.

⁶ Composto pelo padrão global de ideologias, crenças, valores, culturas e acontecimentos históricos presentes no quotidiano da pessoa. Sistema mais afastado e abrange a comunidade na qual os outros sistemas estão inseridos, podendo afetá-los.

processos proximais, assim como, a influência do contexto e do tempo em que estão a viver (Ceconello, 2003, cit. in Poletto, & Koller, 2008).

O desenvolvimento psicológico saudável de uma pessoa depende da existência de interações, sendo que essas interações, devem incluir sentimentos afetivos positivos, reciprocidade e equilíbrio de poder (Bronfenbrenner, 1996). Ou seja, as interações positivas entre os contextos, favorecem o desenvolvimento de processos de resiliência, potenciadores de uma melhor qualidade de vida das pessoas.

3.4. Fatores de Risco versus Fatores de Proteção

A manifestação de perturbação no sujeito resulta da interação entre fatores de risco e fatores de proteção, tratando-se de uma combinação de variáveis diversas, encarada como um equilíbrio de forças (Anaut, 2005).

Assim, a visão subjetiva ou interpretação, de uma pessoa relativamente a determinado evento stressor é que vai determinar ou não como condição de stress, pois um evento pode ser encarado como perigo para uma e desafio para outra (Yunes, & Szmanski, 2001).

Junqueira e Deslandes (2003) destacam a necessidade das populações de risco não serem vistas simplesmente como vítimas de um sistema social injusto e reforçam a atitude de fortalecer as dimensões sadias dessas pessoas, para que lhe possibilitem ultrapassar e superar as situações de risco. Deste modo, ao abordar os fatores de risco, emerge também a necessidade de abordar os fatores de proteção, para percebermos como é que crianças e adultos em situações verdadeiramente catastróficas, perante acontecimentos traumáticos, conseguem ultrapassar os mesmos e minimizar os seus danos.

Os fatores de risco podem ser agrupados em três categorias: Fatores centrados na criança (prematuridade, sofrimento neonatal, danos cerebrais, baixo peso à nascença, défices cognitivos, separações maternas precoces, patologia somática e outros handicaps); fatores ligados à configuração familiar (desentendimento crónico, separação dos pais, violência, alcoolismo, doença crónica dos progenitores, falecimento de familiar, família monoparental/adolescente ou imatura); e fatores socioambientais (fragilidade socioeconómica, desemprego, isolamento relacional, institucionalização, habitação sobrelotada, pobreza extrema) (Anaut, 2005).

A resiliência assenta nos seguintes fatores de proteção: fatores individuais; fatores de proteção familiares e fatores extra-familiares. Os *fatores individuais* estão relacionados com o locus de controlo interno, temperamento, capacidades cognitivas, sentimento de auto-eficácia e auto-estima, género, idade, humor, empatia, carisma e competências sociais. *Fatores de proteção familiares* referem-se às boas relações entre pais e filhos, ou seja à harmonia parental, apoio paterno e afetividade dos pais. Enquanto que, os *fatores extra-familiares* dizem respeito à rede de apoio social, ajuda terapêutica e experiências de êxito escolar (Garmezy, 1991, cit. in Anaut, 2005).

Outros fatores associados à resiliência, são salientados por Walsh (2003), designadamente: a capacidade de elaborar projetos realistas e cumpri-los; confiança nas suas capacidades e visão positiva de si próprio; aptidões de comunicação e resolução de problemas; e a capacidade de lidar com as emoções e impulsos. A resiliência é alcançada através de vínculos afetivos e de confiança, que se estabelecem nas relações (Matos, 2003a).

Um outro conceito também importante na compreensão da capacidade de resiliência do indivíduo é o de *coping* (Pesce et al., 2004). São esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para lidar com as situações indutoras de stress (internas ou externas), podendo estar direcionados para a emoção ou focalizados no problema (Folkman, & Lazarus, 1985, cit. in Pesca et al., 2004).

Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004), na sua investigação, que tinha como objetivo analisar a relação da resiliência com os fatores de risco e fatores de proteção, constataram que os eventos negativos não tinham relação com a resiliência, enquanto os fatores de proteção mostravam-se correlacionados com o construto. Assim, consideraram que estes fatores atuam como facilitadores no processo individual de perceber e enfrentar o risco.

3.5. Medição da Resiliência

A investigação sobre a resiliência e fatores de proteção apresenta uma evolução significativa ao longo das últimas décadas, assinalada não unicamente pelos seus fundamentos teóricos, mas também pela necessidade de medir esse construto (Masten, & Obradović, 2006, cit. in Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012). Neste sentido, vários investigadores desenvolveram instrumentos de avaliação da resiliência, visando

obter uma forma mais universal e objetiva de medir esse construto, de acordo com as características específicas de cada população que pretendiam estudar (Werner, 2000).

Incluem-se nesta categoria algumas escalas de resiliência, nomeadamente:

A *Resilience Scale* (Wagnild, & Young, 1993), que avalia o nível de adaptação psicossocial positiva nos acontecimentos significativos da vida;

Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003), que avalia traumas;

Adolescent Resilience Scale (Oshio, Kaneko, Nagamine, & Nakaya, 2003), cuja finalidade é mensurar características psicológicas de indivíduos resilientes;

Child Psychosocial Distress Screener (Jordans, Komproe, Tol, & De Jong, 2009) que avalia a resiliência, em situações de emergências;

Outra escala de avaliação da resiliência é a *California Healthy Kids Resilience*, desenvolvida por Constantine, Bernard, & Diaz, 1999.

Face à complexidade deste construto, importa alertar que algumas escalas são criticáveis, pois pretendem avaliar um traço psicológico sem a sua contextualização, não podendo ser generalizadas às diversas faixas etárias, quadros socioeconómicos ou grupos culturais (Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012).

Este construto assume nos nossos dias um papel preponderante, pelo que se considera relevante um maior investimento na construção e validação de outros instrumentos de avaliação, contextualizada em relação aos diferentes riscos e domínios adaptativos.

3.6. Resiliência e Adolescentes Institucionalizados

A adolescência é, por excelência, uma etapa caracterizada por múltiplas transformações e mudanças, onde são vividos obstáculos e desafios constantes, nomeadamente ao nível da identidade, pertença e independência. Nesta etapa, o adolescente quando não consegue lidar com os seus problemas pode adotar comportamentos desajustados com a família e a sociedade. Também o acolhimento institucional pode ter um impacto negativo na vida do adolescente, contribuindo para o desencadear de inúmeras vivências negativas. Contudo, constitui também uma etapa importante para desenvolver e fortalecer fatores protetores e prevenir fatores de risco,

potenciando desta forma, a resiliência (Paladini, Daverio, Moreno, & Montero, 2005 cit. in Simões, Matos, Tomé, Ferreira, Diniz, & Aventura Social, 2009).

Neste sentido, diversos autores têm desenvolvido várias investigações sobre resiliência com crianças e adolescentes, sendo que as mais citadas, correspondem às primeiras publicações sobre o tema, intituladas por: *Vulnerable but invencible* (Vulneráveis, porém invencíveis), *Overcoming the odds* (superando as adversidades), dos autores Werner e Smith. Nestes estudos, constatou-se que a variável sexo estava relacionada com a resiliência e vulnerabilidade, ou seja, existia uma predominância do sexo feminino nas crianças resilientes e do sexo masculino nas crianças vulneráveis (Werner, & Smith, 1992). Existem também diferenças na emergência de certas formas de inadaptção social, os rapazes manifestam mais perturbações de comportamento, explicadas por uma grande vulnerabilidade ao stress (Fortin, & Bigras, 2000). Outros estudos, demonstraram que perante graves problemas familiares, os rapazes têm maiores probabilidades de desenvolver perturbações emocionais e de comportamento do que as raparigas (Rutter, 1990).

No entanto Werner e Smith (1992), acrescentam que os rapazes só são mais vulneráveis do que as raparigas perante os efeitos do risco e da adversidade na infância, pois, na fase da adolescência, esta tendência inverte-se, e são as raparigas que manifestam maior vulnerabilidade.

Os processos de resiliência têm sido estudados em adolescentes que foram expostos a situações de risco, durante a infância, e que vivem em instituições de acolhimento (Yunes, Miranda, & Cuello, 2004). Concluiu-se que estes processos, desenvolvem-se através das várias redes de apoio que os rodeia, constituindo fatores de proteção, que lhe asseguram segurança e permitem a consolidação de laços afetivos positivos, tanto com os cuidadores como outras crianças/jovens acolhidas (Tomazoni, & Vieira, 2004). A existência de oportunidades para o adolescente formar novos vínculos que lhe possam servir de rede de apoio e novas identificações, que assegure conforto e proteção nos momentos de enfrentamento das situações de stress, constitui um dos maiores fatores protetores e potenciador de resiliência (Howard, & Johnson, 2004; Simpson, Rholes, Oriña, & Grich, 2002).

Segundo Pianta, Egeland e Sroufe (1990), vínculos seguros na infância, equivalem a uma maior resistência ao stress durante o seu desenvolvimento e à adoção de atitudes mais adaptativas durante situações adversas. Assim, a qualidade do vínculo

não é compreendido como um preditor de patologia ou não, mas sim como fator protetor.

Os estudos sobre a resiliência em adolescentes institucionalizados sugerem que esta população apresenta maior risco de insucesso escolar, retenções, absentismo e abandono escolar, sendo que experiências positivas a este nível podem ter um papel determinante no desenvolvimento da resiliência nestes adolescentes (Vinnerljung et al., 2005; Harker, Dobel-Ober, Lawrence, Berridge, & Sinclair, 2003). Também relativamente ao funcionamento cognitivo, físico, psico-social, linguístico e emocional, são apontadas maiores dificuldades e experiências de fracasso nesta população (Alberto, 2002; Rutter, 2000).

Estes estudos indicam que existe um conjunto de recursos internos (competências pessoais e sociais e auto-conceito) e de recursos externos (família, pares, escola e comunidade), que funcionam como fatores de proteção. Aspectos como a cooperação e comunicação, comportamentos pró-sociais, auto-eficácia, empatia, relações afetivas em contextos significativos, expectativas elevadas e participação social, são apontados como recursos essenciais para um desenvolvimento positivo (Delfabbro et al., 2002; Rutter, 2000).

Segundo o estudo de Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004), os adolescentes com níveis superiores de resiliência apresentam uma maior auto-estima, maior relacionamento interpessoal, apoio social, emocional e informacional, e interações positivas, que constituem indicadores positivos de um estilo de vida mais saudável. Acrescentam ainda que existem diferenças ao nível do sexo, sendo que as raparigas possuem maiores níveis de superação das dificuldades, comparativamente com os rapazes.

Os adolescentes resilientes possuem características específicas, nomeadamente ao nível das competências sociais, resolução de problemas, autonomia, confiança no futuro, inteligência, auto-estima, auto-controlo, elevada tolerância à frustração, auto-eficácia; temperamento fácil e capacidade de recuperação face a situações adversas (Werner, & Smith, 1992; Sapienza, & Pedromônico, 2005). No que diz respeito ao nível familiar, são normalmente alvo de uma boa rede de suporte, adequadas práticas parentais e boas condições socioeconómicas. Existência de pelo menos um adulto com quem o adolescente teve uma relação significativa (Werner, & Smith, 1992; Bee, 2003). A estabilidade do agregado familiar, vinculações seguras, afeto e suporte emocional, são também características relacionadas com a resiliência (Collishaw et al., 2007;

Olsson et al., 2003). A rede de suporte social, a vizinhança, a escola, contribuem também para o desenvolvimento de um ambiente de suporte positivo (Olsson et al., 2003).

Face às circunstâncias acima referidas, torna-se fundamental promover a resiliência nesta população, através da implementação de programas específicos e criação de ambientes protetores e saudáveis que potenciem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, que permitam o desenvolvimento harmonioso e equilíbrio emocional dos adolescentes acolhidos.

Como a colocação numa instituição pode implicar sentimentos negativos, como a perda e abandono, na criança ou jovem acolhida, torna-se fundamental restabelecer o seu equilíbrio emocional e proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida.

Assim, a abordagem e compreensão de temáticas como a qualidade de vida, vinculação e resiliência, com adolescentes residentes em instituições de acolhimento, permite-nos melhorar a vida dessa população específica, favorecendo o seu desenvolvimento integral.

Capítulo IV: Aspectos Metodológicos

4.1. Introdução

Neste capítulo salienta-se a pertinência do estudo, apresenta-se o desenho da investigação e respetivos objetivos, descrevem-se os participantes, materiais utilizados e procedimento adotado, incluindo o protocolo de investigação e procedimento estatístico.

4.2. Pertinência do Estudo

As temáticas referentes à institucionalização de crianças e jovens encontram-se em evolução, sendo que nas últimas décadas os estudos sobre esta área tem vindo a aumentar.

O ponto de partida desta investigação emerge do interesse em estudar e compreender como os adolescentes institucionalizados percebem a sua qualidade de vida; como é que após experienciarem situações negativas e traumáticas, conseguem superá-las, traçando trajetórias positivas e ajustáveis; analisar se o tipo de vinculação de cada adolescente o torna mais ou menos resiliente frente às contrariedades da vida.

A qualidade de vida relacionada com a saúde tem sido recentemente estudada nas crianças e jovens, pois esta população é frequentemente incapacitada para se proteger de uma saúde e condições de vida adversas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multi-fatoriais complexos. Assim, a avaliação da qualidade de vida nas crianças e adolescentes é útil para identificar grupos em risco, e relaciona-se com todos os aspetos do bem-estar pessoal (físico, psicológico e social) (Gaspar, & Matos, 2008).

O processo de institucionalização encarado sob uma perspetiva de vinculação, traduz na maioria das vezes, sentimentos de perda, abandono e solidão, na medida em que implica que a criança/jovem se confronte com a realidade de uma negligência ou incapacidade parental, em que a perda se reflete na quebra dos laços afetivos (Strecht, 1998). Vários autores apontam para uma ligação entre maus-tratos ou abusos e uma vinculação insegura, quando comparado com crianças não maltratadas. Uma criança com uma vinculação segura tende a enfrentar o mundo com segurança, confiando mais

em si própria e nos outros. Contudo, quando este vínculo é quebrado ou ameaçado desenvolvem-se perturbações de vinculação (Oosterman, & Schuengel, 2008).

O conceito de resiliência também tem evoluído nos últimos anos e tem sido alvo de vários estudos, nomeadamente nas áreas da infância e adolescência. Diz respeito à capacidade que o indivíduo possui de ultrapassar e superar as adversidades da vida, inclusive de ser transformado por essas mesmas adversidades. O indivíduo vai-se recuperando e desenvolvendo competências que lhe permitam lidar de forma adaptativa com as mesmas. Sobrepõe-se às dificuldades e cresce com elas (Mateo, & Mateo, 2010).

No entanto, ainda existem poucos estudos sobre a qualidade de vida, vinculação e resiliência em adolescentes residentes em instituições de acolhimento, sobretudo que reflitam a realidade Portuguesa. É neste sentido que se pode considerar que esta investigação apresenta uma pertinência significativa, pois existe um número bastante elevado de crianças e jovens, nomeadamente adolescentes, a viverem em instituições de acolhimento em Portugal.

Este estudo poderá contribuir para uma melhoria das políticas sociais e educativas na área da infância e juventude, adequando a intervenção às reais necessidades dos adolescentes acolhidos, através da implementação de projetos ou programas específicos, que visem reduzir o impacto negativo de fatores de risco e promover fatores de proteção, resiliência, e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida. Atendendo ao facto, de que ambientes familiares, humanizados, relacionais e de qualidade, atuam como fatores de proteção, torna-se essencial apostar nesta área de investigação, de forma a melhorar a vida dos adolescentes acolhidos em Instituição, favorecendo assim, o seu desenvolvimento harmonioso.

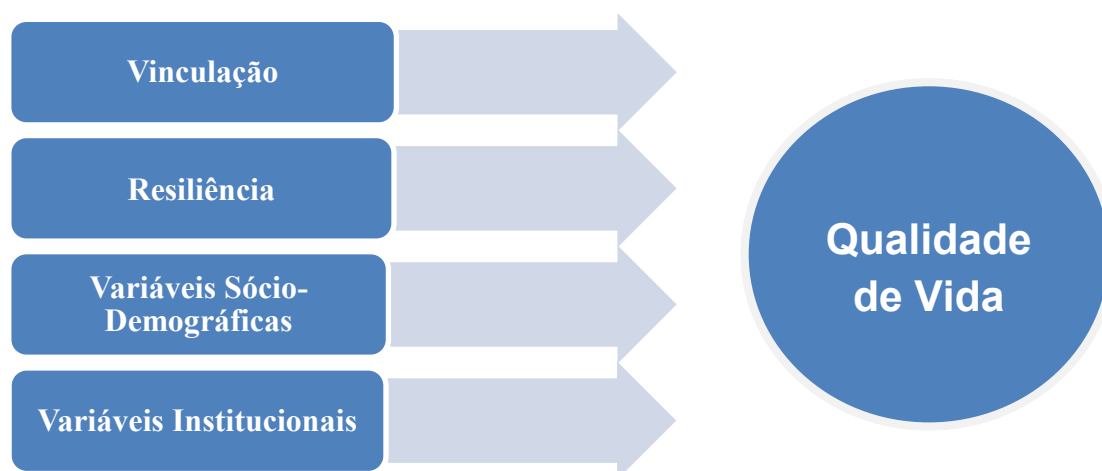
4.3. Desenho da Investigação e Objetivos

O presente estudo exploratório, de carácter observacional, tem como objetivo principal analisar a relação entre a qualidade de vida, o tipo de vinculação e a resiliência em adolescentes institucionalizados. Pretende, ainda, avaliar em que medida é que a capacidade de resiliência e padrões de vinculação seguros nos adolescentes estão relacionados com a sua qualidade de vida.

Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever a amostra em função das características familiares; expectativas escolares em relação ao futuro; e vivência institucional.
2. Descrever a qualidade de vida dos adolescentes institucionalizados, nos seguintes domínios: Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor; Sobre Si Próprio; Tempo Livre; Família, Ambiente Familiar e Vizinhança; Questões Económicas; Amigos; Ambiente Escolar e Aprendizagem; e Provocação.
3. Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre as dimensões da qualidade de vida dos adolescentes institucionalizados e a idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade.
4. Avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida dos adolescentes institucionalizados, em função do sexo, presença ou não de doença crónica, existência ou não de contactos familiares, tipo de ensino e reprovações escolares.
5. Analisar se existe uma relação entre as várias dimensões da qualidade de vida, tipos de vinculação e níveis de resiliência.
6. Descrever o tipo de vinculação e fatores de resiliência em adolescentes institucionalizados.
7. Verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre os diversos tipos de vinculação (segura, ambivalente/ansiosa e evitante) dos adolescentes institucionalizados e a idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade.
8. Investigar se existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos diversos tipos de vinculação (segura, ambivalente/ansiosa e evitante) dos adolescentes institucionalizados, em função do sexo, presença ou não de doença crónica, existência ou não de contactos familiares, tipo de ensino e reprovações escolares.
9. Verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre os fatores de resiliência dos adolescentes institucionalizados e a idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade.
10. Investigar se existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos fatores de resiliência dos adolescentes institucionalizados, em função do sexo, presença ou não de doença crónica, existência ou não de contactos familiares, tipo de ensino e reprovações escolares.

Variáveis em estudo:



4.4. Método

4.4.1. Participantes

Os participantes incluídos neste estudo são adolescentes institucionalizados em Lares de Infância e Juventude do distrito de Bragança. A amostra foi selecionada pelo método de amostragem não probabilística por conveniência, e é constituída por 109 indivíduos, de ambos os sexos (Quadro 1), com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos (Quadro 2).

Foram selecionadas cinco instituições de acolhimento do distrito de Bragança, que acolhem unicamente crianças/jovens do sexo masculino ou sexo feminino, sendo que três instituições acolhiam raparigas e as restantes duas acolhiam rapazes.

Quadro 1.

Distribuição dos participantes em função do sexo

Sexo	<i>n</i>	%
Feminino	62	56,9%
Masculino	47	43,1%
Total (N)	109	100%

Quadro 2.

Idade dos participantes

Idade dos participantes (N=109)	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Idade	14,65	1,983	10	17

Relativamente à zona de residência, verifica-se que a grande percentagem dos participantes residia na zona norte, sendo que apenas um adolescente residia na zona sul. Em relação à nacionalidade, constata-se que a maioria dos participantes tem nacionalidade portuguesa, existindo uma percentagem de 90% (Quadro 3).

Quadro 3.

Distribuição dos participantes em função da zona de residência e da sua nacionalidade

		<i>n</i>	%
Zona de Residência	Norte	105	96,3%
	Centro	3	2,8%
	Sul	1	0,9%
Nacionalidade		<i>n</i>	%
	Angola	1	0,9%
	Brasileira	1	0,9%
	Espanhola	5	4,6%
	Francesa	4	3,7%
	Guineense	1	0,9%
	Portuguesa	97	89,9%

Os adolescentes são estudantes do 1º, 2º, 3º ciclo, secundário e universitário, do ensino regular, de cursos de educação e formação (CEF) e programa integrado de educação e formação (PIEF). Conclui-se que o tipo de ensino mais representativo é o regular (76), nomeadamente o 6º ano, com uma frequência de 23, seguindo-se o 9º ano com 22 (Quadro 4).

Quadro 4.

Situação Escolar dos participantes

Ano de Escolaridade	<i>n</i>	%
1	1	0,9%
3	1	0,9%
4	3	2,8%
5	5	4,6%
6	23	21,1%
7	13	11,9%
8	15	13,8%
9	22	20,2%
10	15	13,8%
11	7	6,4%
12	2	1,8%
13 (Universidade)	2	1,8%
Tipo de Ensino		
Regular	76	70,4%
Profissional	32	29,6%

4.4.2. Material**4.4.2.1. Questionário Sócio-Demográfico**

Para o presente estudo foi desenvolvido um questionário Sócio-Demográfico, com o intuito de caracterizar a amostra (cf. Anexo 1). Pretende obter informação dos participantes sobre identificação pessoal (sexo, data de nascimento, idade, naturalidade, nacionalidade e zona de residência); identificação e hábitos na instituição (tempo de institucionalização, se viveu noutra instituição, existência de irmãos acolhidos, motivo do acolhimento, visitas na instituição, integração e participação em atividades na instituição/exterior, se partilha quarto); dados familiares (existência de contactos familiares e sua frequência, estado civil dos pais) e escolares (escola e ano de

escolaridade, história de reprovações, como vai para a escola, quanto tempo demora no percurso e com quem vai, motivação escolar e expectativas de futuro-profissão).

4.4.2.2. KIDSCREEN-52 (Versão para crianças e adolescentes)

Este questionário é um instrumento de natureza transcultural, que mede a saúde geral associada à qualidade de vida para crianças e adolescentes. Foi desenvolvido no âmbito do projeto Europeu “Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective” criado pela Comissão Europeia. Foi adaptado e aferido para Portugal, pela equipa portuguesa do projeto Aventura Social. É um questionário de autopreenchimento, cujo tempo de aplicação é de 10 a 15 minutos e destina-se a crianças e jovens com idades entre os 8 e os 18 anos. O questionário é constituído por dez dimensões que descrevem a Qualidade de Vida relacionada com a saúde (Gaspar, & Matos, 2008).

As dez dimensões do instrumento KIDSCREEN-52 são as seguintes (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, cit. in Gaspar, & Matos, 2008):

Saúde e Atividade Física: Refere-se ao nível de atividade, energia e aptidão física da criança/adolescente (prática de desportos específicos ou outras atividades de grupo). Avalia também a capacidade da criança/adolescente brincar e viver energeticamente. Uma pontuação baixa está associada a mal-estar físico/exaustão (não se sentir bem fisicamente, ter baixa energia). Uma pontuação elevada implica bem-estar físico (uma boa forma física, saudável e energética).

Sentimentos: Avalia o bem-estar psicológico da criança/adolescente (sentimentos, emoções positivas e satisfação com a vida). Uma pontuação baixa indica insatisfação com a vida, falta de prazer e experiência de poucas emoções positivas. Pontuação elevada revela satisfação, prazer e alegria com a vida, perceção de emoções positivas (felicidade, alegria) e olhar positivo sobre a vida.

Estado de Humor Geral: Refere-se à avaliação de sentimentos e emoções negativos. Avalia a presença e perceção de sentimentos depressivos e stressantes (solidão, tristeza, insuficiência/insuficiência e resignação). Uma pontuação baixa indica existência de sentimentos negativos como a depressão, mau humor e infelicidade. Uma pontuação elevada sugere bem-estar e bom humor.

Auto-percepção (sobre si próprio): Analisa a percepção que a criança/adolescente tem de si próprio, considerando se a imagem corporal é percebida positiva ou negativamente. Ou seja, avalia a segurança e satisfação do adolescente consigo próprio e com a sua aparência e a percepção de quando positivamente os outros o avaliam. Uma pontuação baixa sugere uma imagem corporal negativa, infelicidade, insatisfação ou desconforto com a sua aparência e uma baixa auto-estima. Uma pontuação elevada indica auto-confiança, felicidade, satisfação com a imagem corporal, auto-estima, confortável com a sua aparência.

Autonomia/Tempo livre: Avalia o nível de autonomia da criança/adolescente, relacionada com a capacidade para criar e gerir o seu tempo social e de lazer. A forma como molda a sua própria vida, ou como toma decisões em atividades do quotidiano. Implica liberdade de escolha, auto-suficiência e independência. Uma pontuação baixa reflete sentimentos de restrição, opressão e dependência. Uma pontuação alta revela sentimentos de liberdade, independência, autonomia e capacidade de decisão.

Família e Ambiente Familiar: Explora a relação com os pais e o ambiente familiar, considerando a qualidade das interações e sentimentos, entre a criança e os pais ou cuidadores. Uma pontuação baixa indica sentimentos de solidão, negligência, não ser amado e perceber os pais como pouco disponíveis/injustos. Uma pontuação elevada está associada a sentimentos de segurança, sentir-se compreendido, apoiado, amado e bem cuidado, percebe os pais como disponíveis/justos.

Questões Económicas: Avalia a qualidade dos recursos financeiros percebida pelo adolescente. Ou seja, explora se o adolescente sente que tem recursos financeiros que lhe permitam adotar um estilo de vida que é comparável ao das outras crianças/adolescentes e que lhe permita ter oportunidade para fazer atividades em conjunto com os seus pares. Uma pontuação baixa indica sentir que os recursos financeiros estão a limitar o estilo de vida, desvantagem financeira. Uma pontuação alta significa sentir-se satisfeito com os recursos financeiros.

Amigos (Relações interpessoais de apoio social): Explora a natureza e qualidade das relações e interações da criança/adolescente com os pares, bem como o suporte percebido das mesmas. Considera aspetos como a percepção da aceitação e apoio dos amigos, a capacidade para iniciar e manter relações de amizade, comunicação com os outros e a experiência de sentimentos de grupo positivos, sentimentos de pertença ao grupo e o quanto é que a criança se sente respeitada pelos seus pares e amigos. Uma pontuação baixa reflete sentimentos de exclusão, pouca aceitação, falta de apoio pelo

grupo, incapaz de confiar nos seus pares. Uma pontuação elevada indica sentimentos de aceitação, apoio, pertença ao grupo, confiança nos seus pares.

Ambiente Escolar e Aprendizagem: Avalia a percepção que a criança/adolescente tem da sua capacidade cognitiva, de aprendizagem, de concentração e a satisfação acerca da sua competência e desempenho escolar. São considerados aspetos como os sentimentos pela escola e a percepção da sua relação com os professores. Uma pontuação baixa implica existência de sentimentos negativos face à escola, má capacidade escolar, não gostar da escola/professores. Uma pontuação elevada indica satisfação na escola, com boa capacidade escolar e gosto pela vida escolar.

Provocação (Bullying): Refere-se a sentimentos de rejeição pelos pares na escola, bem como a ansiedade para com o grupo de pares. Ou seja, quando um aluno é provocado repetidamente e lhe dizem ou fazem coisas más e desagradáveis. Uma pontuação baixa implica sentir-se provocado, rejeitado e atormentado pelos pares. Uma pontuação alta reflete sentimentos de respeito, aceitação pelos pares, não se sentir provocado.

Nos estudos realizados verificou-se que os instrumentos (versão criança e adolescentes e versão para pais) possuem boas qualidades psicométricas. As dimensões da versão portuguesa do KIDSCREEN-52 apresentam valores de Alpha de Cronbach que variam entre 0,60 (Auto-percepção) e 0,88 (Questões Económicas), com valor global médio de 0,80, o que confirma a sua elevada consistência interna. As dimensões *Sentimentos, Família e Ambiente Familiar*, são referidas pelas crianças e adolescentes, como tendo melhor percepção da QVRS (qualidade de vida relacionada com a saúde) $\geq 80,00$. A dimensão *Ambiente Escolar e Aprendizagem* é a que apresenta valores inferiores na percepção da QVRS (Gaspar, & Matos, 2008).

Como se verifica no quadro 5, os valores de Alpha de Cronbach das dez dimensões do KIDSCREEN-52, estão compreendidos entre o 0,31 e o 0,90. A generalidade das dimensões apresenta valores elevados de consistência interna, sendo que apenas a dimensão da “Auto-Percepção” expressa um valor bastante mais baixo (0,31), à semelhança do que aconteceu nos estudos realizados por Gaspar e Matos, que obteve um valor de (0,60).

No presente estudo é utilizado este instrumento, apenas a versão criança e adolescentes (cf. Anexo 2).

Quadro 5.

Dimensões do KIDSCREEN com os itens pertencentes a cada dimensão e o respectivo Alpha de Cronbach (Adaptado de Gaspar, & Matos, 2008)

Fatores	Itens por fatores	α Adaptação	α Obtido
Saúde e Atividade	1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5	0,77	0,76
Física			
Sentimentos	2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6	0,84	0,87
Estado de Humor	3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7	0,86	0,87
Geral			
Auto-Percepção	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5	0,60	0,31
Autonomia/Tempo	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5	0,81	0,85
Livre			
Família e Ambiente	6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6	0,84	0,90
Familiar			
Questões Económicas	7.1, 7.2, 7.3	0,88	0,90
Amigos	8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.6	0,84	0,89
Ambiente Escolar e	9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6	0,84	0,89
Aprendizagem			
Provocação (Bullying)	10.1, 10.2, 10.3	0,75	0,79
TOTAL	52 itens	0,80	0,87

4.4.2.3. Inventory of Attachment to Childhood and Adolescence (IVIA) – Inventário de Vinculação para a Infância e para a Adolescência (versão auto-avaliação)

Este questionário foi desenvolvido por Carvalho, Soares e Batista (2006), com base nos modelos teóricos propostos por Bowlby (1973) e Ainsworth (1978) e tem como objetivo avaliar um conjunto de comportamentos e representações de vinculação na infância e adolescência, com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos, baseados nos relatos das crianças/jovens (auto-avaliação), e nos relatos parentais (hétero-avaliação) (Carvalho, 2007).

A versão inicial do IVIA era composta por 81 itens, mas devido aos resultados obtidos foram excluídos 17 itens, ficando a medida com 64 itens. A exclusão desses itens prendeu-se com a ambiguidade dos mesmos ou por não apresentarem as dimensões dos comportamentos de vinculação que se pretendia avaliar: segura; ansiosa/ambivalente e evitante. Os itens que saturaram em mais do que um fator ou que não eram comuns às duas versões foram também excluídos, ficando apenas oito itens em cada fator (Carvalho, Soares, & Baptista, 2009).

Desta forma, as versões finais ficaram compostas por 24 itens, que saturam em 3 dimensões da vinculação como já foi referido: *Vinculação Segura*; *Vinculação Ansiosa/Ambivalente* e *Vinculação Evitante*. O primeiro fator mede características relacionadas com a proximidade, procura de ajuda, confiança e de auto-revelação, os fatores de vinculação insegura medem o medo de abandono, rejeição, e expectativas negativas. Os itens avaliam a frequência com que cada comportamento ocorre numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1 - Nunca, 2 - Algumas Vezes, 3 - Muitas Vezes, 4 - Quase Sempre, 5 - Sempre). Os resultados totais para cada dimensão são calculados pelo somatório das respostas aos itens e podem variar entre 8 e 40. Resultados mais elevados em cada dimensão correspondem a maior frequência de comportamentos e representações de vinculação daquele estilo específico (Carvalho, 2007).

Relativamente às qualidades psicométricas do questionário, importa referir que estas demonstram ser muito boas, verificando-se valores elevados de consistência interna (Alpha de Cronbach), designadamente, 0,83 (vinculação segura); 0,85 (vinculação ansiosa/ambivalente) e 0,71 (vinculação evitante). As correlações inter-itens variam entre 0,35 e 0,45 e as correlações item-total variaram entre 0,40 e 0,70 demonstrando a validade das dimensões avaliadas (Carvalho, 2007).

Assim, considera-se que o IVIA é um instrumento fiel e válido para a avaliação da vinculação na infância e adolescência, sendo por isso escolhido para esta investigação (Carvalho, 2007).

O presente estudo obteve também valores elevados de consistência interna, considerando o total da escala. O Valor de Alpha de Cronbach da escala total foi de 0,88. Relativamente às dimensões obteve-se os seguintes valores: 0,83 (vinculação segura); 0,80 (vinculação ansiosa/ambivalente) e 0,73 (vinculação evitante) (Quadro 6).

Quadro 6.

Dimensões do IVIA com os itens pertencentes a cada dimensão e o respectivo Alpha de Cronbach (Adaptado de Carvalho, 2007)

Fatores	Itens por fatores	α Adaptação	α Obtido
Vinculação Segura	8, 10, 15, 16, 17, 31, 32, 33	0,83	0,83
Vinculação Ansiosa/Ambivalente	4, 9, 11, 18, 22, 29, 30, 37	0,85	0,80
Vinculação Evitante	1, 2, 12, 13, 19, 21, 24, 28	0,71	0,73
TOTAL	24 itens	0,85	0,88

Dada as características da população estudada considerou-se que apenas seria pertinente avaliar o conjunto de comportamentos e representações de vinculação com base nos relatos dos adolescentes, sendo apenas utilizada a versão de auto-avaliação (cf. anexo 3).

4.4.2.4. Resilience Scale (RS)

Esta escala foi originalmente criada em Inglês por Wagnild e Young (1993), para aferir níveis de resiliência, ou seja, medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes. A RS era composta por 25 itens numa escala tipo Likert com 7 pontos, sendo que o 1 correspondia a “Discordo Totalmente” e o 7 correspondia a “Concordo Totalmente” (cf. anexo 4) (Wagnild, & Young, 1993).

Os scores possíveis variavam de 25 a 175, com scores elevados refletindo elevada resiliência. Segundo Wagnild e Young (2003) uma pontuação compreendida entre 25 e 115, traduz um nível baixo de resiliência, uma pontuação de 116 a 145 equivale a um nível moderado de resiliência e um valor entre 146 e 175 corresponde a um nível alto de resiliência.

Foram identificadas 5 componentes constituintes da resiliência: Serenidade, Perseverança, Auto-confiança, Sentido de vida e Auto-suficiência. Os vários estudos desenvolvidos demonstraram uma aceitável consistência interna e boa estabilidade temporal (Felgueiras, Festas, & Vieira, s/data).

A escala de resiliência foi adaptada e validada para a população portuguesa por Felgueiras (2008). A autora inicialmente optou por conservar os 25 itens originais da escala. Contudo, o item 5 mostrou uma correlação baixa e quando retirado verificou-se um aumento ligeiro do Alpha de Cronbach. Neste sentido, o item 5 foi eliminado, ficando a escala com 24 itens. O valor de Alpha de Cronbach foi de 0,82, evidenciado uma boa consistência interna e a correlação do teste-reteste foi de 0,72 ($p < 0,001$), demonstrando boa estabilidade temporal. A escala apresentou tal como a versão inicial de Wagnild e Young, uma estrutura multidimensional com cinco componentes.

As cinco componentes principais identificadas na Escala de Resiliência são as seguintes (Felgueiras, 2008):

Perseverança: Persistência apesar da adversidade ou desencorajamento, está relacionada com a vontade de continuar a lutar pela reconstrução da própria vida, continuar envolvido e praticar autodisciplina.

Auto-confiança: Crença em si próprio e nas suas capacidades, capacidade de o indivíduo depender de si próprio e reconhecer as suas forças e limitações pessoais.

Serenidade: Perspetiva equilibrada da sua própria vida e experiências, implica a capacidade de considerar uma ampla variedade de experiências, de se libertar e aceitar os acontecimentos, moderando desta forma respostas extremas à adversidade.

Sentido de Vida: Reconhecimento que a vida tem um sentido e avaliação da contribuição de cada um. Ou seja, o facto de se ter algo por que viver.

Auto-suficiência: Consciência de que o caminho de vida de cada pessoa é único. Confere um sentimento de liberdade e sentido de unicidade.

Os valores de Alpha de Cronbach obtidos neste estudo são os seguintes: 0,50 (auto-suficiência); 0,60 (sentido de vida) e (serenidade); 0,80 (auto-confiança) e 0,86 (perseverança).

Apesar da dimensão auto-suficiência apresentar um valor de α inferior ao desejável, a escala total obteve um valor elevado de 0,92, superior ao estudo de validação para a população portuguesa, demonstrando assim, níveis adequados de consistência interna (Quadro 7).

Quadro 7.

Dimensões da RS com os itens pertencentes a cada dimensão e o respetivo Alpha de Cronbach (Adaptado de Felgueiras, 2008)

Fatores	Itens por fatores	α Adaptação	α Obtido
Perseverança	1, 2, 9, 10, 23, 24	0,71	0,86
Auto-confiança	14, 15, 17, 18, 19, 20, 22	0,68	0,80
Serenidade	4, 6, 12, 16	0,51	0,60
Sentido de Vida	8, 11, 13, 21, 25	0,39	0,60
Auto-suficiência	3,7	0,53	0,50
TOTAL	24 itens	0,82	0,92

Os resultados indicam que a versão adaptada para o português possui também boas características psicométricas em termos de validade de conteúdo, de construto e sensibilidade, constituindo um bom instrumento para estudar a resiliência na população adolescente (Felgueiras, 2008).

4.5. Procedimento

Na realização deste estudo, todos os princípios éticos inerentes a qualquer investigação foram assegurados. Após a seleção dos instrumentos de recolha de dados, foram contactados os respetivos autores, sendo-lhes solicitada autorização para a sua utilização. Mostrou-se disponibilidade para, no final do estudo, ser enviada cópia do relatório científico aos autores dos instrumentos (cf. Anexo 5).

Procedeu-se igualmente ao pedido de autorização e à apresentação do projeto de investigação à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, sendo concedida (cf. Anexo 9 e Anexo 10).

Após as respetivas autorizações da Comissão de Ética e autores dos instrumentos de avaliação, enviou-se para cada Instituição o pedido de autorização de aplicação dos questionários, sendo garantido o seu anonimato e a confidencialidade dos dados (cf. Anexo 6). O consentimento livre e informado, dos adolescentes e seus representantes legais, foi recolhido em conformidade com os padrões éticos da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e a Lei Portuguesa (cf. Anexo 7 e Anexo 8).

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e todos os procedimentos do mesmo, sendo-lhes garantida a total liberdade para aceitar ou rejeitar a sua participação no estudo, bem como desistir a qualquer momento se assim o entenderem, sem qualquer prejuízo ou dano para si, mesmo que o seu responsável legal o autorizasse.

Os critérios de inclusão desta amostra foram os seguintes: adolescentes (dos 10 aos 17 anos), institucionalizados em Lares de Infância e Juventude do Distrito de Bragança, que assinaram o consentimento informado.

Todos os participantes responderam aos seguintes questionários: questionário sócio-demográfico, KIDSCREEN-52, IVIA – Inventário de Vinculação para a Infância e para a Adolescência (versão auto-avaliação) e Resilience Scale (RS), em grupos reduzidos (de 5 elementos) numa sala sossegada de cada um dos LIJ, onde apenas se encontravam os adolescentes e a investigadora, assegurando-se a privacidade de cada participante durante o preenchimento dos questionários. As instruções foram lidas em voz alta e, durante a administração do protocolo de investigação, foram esclarecidas algumas dúvidas ou questões.

O preenchimento do protocolo teve uma duração aproximada de 30 minutos.

O consentimento informado foi mantido separado do protocolo de avaliação, de forma a garantir que os participantes não pudessem ser identificados, assegurando-se o seu anonimato.

A recolha de dados ocorreu entre os meses de Julho, Agosto e Setembro de 2013.

Após a administração dos questionários procedeu-se à elaboração da base de dados e conseqüente análise estatística, utilizando o programa Estatístico, o Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 20.

A análise descritiva dos dados possibilita patentear os resultados da amostra em estudo (Ribeiro, 2007). Assim, numa primeira análise realizou-se a caracterização da amostra com base no questionário Sócio-Demográfico, criado para obter informação pessoal, familiar, escolar e vivência institucional, acerca dos participantes.

Na descrição da amostra em função das características familiares, expectativas escolares em relação ao futuro e vivência institucional, assim como, na descrição da qualidade de vida, vinculação e resiliência foram conduzidas distribuição de frequências, médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos.

Para analisar a relação entre as dimensões da qualidade de vida, tipos de vinculação e os fatores de resiliência dos adolescentes institucionalizados em função das

variáveis idade, duração do acolhimento e o nível de escolaridade foi utilizado o teste Correlação de Pearson. Foi também analisada a relação entre as várias dimensões da qualidade de vida, vinculação e resiliência através dos testes One-Way ANOVA e teste Post-Hoc de Bonferroni.

Procedeu-se à identificação dos adolescentes que apresentam níveis mais elevados ou mais baixos de resiliência.

Posteriormente analisaram-se as diferenças estatisticamente significativas da qualidade de vida, tipos de vinculação e os fatores de resiliência, em função das variáveis sexo, existência ou não de contactos familiares, tipo de ensino e antecedentes de reprovações escolares, procedeu-se à comparação de médias através do teste *t de Student* e do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para amostras independentes.

Capítulo V: Resultados

Neste capítulo é apresentada a análise dos dados, conduzida com o intuito de alcançar os objetivos propostos no presente estudo.

O **primeiro** objetivo específico pretende descrever a amostra em função das características familiares, expectativas escolares em relação ao futuro e vivência institucional.

No que diz respeito às características familiares, nomeadamente à situação dos pais, conclui-se que a grande percentagem dos adolescentes (51,4%) tem os pais separados ou divorciados, o mesmo se constata no que concerne à existência de irmãos, pois quase todos têm irmãos (95,4%). Em relação aos contactos estabelecidos, verifica-se que 97,2% mantêm contactos com os familiares. Uma percentagem de 40,4% dos adolescentes relata que não mantêm contacto, especificamente com o pai (Quadro 8).

Quadro 8.

Identificação Familiar

Situação dos pais		<i>n</i>	%
O meu pai e a minha mãe vivem juntos		30	27,5%
O meu pai e a minha mãe estão separados ou divorciados		56	51,4%
O meu pai já faleceu		15	13,8%
A minha mãe já faleceu		2	1,8%
Outro		6	5,5%
Tem irmãos	Sim	104	95,4%
	Não	5	4,6%
Contactos familiares	Sim	106	97,2%
	Não	3	2,8%
Contacto com o pai	Sim	65	59,6%
	Não	44	40,4%
Contacto com a mãe	Sim	99	90,8%
	Não	10	9,2%
Contacto com irmãos	Sim	93	86,9%
	Não	14	13,1%

No que concerne às expectativas escolares em relação ao futuro, constatou-se que 74,3% dos adolescentes tem uma ideia acerca da profissão que quer ter no futuro, referindo até mais do que uma. Verificou-se que existe uma preferência por profissões diferenciadas, sendo que, as categorias profissionais mais mencionadas foram a de *Especialistas das atividades intelectuais e científicas*, com uma percentagem de 38,5%, seguindo-se a categoria de *Trabalhadores de serviços pessoais de proteção, segurança e vendedores* com 20,2% e a de *Técnicos e Profissionais de nível intermédio* com uma percentagem de 16,5% (Quadro 9).

Quadro 9.

Expectativas acerca de uma profissão no futuro

Ideia de uma profissão no futuro	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	81	74,3%
Não	28	25,7%
Categorias Profissionais		
Forças Armadas	1	0,9%
Representação do poder legislativo e de órgãos executivos dirigentes, diretores e gestores	1	0,9%
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	42	38,5%
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	18	16,5%
Pessoal Administrativo	1	0,9%
Trabalhadores de serviços pessoais de proteção, segurança e vendedores	22	20,2%
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	6	5,5%
Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores de montagem	1	0,9%
Trabalhadores não qualificados	1	0,9%

Relativamente ao item gostar de estudar, a maioria dos participantes responde positivamente (Quadro 10).

Quadro 10.

Distribuição dos participantes em função do gostar de estudar

	<i>n</i>	%	
Gostar de Estudar	Muito Pouco	18	16,7%
	Pouco	28	25,9%
	Médio	40	37,0%
	Muito	18	16,7%
	Bastante	4	3,7%

Como se pode verificar, a maioria dos adolescentes já reprovou de ano (64,2%), sendo que 33 % o fez mais do que uma vez (Quadro 11).

Quadro 11.

Distribuição dos participantes em função da existência de reprovações

Reprovações	<i>n</i>	%
Sim	70	64,2%
Não	39	35,8%

Número de Reprovações	<i>n</i>	%
1	34	31,2%
2	23	21,1%
3	8	7,3%
4	3	2,8%
5	1	0,9%

No Quadro 12 podemos constatar que a grande maioria dos adolescentes (63,3%) costuma fazer o trajeto para a escola a pé, sendo acompanhada por colegas/amigos (77,9%).

Em relação ao tempo que demoram a chegar à escola constatamos que a maioria dos adolescentes demora menos de 10 minutos (59,6%) (Quadro 12).

Quadro 12.

Distribuição dos participantes em função da realização do percurso para a escola

Como vai para a escola	<i>n</i>	%
A pé	69	63,3%
Autocarro	21	19,3%
Carrinha	1	0,9%
Bicicleta	17	15,6%
Metro	1	0,9%
<hr/>		
Com quem costuma ir para a escola	<i>n</i>	%
Amigos/colegas	85	77,9%
Funcionários da instituição	9	8,3%
Namorada	1	0,9%
Sozinho/a	12	11,01%
<hr/>		
Quanto tempo demora a chegar à escola	<i>n</i>	%
0 a 10 minutos	65	59,6%
11 a 20 minutos	36	33,03%
21 a 30 minutos	4	3,7%
31 a 40 minutos	2	1,83%
41 a 50 minutos	2	1,83%

Relativamente à vivência institucional, verificamos que os participantes têm uma média de duração de institucionalização de 5 anos, sendo que a maioria destes (67,9%) sabe o motivo que originou a institucionalização. O motivo mais apontado pelos próprios jovens foi a falta de condições (Quadro 13).

Quadro 13.

Tempo de permanência na instituição e motivo do acolhimento

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Tempo que vive na Instituição (meses)	60,94	45,72	1	176
		<i>n</i>		<i>%</i>
Sabe o motivo do acolhimento	Sim	74		67,9%
	Não	35		32,1%
Motivo do acolhimento				
Abandono		3		2,8%
Absentismo Escolar		5		4,6%
Abuso Sexual/Violação		4		3,7%
Alcoolismo progenitores		1		0,9%
Conflitos progenitores		1		0,9%
Desemprego progenitores		1		0,9%
Dificuldades económicas		9		8,3%
Emigração progenitores		4		3,7%
Falta de condições		22		20,2%
Falta de condições habitacionais		1		0,9%
Inadaptação familiar		1		0,9%
Mau comportamento/falta de regras		3		2,8%
Mau relacionamento com os progenitores		2		1,8%
Maus-tratos		2		1,8%
Mudança Instituição		1		0,9%
Negligência		2		1,8%
Prisão progenitor		1		0,9%
Problemas de saúde progenitor		2		1,8%
Problemas pessoais		1		0,9%
Problemas familiares		3		2,8%
Rebeldia irmão		1		0,9%
Separação pais		2		1,8%
Situação profissional progenitores		1		0,9%
Violência doméstica		2		1,8%

Verifica-se que 42,2% dos participantes tem também irmãos institucionalizados, sendo que 35,8% já viveu noutra instituição. Uma grande percentagem dos adolescentes refere sentir-se bem na instituição (78,6%), considerando que lá têm amigos e que as suas ideias são valorizadas. Em relação às visitas na instituição, a maioria (80,7%) refere que tem algumas vezes. Constata-se que 82 jovens dividem o quarto na instituição (Quadro 14).

Quadro 14.

Vivências e rotinas diárias na instituição

		<i>n</i>	%
Já viveu noutra Instituição	Sim	39	35,8%
	Não	70	64,2%
Irmãos acolhidos na Instituição	Sim	46	42,2%
	Não	63	57,8%
Amigos na Instituição	Sim	101	92,7%
	Não	8	7,3%
Divide o quarto	Sim	82	75,2%
	Não	27	24,8%
Sentir-se bem na instituição	Sim	86	78,9%
	Não	23	21,1%
Visitas na Instituição	Nunca	21	19,3%
	Algumas Vezes	65	59,6%
	Muitas Vezes	9	8,3%
	Quase Sempre	8	7,3%
	Sempre	6	5,5%
Sentir que as suas ideias são valorizadas	Sim	84	77,8%
	Não	24	22,2%

Quanto à participação nas atividades da instituição, existe uma percentagem bastante elevada de adesão nas mesmas (84,4%), destacando-se as de âmbito desportivo (50,5%). As atividades no exterior têm uma adesão de 60,6%, destacando-se igualmente as de carácter desportivo (40,4%) (Quadro 15).

Quadro 15.

Participação em atividades da instituição e do exterior

Participar em atividades na Instituição	<i>n</i>	%
Sim	92	84,4%
Não	17	15,6%
Atividades		
Atividades Culturais	15	13,8%
Atividades Desportivas	55	50,5%
Atividades Educativas	22	20,2%
Atividades Lúdicas/Recreativas	42	38,5%
Atividades Musicais	10	9,2%
Atividades Religiosas	8	7,3%
Participar em atividades no Exterior		
Sim	66	60,6%
Não	43	39,4%
Atividades		
Atividades Culturais	9	8,3%
Atividades Desportivas	44	40,4%
Atividades Educativas	7	6,4%
Atividades Lúdicas/Recreativas	9	8,3%
Atividades Musicais	1	0,9%
Atividades Religiosas	2	1,8%

O **segundo** objetivo específico pretende descrever a qualidade de vida dos adolescentes institucionalizados, nos seguintes domínios: Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor; Sobre Si Próprio; Tempo Livre; Família, Ambiente Familiar e Vizinhança; Questões Económicas; Amigos; Ambiente Escolar e Aprendizagem; e Provocação. No quadro 16, apresentam-se os valores obtidos através da análise dos resultados do instrumento KIDSCREEN-52. Para cada uma das dimensões do instrumento, são apresentados os dados descritivos (média, desvio-padrão, valores mínimos e valores máximos). Verifica-se que das dez dimensões do KIDSCREEN-52, a dimensão *Amigos* é a que apresenta um valor mais alto, por outro lado, a dimensão *Provocação*, é a que demonstra um valor mais baixo. As dimensões

Estado de Humor Geral e *Questões Económicas* apresentam também valores mais baixos. Consta-se ainda, que 92,7% dos adolescentes mencionam não possuir qualquer deficiência, doença ou condição física crónica, tendo apenas referido sim, 8 participantes. Dos tipos de doenças mais mencionadas pelos adolescentes destacam-se as respiratórias (4) (Quadro 16).

Quadro 16.

Descritivos das dimensões da qualidade de vida (KIDSCREEN-52) e distribuição dos participantes em função da existência de alguma deficiência, doença ou condição física crónica

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Saúde e Atividade Física	17,83	4,22	8	25
Sentimentos	21,29	5,28	10	30
Estado de Humor Geral	18,86	6,33	7	35
Sobre si Próprio	15,66	3,43	5	25
Tempo Livre	18,01	5,11	5	25
Família e Ambiente Familiar	21,53	6,85	6	30
Questões Económicas	8,77	3,83	3	15
Amigos	22,66	5,62	6	30
Ambiente Escolar e Aprendizagem	18,28	6,04	6	30
Provocação	5,77	2,90	3	15
Deficiência/doença/Condição física crónica		<i>n</i>		<i>%</i>
Sim		8		7,3%
Respiratória		4		50%
Mental		1		12,5%
Visual		1		12,5%
Não		101		92,7%

O **terceiro** objetivo consiste em analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre as dimensões da qualidade de vida dos adolescentes institucionalizados e a idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade. Apresentamos os resultados do coeficiente de correlação de Pearson e verificamos que, para o total de participantes, existe uma correlação negativa significativa, entre a dimensão *Saúde e Atividade Física* e a idade. A correlação é igualmente negativa significativa entre a idade e a dimensão *Família e Ambiente Familiar*. Isto é, à medida que a idade aumenta, menor é a percepção da QV. Nesses domínios específicos, relativamente à relação entre QV e duração do acolhimento e nível de escolaridade, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas (Quadro 17).

Quadro 17.

Correlações entre as variáveis idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade com as subescalas do KIDSCREEN

Dimensões	Idade	Duração do acolhimento	Escolaridade
1	$r = -0,20^*$; $p = 0,04$	$r = 0,02$; $p = 0,81$	$r = -0,06$; $p = 0,53$
2	$r = -0,11$; $p = 0,25$	$r = -0,04$; $p = 0,69$	$r = -0,06$; $p = 0,57$
3	$r = -0,01$; $p = 0,82$	$r = -0,06$; $p = 0,74$	$r = 0,03$; $p = 0,89$
4	$r = -0,02$; $p = 0,92$	$r = 0,17$; $p = 0,55$	$r = -0,01$; $p = 0,74$
5	$r = -0,14$; $p = 0,14$	$r = -0,01$; $p = 0,90$	$r = -0,08$; $p = 0,41$
6	$r = -0,23^*$; $p = 0,02$	$r = 0,04$; $p = 0,72$	$r = -0,09$; $p = 0,36$
7	$r = 0,07$; $p = 0,47$	$r = 0,15$; $p = 0,12$	$r = -0,08$; $p = 0,39$
8	$r = -0,13$; $p = 0,17$	$r = 0,08$; $p = 0,41$	$r = -0,02$; $p = 0,81$
9	$r = -0,01$; $p = 0,92$	$r = 0,14$; $p = 0,15$	$r = -0,05$; $p = 0,59$
10	$r = -0,04$; $p = 0,69$	$r = 0,02$; $p = 0,83$	$r = -0,03$; $p = 0,75$

* $p < 0,05$

(1- Saúde e Atividade Física; 2- Sentimentos; 3- Estado de Humor Geral; 4- Sobre si próprio; 5- Tempo Livre; 6- Família e Ambiente Familiar; 7- Questões Económicas; 8- Amigos; 9- Ambiente Escolar e Aprendizagem; 10- Provocação)

Para o **quarto** objetivo formulado nesta investigação, que procura explorar se existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida dos adolescentes institucionalizados, em função do sexo, presença ou não de doença crónica, existência ou não de contactos familiares, tipo de ensino frequentado e antecedentes de reprovações escolares, procedeu-se à comparação de médias através do teste *t de Student* e do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para amostras independentes.

De acordo com o Quadro 18, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas na perceção da qualidade de vida, nomeadamente nas dimensões *Sentimentos*; *Tempo Livre*; e *Família e Ambiente Familiar*, sendo que os adolescentes do sexo masculino apresentam melhor perceção da qualidade de vida nas dimensões referidas. Para as restantes dimensões não se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos (Quadro 18).

Quadro 18.

Diferenças na perceção da qualidade de vida em função do sexo

Dimensões	Raparigas		Rapazes		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Saúde e Atividade Física	17,8	4,2	18,7	4,2	-1,89	0,06
Sentimentos	20,3	5,4	22,6	4,9	-2,24	0,03*
Estado de Humor Geral	19,4	6,6	18,2	5,9	1,03	0,31
Sobre si Próprio	15,6	3,9	15,7	2,8	-0,20	0,84
Tempo Livre	16,7	5,2	19,9	4,4	-3,39	0,01*
Família e Ambiente Familiar	20,4	7,4	23	5,9	-2,03	0,04*
Questões Económicas	8,7	3,9	8,9	3,7	-0,21	0,83
Amigos	22,3	5,8	23,1	5,5	-0,70	0,48
Ambiente Escolar e Aprendizagem	17,6	5,8	19,2	6,2	-1,40	0,16
Provocação	5,8	3,1	5,7	2,6	0,11	0,9

* $p < 0,05$

Relativamente à análise da existência de diferenças estatisticamente significativas na perceção da qualidade de vida entre adolescentes com e sem doença crónica, optou-se por não explorar esta questão, por se considerar, que não tem sentido fazer uma análise estatística de uma frequência tão baixa (8).

Analisando a relação entre a percepção da qualidade de vida e a existência de contactos familiares, constatamos que os adolescentes que mantêm esses contactos, apresentam valores médios significativamente mais elevados na dimensão *Família e Ambiente Familiar* ($p < 0,05$). Nas restantes dimensões não se verificaram diferenças significativas (Quadro 19).

Quadro 19.

Diferenças na percepção da qualidade de vida em função da existência de contactos familiares

	Sem contactos	Com contactos		
Dimensões KIDSCREEN	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Saúde e Atividade Física	34,8	55,6	98,5	0,26
Sentimentos	30,0	55,7	84	0,16
Estado de Humor Geral	52,5	55,1	151,5	0,89
Sobre si próprio	40,7	55,4	116	0,42
Tempo Livre	34,3	55,1	97	0,26
Família e Ambiente Familiar	14,7	56,1	38	0,03*
Questões Económicas	49,3	54,7	142	0,77
Amigos	24,3	55,9	67	0,09
Ambiente Escolar e Aprendizagem	38,3	55,5	109	0,35
Provocação	82,3	54,2	77	0,12

* $p < 0,05$

Não existem diferenças estatisticamente significativas quanto às dimensões da qualidade de vida do KIDSCREEN em função do tipo de ensino (regular/profissional) (Quadro 20).

No que diz respeito à qualidade de vida e às reprovações escolares, constatou-se que não existe uma relação estatisticamente significativa entre essas variáveis (Quadro 21).

Quadro 20.

Diferenças na qualidade de vida, em função do tipo de ensino

Dimensões	Regular		Profissional		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Saúde e Atividade Física	18,2	4,3	16,9	4,07	1,46	0,15
Sentimentos	21,7	5,3	20,4	5,4	1,17	0,24
Estado de Humor Geral	18,9	6,1	18,8	7,06	0,10	0,92
Sobre si Próprio	15,7	3,3	15,4	3,8	0,45	0,66
Tempo Livre	17,9	5,4	18,2	4,57	-0,26	0,79
Família e Ambiente Familiar	22,3	6,7	19,7	6,95	1,82	0,07
Questões Económicas	8,9	3,9	8,5	3,8	0,37	0,71
Amigos	23,1	5,6	21,5	5,5	1,39	0,17
Ambiente Escolar e Aprendizagem	17,9	5,7	18,9	6,8	-0,80	0,43
Provocação	5,6	2,7	6,09	3,4	-0,77	0,44

* $p < 0,05$

Quadro 21.

Diferenças na qualidade de vida em função de reprovações escolares

Dimensões	Sem		Com		<i>t</i>	<i>p</i>
	Reprovações		Reprovações			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Saúde e Atividade Física	18,7	4,2	17,3	4,2	1,74	0,09
Sentimentos	20,9	4,9	21,5	5,5	-0,54	0,59
Estado de Humor Geral	19,2	6,2	18,7	6,4	0,42	0,68
Sobre si Próprio	16,3	2,8	15,3	3,7	1,39	0,17
Tempo Livre	17,9	5,0	18,1	5,2	-0,15	0,89
Família e Ambiente Familiar	22,9	5,1	20,2	7,2	1,84	0,07
Questões Económicas	9,71	4,0	8,2	3,7	1,94	0,06
Amigos	23,5	4,8	22,1	6,0	1,21	0,23
Ambiente Escolar e Aprendizagem	18,5	6,1	18,1	6,1	0,36	0,72
Provocação	5,9	3,0	5,7	2,9	0,31	0,75

* $p < 0,05$

O **quinto** objetivo deste estudo pretende analisar se existe uma relação entre as várias dimensões da qualidade de vida, a vinculação (segura, ansiosa/ambivalente e evitante) e níveis de resiliência.

Procedeu-se a uma análise correlacional realizada através do Coeficiente de Correlação de Pearson, para verificar a relação entre as dimensões da qualidade de vida e a vinculação. Constatamos que, existe uma correlação positiva significativa entre todas as dimensões do KIDSCREEN, com a exceção da *Provocação*, no tipo de vinculação segura. Em relação à vinculação ansiosa/evitante apenas as dimensões *Saúde e Atividade Física*; *Sentimentos*; *Família e Ambiente Familiar*; *Amigos*; e *Ambiente Escolar e Aprendizagem* apresentam correlações estatisticamente significativas. A vinculação evitante demonstra correlações nas dimensões *Saúde e Atividade Física*, *Amigos* e *Ambiente Escolar e Aprendizagem* (Quadro 22).

Quadro 22.

Correlações entre a qualidade de vida e os estilos de vinculação

	Vinculação Segura	Vinculação Ansiosa/Ambivalente	Vinculação Evitante
1	$r = 0,457^{**}; p = 0,001$	$r = 0,025^{**}; p = 0,009$	$r = 0,205^{*}; p = 0,033$
2	$r = 0,486^{**}; p = 0,001$	$r = 0,245^{*}; p = 0,010$	$r = 0,155; p = 0,110$
3	$r = 0,310^{**}; p = 0,001$	$r = -0,081; p = 0,401$	$r = -0,032; p = 0,741$
4	$r = 0,254^{**}; p = 0,008$	$r = 0,176; p = 0,68$	$r = 0,175; p = 0,070$
5	$r = 0,347^{**}; p = 0,0001$	$r = 0,143; p = 0,141$	$r = 0,125; p = 0,198$
6	$r = 0,356^{**}; p = 0,0001$	$r = 0,192^{*}; p = 0,046$	$r = 0,168; p = 0,088$
7	$r = 0,206^{*}; p = 0,033$	$r = -0,049; p = 0,611$	$r = 0,129; p = 0,184$
8	$r = 0,663^{**}; p = 0,001$	$r = 0,212^{*}; p = 0,27$	$r = 0,264^{**}; p = 0,006$
9	$r = 0,297^{**}; p = 0,002$	$r = 0,219^{*}; p = 0,22$	$r = 0,329^{**}; p = 0,001$
10	$r = -0,171; p = 0,077$	$r = 0,174; p = 0,071$	$r = 0,048; p = 0,622$

* $p < 0,05$

(1- Saúde e Atividade Física; 2- Sentimentos; 3- Estado de Humor Geral; 4- Sobre si próprio; 5- Tempo Livre; 6- Família e Ambiente Familiar; 7- Questões Económicas; 8- Amigos; 9- Ambiente Escolar e Aprendizagem; 10- Provocação)

Para analisar se existem diferenças ao nível da qualidade de vida entre os jovens que apresentam diferentes níveis de resiliência (baixa, moderada e alta), procedeu-se à comparação de médias através da análise de variância univariada One-Way ANOVA. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões do KIDSCREEN, exceto nas dimensões *Sobre si próprio* e *Questões Económicas* entre jovens com distintos níveis de resiliência. Assim, os adolescentes com níveis de resiliência alta apresentam valores médios significativamente mais elevados na maioria das dimensões do KIDSCREEN-52 (Quadro 23).

Quadro 23.

Diferenças na perceção da qualidade de vida em função dos níveis de resiliência

QV	Baixa resiliência (G1)	Moderada resiliência (G2)	Alta resiliência (G3)			Post-Hoc Bonferroni
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
1	15,77 (3,8)	18,7 (3,5)	21,5 (4,1)	15,1	0,0001*	G1<G2; G1<G3
2	18,8 (4,8)	22,5 (4,6)	24,7 (5,3)	12,3	0,0001*	G1<G2; G1<G3
3	21,8 (5,1)	16,8 (6,4)	16,1 (6,3)	10,3	0,0001*	G1<G2; G1<G3
4	15,4 (3,8)	16,2 (3,4)	15,1 (2,3)	0,97	0,379	
5	15,8 (5,9)	18,9 (4,2)	21,4 (4,7)	10,8	0,0001*	G1<G2; G1<G3
6	19,7 (6,6)	21,8 (6,4)	25,3 (7,2)	5,04	0,008*	G1<G3
7	7,8 (3,3)	9,5 (3,9)	9,7 (4,7)	2,7	0,068	
8	20 (5,7)	24 (4,6)	26,6 (4,1)	14,2	0,0001*	G1<G2; G1<G3
9	16,1 (5,5)	19,2 (6,5)	21,6 (4,2)	7,1	0,001*	G1<G2; G1<G3
10	6,4 (3)	5,6 (2,9)	4,4 (2)	3,4	0,038*	G1<G3

* $p < 0,05$ (1- Saúde e Atividade Física; 2- Sentimentos; 3- Estado de Humor Geral; 4- Sobre si próprio; 5- Tempo Livre; 6- Família e Ambiente Familiar; 7- Questões Económicas; 8- Amigos; 9- Ambiente Escolar e Aprendizagem; 10- Provocação)

A análise dos dados através do Teste Post-Hoc de Bonferroni, permite verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes que apresentam Baixa resiliência e Moderada resiliência nas dimensões *Saúde e Atividade Física*, *Sentimentos*, *Estado de Humor Geral*, *Tempo Livre*, *Amigos*, *Ambiente Escolar e Aprendizagem*.

Este teste identifica uma melhor qualidade de vida ao nível destes domínios nos jovens com um nível de resiliência Moderada, comparativamente aos jovens com um nível de resiliência Baixa.

Constata-se ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes que apresentam Baixa resiliência e Alta resiliência nas dimensões *Saúde e Atividade Física, Sentimentos, Estado de Humor Geral, Autonomia e Tempo livre, Família e Ambiente Familiar, Amigos, Ambiente Escolar e Aprendizagem, Provocação e Bullying*. Verifica-se uma melhor qualidade de vida nos jovens que apresentam Alta resiliência, comparativamente aos jovens que experimentam Baixa resiliência.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os jovens que apresentam Moderada resiliência e Alta resiliência ao nível da qualidade de vida.

Deste modo, constata-se que são os adolescentes com Alta resiliência que apresentam uma melhor qualidade de vida, seguidos pelos adolescentes com Moderada resiliência. Os jovens com Baixa resiliência são os que experimentam uma pior qualidade de vida.

Para analisar as diferenças ao nível da vinculação entre adolescentes que apresentam diferentes níveis de resiliência, procedeu-se à comparação de médias através da análise de variância univariada One-Way ANOVA.

A partir da análise do Quadro 24, podemos concluir que, quando comparados os três grupos de jovens – com resiliência baixa, moderada e alta – observam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente a todos os tipos de vinculação: *Segura, Ansiosa/Ambivalente e Evitante*. Os adolescentes com níveis de resiliência Alta apresentam valores médios significativamente mais elevados em todas as dimensões do IVIA.

A análise de dados, com o Teste Post-Hoc de Bonferroni, permite-nos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os jovens que apresentam Baixa resiliência e Moderada resiliência relativamente à experiência de tipos de vinculação *Segura* e vinculação *Evitante*. Identificam-se melhores resultados nos jovens com níveis de resiliência Moderada, comparativamente aos jovens com resiliência Baixa.

A análise dos dados revela a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os jovens que apresentam Baixa resiliência e Moderada resiliência no tipo de vinculação *Ansiosa/Ambivalente*.

Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os jovens que apresentam Baixa resiliência e Alta resiliência em todos os tipos de vinculação em estudo, nomeadamente, *vinculação Segura*, *Ansiosa/Ambivalente* e *Evitante*. Este teste sugere a experiência de melhores resultados na vinculação nos adolescentes que apresentam Alta resiliência, comparativamente aos jovens que expressam Baixa resiliência.

A análise dos dados através deste teste revela também a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os jovens que apresentam Moderada resiliência e Alta resiliência em todos os tipos de vinculação em estudo, identificando a experiência de melhores resultados em vinculação nos jovens que apresentam Alta resiliência, comparativamente aos jovens com Moderada resiliência.

Deste modo, esta análise permite identificar que são os jovens com Alta resiliência que apresentam melhores resultados na experiência de vinculação, seguidos pelos jovens com Moderada resiliência (Quadro 24).

Quadro 24.

Diferenças nos tipos de vinculação em função dos níveis de resiliência

IVIA	Baixa resiliência (G1)	Moderada resiliência (G2)	Alta resiliência (G3)			Post-Hoc Bonferroni
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
VS	26,7 (5,4)	30,8 (5,9)	36,5 (4,2)	22,5	0,0001*	G1<G2; G1<G3; G2<G3
VA/A	24,4 (6,8)	22,9 (6,5)	30,2 (8,2)	7,5	0,001*	G1<G3; G2<G3
VE	23,8 (5,4)	26,9 (6,1)	30,8 (5,1)	10,7	0,0001*	G1<G2; G1<G3; G2<G3

* $p < 0,05$ (VS- Vinculação Segura; VA/A- Vinculação Ansiosa/Ambivalente; VE- Vinculação Evitante)

O **sexto** objetivo prende-se com a descrição do tipo de vinculação e fatores de resiliência em adolescentes institucionalizados.

No quadro 25, apresentam-se os valores obtidos através da análise dos resultados do IVIA. Para cada uma das dimensões do instrumento são apresentados os dados descritivos (média, desvio-padrão, valores mínimos, valores máximos). Verifica-se que

das três dimensões do IVIA, a dimensão *segura* é a que apresenta um valor mais alto, por outro lado, a dimensão *ansiosa/ambivalente*, é a que demonstra um valor mais baixo (Quadro 25).

Quadro 25.

Descritivos das dimensões do IVIA

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Vinculação Segura	30,01	6,45	8	40
Vinculação Ansiosa/Ambivalente	24,8	7,3	8	40
Vinculação Evitante	26,2	6,1	12	38

A partir da análise do IVIA pode verificar-se que a maioria dos adolescentes apresentam um estilo de vinculação segura (61,5%). O estilo de vinculação segura é mais frequente nos adolescentes do sexo feminino do que no sexo masculino, tal como acontece no estilo evitante. Verifica-se que o tipo de vinculação ansiosa/ambivalente é mais frequente nos adolescentes do sexo masculino (Quadro 26).

Quadro 26.

Distribuição dos participantes em função dos estilos de vinculação e do sexo

IVIA	Sexo Feminino (<i>n</i> =62)		Sexo Masculino (<i>n</i> =47)		Total (<i>n</i> =109)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Vinculação Segura	36	33%	31	28,4%	67	61,5%
Vinculação Ansiosa/Ambivalente	8	7,3%	9	8,25%	17	15,5%
Vinculação Evitante	12	11%	6	5,5%	18	16,5%
Não classificáveis	5	4,6%	2	1,8%	7	6,5%

Verifica-se pelos dados descritos no Quadro 27, que a média dos níveis de resiliência é de 123,62, com um desvio padrão de 25,63, numa escala com amplitude entre 25 e 175 pontos. Obteve-se um valor mínimo de 55 e um valor máximo de 168 pontos.

Quadro 27.

Descrição da Resiliência na Amostra (N=109)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Resilience Scale	123,62	25,63	55	168

Como se pode verificar apenas 19 indivíduos apresentam um nível de resiliência alta, sendo que 9,2% são do sexo feminino e 8,2% são do sexo masculino. Constatou-se que uma percentagem de 39,4% dos adolescentes apresenta uma resiliência moderada, enquanto que a maior frequência (47) se enquadra no nível baixo de resiliência, com uma percentagem de 43,1%, sendo que 22,9% são adolescentes do sexo feminino e 20,2% do sexo masculino (Quadro 28).

Quadro 28.

Identificação dos Adolescentes em função dos níveis de resiliência e do sexo

Resiliência	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total	
	(n=62)		(n=47)		(n=109)	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<115 pontos	25	22,9%	22	20,2%	47	43,1%
≥ 116 ≤ 145 pontos	27	24,7%	16	14,7%	43	39,4%
≥ 146 pontos	10	9,2%	9	8,2%	19	17,4%

Analisando mais pormenorizadamente cada um dos fatores da Escala de Resiliência verificou-se que o fator com valores mais altos corresponde ao II fator (*Autoconfiança*), enquanto que o fator com valores mais baixos corresponde ao fator V (*Auto-Suficiência*) (Quadro 29).

Quadro 29.

Descrição dos fatores da Resilience Scale (RS)

Fatores da RS	Média	DP	Min	Máx
Fator I: Perseverança	29,4	7,9	6	42
Fator II: Auto-confiança	34,4	7,7	21	49
Fator III: Serenidade	20,1	4,9	5	28
Fator IV: Sentido de Vida	25,2	5,9	9	35
Fator V: Auto-Suficiência	9,8	2,6	2	14

Relativamente ao **sétimo** objetivo, verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a vinculação segura, ansiosa/ambivalente e evitante, dos adolescentes institucionalizados e a idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade, efetuamos uma análise correlacional realizada através do Coeficiente de Correlação de Pearson e verificamos que, para o total de participantes, existe uma correlação negativa significativa, entre a dimensão *Vinculação Ansiosa/Ambivalente* e a idade, sendo que nas restantes dimensões não se registam diferenças significativas. À medida que a idade aumenta menor é a vinculação ansiosa/ambivalente.

No que diz respeito à duração do acolhimento constatou-se que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre essa variável com a *Vinculação Segura*. Assim, adolescentes com mais tempo de acolhimento institucional têm resultados mais altos na dimensão vinculação segura. A correlação é igualmente positiva e estatisticamente significativa entre a *Vinculação Evitante* e a escolaridade. Quanto maior o nível de escolaridade mais elevados são os valores obtidos na *Vinculação Evitante* (Quadro 30).

Quadro 30.

Correlações entre as variáveis idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade com as subescalas do IVIA

Dimensões	Idade	Duração do acolhimento	Escolaridade
VS	$r = 0,36; p = 0,709$	$r = \mathbf{0,210^*}; p = 0,029$	$r = 0,083; p = 0,391$
VA/A	$r = \mathbf{-0,190^*}; p = 0,047$	$r = -0,016; p = 0,087$	$r = 0,055; p = 0,573$
VE	$r = 0,102; p = 0,292$	$r = 0,183; p = 0,058$	$r = \mathbf{0,217^*}; p = 0,024$

* $p < 0,05$

(VS- Vinculação Segura; VA/A- Vinculação Ansiosa/Ambivalente; VE- Vinculação Evitante)

Em relação ao **oitavo** objetivo específico, investigar se existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da vinculação (segura, ambivalente/ansiosa e evitante), em função do sexo, presença ou não de doença crónica, existência ou não de contactos familiares, tipo de ensino e reprovações escolares, recorreu-se à comparação de médias através do teste *t de Student* e ao Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para amostras independentes. Tal como mencionado anteriormente, a análise em relação à existência de diferenças significativas no tipo de vinculação entre adolescentes com e sem doença crónica, não foi realizada por existirem apenas 8 adolescentes com doença.

De acordo com o Quadro 31, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas no que diz respeito à vinculação segura, ansiosa/ambivalente e evitante.

Quadro 31.

Diferenças nos tipos de vinculação em função do sexo

Dimensões	Raparigas		Rapazes		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Vinculação Segura	30,2	6,6	29,7	6,3	0,38	0,70
Vinculação Ansiosa/Ambivalente	24,7	7,6	25,08	7,1	-0,3	0,76
Vinculação Evitante	27,11	5,9	25,1	6,2	1,66	0,10

* $p < 0,05$

Comparando os adolescentes que mantêm e os que não mantêm contactos com os familiares, constatamos que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) quanto à vinculação segura, ansiosa/ambivalente e evitante (Quadro 32).

Quadro 32.

Diferenças nos tipos de vinculação em função da existência de contactos familiares

	Sem contactos	Com contactos		
Dimensões IVIA	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Vinculação Segura	37,8	54,9	107,5	0,35
Vinculação Ansiosa/Ambivalente	50,3	55,1	145	0,80
Vinculação Evitante	33,5	55,1	94,5	0,24

* $p < 0,05$

Também não existem diferenças estatisticamente significativas quanto às dimensões da vinculação do IVIA em função do tipo de ensino (regular/profissional) (Quadro 33).

Quadro 33.

Diferenças nos tipos de vinculação em função do tipo de ensino

Dimensões	Regular		Profissional		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Vinculação Segura	30,2	6,6	29,3	6,1	0,62	0,53
Vinculação Ansiosa/Ambivalente	25,1	8,05	24,03	5,52	0,84	0,39
Vinculação Evitante	26,38	6,3	6,1	5,94	0,19	0,85

* $p < 0,05$

Analisou-se se existiam diferenças significativas entre jovens com e sem antecedentes de retenção, quanto ao tipo de vinculação e constatou-se que os adolescentes sem reprovações escolares apresentam valores médios significativamente mais elevados na dimensão da *Vinculação Evitante* ($t(109) = 2,09$; $p = 0,039$). Para as restantes dimensões não existem diferenças estatisticamente significativas (Quadro 34).

Quadro 34.

Diferenças nos tipos de vinculação em função das reprovações escolares

Dimensões	Sem reprovações		Com reprovações		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Vinculação Segura	30,6	5,5	29,6	6,9	0,075	0,45
Vinculação Ansiosa/Ambivalente	25,8	7,7	24,2	7,1	1,06	0,29
Vinculação Evitante	27,7	4,7	25,4	6,7	2,09	0,039*

* $p < 0,05$

O objetivo **nono** pretende verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre fatores de resiliência dos adolescentes institucionalizados e a idade; duração do acolhimento e nível de escolaridade.

Procedeu-se à análise correlacional realizada através do Coeficiente de Correlação de Pearson e concluímos que, não existem diferenças significativas em nenhuma das dimensões da escala de resiliência em função da idade. Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a dimensão *Auto-suficiência* em função da duração do acolhimento e do nível de escolaridade. Os adolescentes com mais tempo de institucionalização e maior nível de escolaridade têm valores mais altos na dimensão *Auto-suficiência* (Quadro 35).

Quadro 35.

Correlações entre as variáveis idade, duração do acolhimento e nível de escolaridade com as subescalas da RS

Dimensões	Idade	Duração do acolhimento	Escolaridade
I	$r = 0,073; p = 0,452$	$r = 0,058; p = 0,549$	$r = 0,117; p = 0,227$
II	$r = 0,031; p = 0,748$	$r = 0,072; p = 0,456$	$r = 0,092; p = 0,340$
III	$r = -0,017; p = 0,860$	$r = 0,126; p = 0,192$	$r = 0,056; p = 0,565$
IV	$r = 0,004; p = 0,967$	$r = 0,029; p = 0,761$	$r = -0,013; p = 0,88$
V	$r = 0,160; p = 0,096$	$r = \mathbf{0,233*}; p = 0,015$	$r = \mathbf{0,226*}; p = 0,018$
VI	$r = 0,047; p = 0,625$	$r = 0,098; p = 0,312$	$r = 0,098; p = 0,312$

* $p < 0,05$ (I- Perseverança; II- Auto-confiança; III- Serenidade; IV- Sentido de Vida; V – Auto-Suficiência e VI- RS)

O **décimo** objetivo específico visa investigar se existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos fatores de resiliência dos adolescentes institucionalizados, em função do sexo, presença ou não de doença crónica, existência ou não de contactos familiares, tipo de ensino e existência de reprovações escolares. Procedeu-se à comparação de médias através do teste *t de Student* e ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para amostras independentes.

Como podemos verificar no Quadro 36, existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao *Sentido de Vida* entre adolescentes dos dois sexos ($t(109) = -1,2$; $p=0,024$), sendo que os rapazes apresentam valores médios mais elevados nesta dimensão.

Para os restantes fatores verifica-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos (Quadro 36).

Quadro 36.

Diferenças nos fatores de resiliência em função do sexo

Dimensões	Raparigas		Rapazes		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Perseverança	29,7	8,46	29	72	0,45	0,65
Auto-confiança	34,7	78	33,9	7,7	0,55	0,58
Serenidade	20,03	4,7	20,2	5,3	-0,23	-0,82
Sentido de Vida	24,6	6,1	25,9	5,6	-1,2	0,024*
Auto-suficiência	9,9	2,7	9,7	2,5	0,30	0,76
Resiliência Total	119	25,1	118,8	24,5	0,02	0,98

* $p < 0,05$

A comparação entre adolescentes com e sem contactos familiares quanto aos fatores de resiliência, permite-nos constatar que os adolescentes que mantêm esses contactos apresentam valores médios significativamente mais elevados na escala total da *Resilience Scale – Escala de Resiliência* ($p=0,018$) e nas dimensões: *Perseverança* ($p=0,022$), *Auto-confiança* ($p=0,025$), *Auto-suficiência* ($p=0,032$) e *Sentido de Vida* ($p=0,026$). Relativamente à dimensão *Serenidade* não se verificaram diferenças significativas entre os adolescentes com e sem contactos com familiares (Quadro 37).

Quadro 37.

Diferenças nos fatores de resiliência em função da existência de contactos familiares

	Sem contactos		Com contactos		<i>p</i>
	<i>M</i>		<i>M</i>	<i>U</i>	
Perseverança	13,8		56,2	35,5	0,022*
Auto-confiança	14,7		56,1	38,0	0,025*
Serenidade	29,8		55,7	385,0	0,161
Sentido de Vida	15,0		56,1	39,0	0,026*
Auto-Suficiência	16,7		56,1	44,0	0,032*
RS Total	12,3		56,2	31,0	0,018*

* $p < 0,05$

Não existem diferenças estatisticamente significativas quanto às dimensões da resiliência em função do tipo de ensino frequentado (regular/profissional) (Quadro 38).

Quadro 38.

Diferenças nos fatores de resiliência em função do tipo de ensino

	Regular		Profissional		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Perseverança	29,6	7,7	28,8	8,5	0,48	0,63
Auto-confiança	34,09	7,7	34,7	7,8	-0,38	0,70
Serenidade	20,5	5,2	19,03	4,03	1,44	0,15
Sentido de Vida	25,5	6,2	24,2	5	0,971	0,33
Auto-suficiência	9,86	2,77	9,5	2,2	0,58	0,55
Resiliência Total	120	25,5	116,3	23,08	0,61	0,54

* $p < 0,05$

No que diz respeito aos fatores de resiliência e às reprovações escolares, também não se constatou uma relação estatisticamente significativa (Quadro 39).

Quadro 39.

Diferenças nos fatores de resiliência em função das reprovações escolares

Dimensões	Sem reprovações		Com reprovações		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Perseverança	29,2	6,7	29,5	8,5	-0,197	-0,84
Auto-confiança	34	6,3	34,6	8,5	-0,410	0,676
Serenidade	20,6	4,11	19,8	5,3	0,767	0,445
Sentido de Vida	24,9	5,3	25,4	6,2	-0,43	0,668
Auto-suficiência	10,1	2,28	9,6	2,8	1,01	0,32
Resiliência Total	118,8	20,36	118,94	27,07	-0,21	0,98

* $p < 0,05$

Capítulo VI: Discussão

Neste capítulo, pretende-se realizar uma síntese e análise crítica dos resultados obtidos à luz do enquadramento teórico que lhe está subjacente e que norteou esta investigação.

Considerando o objetivo principal deste estudo – Analisar a relação entre a qualidade de vida, o tipo de vinculação e a resiliência de adolescentes institucionalizados, delinearam-se 10 objetivos específicos a fim de concretizar o mesmo.

Num primeiro momento caracterizamos a amostra em função das características familiares, expectativas escolares em relação ao futuro e vivência institucional.

Os adolescentes que participaram neste estudo eram maioritariamente raparigas, pois também existem um maior número de instituições (LIJ) que acolhem crianças e jovens do sexo feminino, no distrito de Bragança, local onde foi selecionada a amostra. A média de idades é de 14,65, sendo que estes dados reportam para uma clara tendência, apurada ao longo dos últimos anos, de que a faixa etária a que corresponde uma maior percentagem de acolhimento é a dos 15 e os 17 anos. De acordo ainda, com a última caracterização da situação de acolhimento no nosso país – dados do relatório CASA 2012 – uma percentagem considerável de crianças e jovens são deslocalizadas, devido a falta de vagas em instituições próximas ou para as afastar do perigo em que se encontram. Este facto, acaba por interferir negativamente ao nível da intervenção com a família ou no processo de autonomização, dificultando assim, a efetivação atempada do seu projeto de vida. Contudo, no presente estudo, a maioria dos adolescentes, antes do acolhimento, residia na zona norte, não sendo afastados geograficamente das suas famílias ou outras figuras de referência.

Importa referir que, em relação às características familiares a maioria dos adolescentes tem os pais separados ou divorciados e uma elevada percentagem (95,4%) têm irmãos, sendo que existem elementos da fratria também institucionalizados. Por se considerar que os laços afetivos, presentes na relação entre irmãos, constituem um suporte na partilha da adversidade, a aplicação da medida de acolhimento procura favorecer o contacto ente os membros, através da colocação dos irmãos na mesma instituição (Parker, Ward, Jackson, Aldgate, & Wedge, 1991).

Também se constata uma percentagem bastante elevada relativamente aos contactos estabelecidos no seio familiar, que não incluem unicamente a figura materna ou paterna. O predomínio de adolescentes que têm contactos com os familiares pode ser explicado pela percepção idealizada que algumas crianças desenvolvem acerca da família e do real suporte emocional prestado por esta, mesmo após experiências de maus-tratos (Mota, & Matos, 2010). Vários estudos destacam a percepção idealizada, otimista e positiva da família, nomeadamente na minimização dos pontos desfavoráveis e aspetos que motivaram a institucionalização, considerando que este facto pode estar associado com as diferenças entre o realmente vivenciado e o desejo de realidade (Bravo, & Del Valle, 2003; Siqueira, et al., 2009). Assim, as crianças muitas vezes descrevem e caracterizam o seu meio familiar como próximo e de qualidade, mesmo após experiências abusivas (Siqueira, & Dell’Aglío, 2010). Por outro lado, outros estudos mencionam o apoio prestado pelos profissionais da instituição de acolhimento à família, destacando a cooperação adequada entre os vários elementos, no sentido de potenciar um relacionamento apropriado e uma autonomia da criança/jovem (Manso, Baamonde, Alonso, & Barona, 2011).

Relativamente às características escolares, destacamos que os adolescentes que participaram neste estudo, são estudantes do 1º, 2º, 3º ciclo, secundário e universitário e têm expectativas académicas/profissionais para o futuro. Demonstram satisfação/gosto pelos estudos e uma preferência por profissões diferenciadas. Porém, a grande parte dos adolescentes já reprovou de ano pelo menos uma vez, apesar de lhes serem proporcionadas condições facilitadoras para a realização da sua formação académica. Vários estudos sugerem que crianças em risco podem apresentar dificuldades de adaptação e de aproveitamento na escola, sendo que os jovens institucionalizados têm tendência a obter desempenhos escolares mais baixos (Siqueira, & Dell’Aglío, 2010). Constatou-se, ainda, que os adolescentes, na sua maioria, realizam o percurso entre a instituição e a escola a pé, demoram menos de 10 minutos e são acompanhados por colegas ou amigos.

No que concerne à vivência institucional, verificou-se que os participantes têm uma média de duração de institucionalização de 5 anos, sendo que alguns dos adolescentes já viveram noutra instituição. Estes dados estão de acordo com o relatório CASA 2012, que considera que subsiste ainda um claro predomínio das respostas de acolhimento prolongado em LIJ, embora se considere que o acolhimento institucional deverá ser encarado como uma medida transitória e aplicada apenas em último recurso,

quando esgotadas todas as outras. O facto de a legislação em vigor não determinar um período máximo de permanência da medida, pode constituir um fator explicativo, para perceber porque é que um elevado número de crianças e jovens se perpetuam institucionalizadas ao longo de vários anos. Alguns autores consideram que quanto mais prolongada é a experiência de privação, nomeadamente a duração do acolhimento, mais graves se tornam as suas consequências, sendo que períodos superiores a 6-8 meses, estão relacionados com uma maior tendência para desenvolver problemáticas diversas (Gunnar, Bruce, & Grotevant, 2000). Porém, outras perspetivas defendem que, quando as instituições promovem experiências positivas e reparadoras, o tempo de permanência dos jovens acolhidos pode favorecer a eliminação de várias dificuldades emocionais (Siqueira, & Dell'Aglio, 2006).

A maioria dos participantes refere conhecer o motivo causador do acolhimento, sendo identificado a falta de condições, nomeadamente sócio-económicas. Também o motivo identificado pelos adolescentes pode ter sido condicionado pela perceção idealizada e positiva da família, sendo mais fácil reconhecer um problema familiar de origem “externo” (falta de condições habitacionais) do que propriamente um de origem “interna” (negligência/falta de competências parentais).

De uma forma geral, os adolescentes mencionaram sentir-se bem na instituição, destacando os amigos e a valorização das suas ideias. Também no estudo de Bravo e Del Valle (2003) os adolescentes institucionalizados apontavam os amigos e adultos do contexto institucional, como membros potenciadores de apoio emocional, constituindo assim, fatores protetores no desenvolvimento social e afetivo.

Existe uma grande adesão de participação nas atividades promovidas pela instituição, com especial interesse pelas de âmbito desportivo e lúdico. É de salientar que vários jovens estão integrados na comunidade através da participação de atividades no exterior (clubes de futebol, escolas de música, ginásios, entre outras). A maioria dos adolescentes refere que tem visitas na instituição. Os resultados acabam por ir ao encontro da perspetiva de Zurita e Fernández del Valle (1996) e Bronfenbrenner (1990) já mencionadas anteriormente, de que o acolhimento institucional pode apresentar vantagens, se proporcionar maior oferta de serviços especializados para intervenções de âmbito terapêutico, lúdico, desportivo e educativo, e potenciar o envolvimento com a família. Se a instituição estiver incluída na rede de apoio é capaz de fornecer recursos potenciadores de segurança e proteção, que permitam ao jovem enfrentar as adversidades da vida. Porém, contrariam algumas perspetivas, de que as vivências

comunitárias das crianças e jovens institucionalizados tendem a ser pobres e limitadas ao nível da componente relacional e do eventual suporte no meio envolvente (Goswami, 2011; Martins, 2005). Cada vez mais as instituições têm a preocupação de estar integradas na comunidade e de criar projetos ou parcerias com as entidades exteriores, de forma a potenciar nos jovens experiências enriquecedoras na comunidade, ao nível da socialização e interação humana.

Considerando o segundo objetivo específico onde pretendemos descrever a qualidade de vida dos adolescentes institucionalizados, nos seguintes domínios: *Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor; Sobre Si Próprio; Tempo Livre; Família, Ambiente Familiar e Vizinhança; Questões económicas; Amigos; Ambiente Escolar e Aprendizagem; e Provocação*, analisamos os resultados obtidos.

Os resultados indicam que os adolescentes que participaram neste estudo detêm perceções positivas acerca da sua qualidade de vida em todas as dimensões do KIDSCREEN-52, exceto na dimensão *Provocação*. Examinando as dimensões entre si, constatamos que é relativamente às dimensões *Amigos* (Sentimentos de aceitação, apoio, pertença ao grupo, confiança nos seus pares, implica sentir-se respeitado pelos seus pares e amigos e percebe sentimentos de grupo positivos); *Família e Ambiente Familiar* (Sentimentos de segurança e compreensão, perceção que é amado e bem cuidado pelos pais ou outros cuidadores) e *Sentimentos* (Bem-estar psicológico, satisfação e alegria com a vida), que os adolescentes mencionam uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde. Por outro lado, as dimensões *Provocação, Estado de Humor Geral* e *Questões Económicas*, são as que apresentam valores mais inferiores na perceção da QVRS. Nos estudos de Gaspar e Matos (2008) também se verificaram resultados mais positivos nas dimensões *Sentimentos* e *Família e Ambiente Familiar*, mas resultados mais inferiores na dimensão *Ambiente Escolar e Aprendizagem*.

Comparando os valores médios do estudo realizado com os valores do manual da versão portuguesa do KIDSCREEN-52, verifica-se que, na maioria das dimensões, nomeadamente: *Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Sobre si Próprio; Tempo Livre/Autonomia; Família e Ambiente Familiar; Amigos* e *Ambiente Escolar e Aprendizagem* os valores são semelhantes ou ligeiramente inferiores. Relativamente às dimensões *Estado de Humor Geral, Questões Económicas* e *Provocação*, apresentam valores inferiores, comparativamente com os valores da amostra portuguesa do KIDSCREEN-52. Estes resultados mais negativos, de acordo com os valores de referência dos adolescentes portugueses, refletem-se em sentimentos de rejeição e

ansiedade para com os pares na escola (*Provocação*). Ou seja, o adolescente sente-se provocado, rejeitado e atormentado pelos pares. O *Estado de Humor Geral*, refere-se à avaliação de sentimentos e emoções negativas e stressantes, nomeadamente, mau humor e infelicidade. Constata-se ainda que muitos adolescentes percecionam sentimentos de desvantagem económica, considerando que os recursos financeiros estão a limitar o seu estilo de vida (*Questões Económicas*).

No que concerne à perceção da qualidade de vida em função de variáveis sociodemográficas e institucionais, designadamente a idade; duração de acolhimento e nível de escolaridade, analisou-se a existência ou não de uma relação estatisticamente significativa. De seguida, avaliou-se se existiam diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida de adolescentes institucionalizados, em função das seguintes variáveis: sexo; existência ou não de contactos familiares; tipo de ensino; e reprovações escolares.

Na perceção da qualidade de vida em função da variável idade, verificou-se a existência de uma correlação negativa significativa, na dimensão *Saúde e Atividade Física*. A correlação é igualmente negativa significativa entre a idade e a dimensão *Família e Ambiente Familiar*. Isto é, à medida que a idade aumenta, menor é a perceção da QVRS. Assim, os adolescentes mais velhos têm resultados mais baixos nas dimensões *Saúde e Atividade Física*; e *Família e Ambiente Familiar*, que se traduz num maior índice de mal-estar físico/exaustão, pois o adolescente não se sente bem fisicamente e tem queixas de baixa energia. Estão presentes também sentimentos de solidão, negligência, não ser amado e perceber os pais como pouco disponíveis/injustos. Estes dados são consistentes com os obtidos nos estudos de Gaspar e Matos (2008), pois quando é analisada a relação entre dois grupos etários (crianças/adolescentes), quanto à sua perceção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, verifica-se que o grupo das crianças apresenta valores mais elevados do que o grupo dos adolescentes. Este facto, pode ser explicado pelas próprias alterações físicas, psicológicas e sociais, ocorridas neste período de transição, ao qual corresponde a adolescência.

Em relação às outras variáveis, duração do acolhimento e nível de escolaridade não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com as dimensões do KIDSCREEN.

Na perceção da qualidade de vida, em função da variável sexo, verifica-se que existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas, nas dimensões *Sentimento*; *Tempo Livre*; e *Família e Ambiente Familiar*.

Os adolescentes do sexo masculino apresentam melhor percepção da qualidade de vida nas dimensões referidas. Para as restantes dimensões não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. Estes dados vão ao encontro da revisão bibliográfica realizada, que sugere que a percepção das raparigas relativamente à sua saúde e bem-estar é mais negativa do que a dos rapazes (Ravens-Sieberer e The European, 2005; Gaspar, & Matos, 2008). Os dados corroboram também com os estudos de Gaspar e Matos (2008), que quando comparando os rapazes com as raparigas quanto à sua percepção sobre a própria QVRS, na maioria das dimensões, também se encontram diferenças significativas, em que os rapazes apresentam valores médios mais elevados.

Relativamente à percepção da qualidade de vida em função da existência de uma doença crónica, Gaspar e Matos (2008) concluíram que o grupo que apresenta valores mais elevados é o grupo sem doença crónica, existindo diferenças significativas em todas as dimensões, exceto na dimensão *Ambiente Escolar e Aprendizagem*. No presente estudo optou-se por não realizar esta análise devido ao número reduzido de adolescentes com doença crónica, existindo apenas uma frequência de 8.

Na análise entre a percepção da qualidade de vida e a existência de contactos familiares, constatamos que os adolescentes que mantêm esses contactos, apresentam valores significativamente mais elevados na dimensão *Família e Ambiente Familiar*. Nas variáveis tipo de ensino (regular/profissional) e reprovações escolares não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito ao quinto objetivo desta investigação – analisar se existe uma relação entre as várias dimensões da qualidade de vida, tipos de vinculação e níveis de resiliência, importa referir que, existe uma correlação positiva significativa para todas as dimensões do KIDSCREEN, com a exceção da *Provocação*, no tipo de vinculação segura. Na vinculação ansiosa/evitante apenas as dimensões *Saúde e Atividade Física*, *Sentimentos*, *Família e Ambiente Familiar*, *Amigos* e *Ambiente Escolar e Aprendizagem* apresentam correlações estatisticamente significativas. A vinculação evitante demonstra correlações nas dimensões *Saúde e Atividade Física*, *Amigos* e *Ambiente Escolar e Aprendizagem*.

Na análise da qualidade de vida dos jovens que apresentam diferentes níveis de resiliência (baixa, moderada e alta), constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões do KIDSCREEN, exceto nas dimensões *Sobre Si Próprio* e *Questões Económicas* entre jovens com distintos níveis

de resiliência. Verificaram-se diferenças significativas entre os adolescentes que apresentam Baixa resiliência e Moderada resiliência e Baixa resiliência e Alta resiliência, na maioria das dimensões do KIDSCREEN. Assim, os adolescentes com níveis de resiliência alta/moderada apresentam valores significativamente mais elevados na maioria das dimensões do KIDSCREEN. Os adolescentes com baixa resiliência são os que experimentam uma pior qualidade de vida.

Na análise das diferenças ao nível da vinculação e diferentes níveis de resiliência, podemos concluir que, quando comparados os três grupos de jovens – com resiliência baixa, moderada e alta – observam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente a todos os tipos de vinculação: *Segura*, *Ansiosa/Ambivalente* e *Evitante*. Os adolescentes com níveis de resiliência alta apresentam valores médios significativamente mais elevados em todas as dimensões do IVIA. Pianta, Egeland e Sroufe (1990), consideram que vínculos seguros na infância, equivalem a uma maior resistência ao stress e maior adaptação a situações de vulnerabilidade.

Foram descritos os tipos de vinculação e fatores de resiliência dos adolescentes institucionalizados. As médias dos scores obtidos nos diferentes tipos de vinculação são muito semelhantes aos alcançados por Carvalho (2007) no seu estudo de validação do instrumento, valores ligeiramente inferiores na *Vinculação Segura* e ligeiramente superiores na *Vinculação Ansiosa/Ambivalente* e *Vinculação Evitante*. Verificou-se a existência de bons níveis de vinculação, sendo que a maioria dos adolescentes apresentam um estilo de *vinculação segura* (características de proximidade e confiança). Estes dados contrastam com algumas investigações que tem vindo a defender que crianças vítimas de abuso/negligência expõem padrões de *vinculação inseguros* (medo de abandono, rejeição e expectativas negativas) (Hughes, 2004). Nos estudos de Van Ijzendoorn, et al., (1999) em meio institucional, 73% das crianças apresentam uma vinculação desorganizada. Outras pesquisas sugerem que as crianças em contexto institucional têm maior propensão para desenvolver perturbações da personalidade (O' Connor, et al., 1999) e desenvolver padrões inseguros de vinculação (Pinhel, Torres, & Maia, 2009). Por outro lado, estes dados podem resultar do proposto pela literatura, de que a vinculação pode ser restabelecida nos primeiros anos, podendo assim, revelar que os adolescentes conseguiram reestruturar a vinculação perdida (Salvaterra, 2007). Bowlby (1981) considera que apesar da criança estar institucionalizada pode criar vínculos afetivos com figuras de substituição. Nos estudos de Arpini (2003), com jovens que foram institucionalizados, verificou-se que muitos

mencionavam a vivência institucional como a melhor fase das suas vidas, realçando os laços afetivos criados, que perduraram após o processo de desinstitucionalização.

O estilo de vinculação segura tem uma maior percentagem de adolescentes do sexo feminino, tal como acontece no estilo evitante. Verifica-se que o tipo de vinculação ansiosa/ambivalente tem maior percentagem de adolescentes do sexo masculino. Vários estudos constataam que crianças com vinculação segura têm mais auto-estima e auto-confiança, possuem melhores competências relacionais e gerem melhor os seus impulsos e sentimentos, enquanto que crianças com estilo de vinculação inseguro, nomeadamente ambivalente, apresentam menos mecanismos de coping adaptativos, que lhe permita lidar com situações de stress. O tipo de vinculação evitante, têm tendência a permanecer distantes dos outros (Sroufe, et al., 2005).

Relativamente à resiliência destaca-se que a média dos níveis de resiliência (123,62) é muito semelhante à obtida por Felgueiras (2008), nos seus estudos de validação da escala para a população portuguesa (126,26). Estes valores são consideravelmente inferiores, aos valores obtidos pelas autoras da escala original (147,91). Segundo Felgueiras (2008), esta discrepância pode ser fundamentada pelo facto da amostra do estudo original, ser composto por mulheres de meia-idade, considerando que pessoas mais velhas, por terem vivenciado ao longo da vida um maior número de situações adversas, poderão ser mais resilientes.

Constatou-se que uma percentagem de 56,2% dos adolescentes tem um nível moderado ou alto. Os adolescentes com níveis de resiliência alta têm mais competências pessoais, sociais e emocionais, nomeadamente ao nível da auto-estima, apoio social e relacionamento interpessoal, considerados indicadores que favorecem um estilo de vida mais saudável (Pesce et al., 2004). Possuem maior auto-controlo, tolerância à frustração, resolução de problemas e confiança no futuro (Werner, & Smith, 1992; Sapienza, & Pedromônico, 2005). Analisando mais pormenorizadamente cada um dos fatores da Escala de Resiliência, verificou-se que o fator com valores mais altos correspondeu ao II fator, à *Auto-confiança* (crença em si próprio e nas suas capacidades, o indivíduo identifica forças e fraquezas e consegue depender de si próprio), enquanto que, o mais baixo foi demonstrado pelo fator V *Auto-Suficiência* (sentimento de liberdade e unicidade).

O sétimo objetivo consistiu em verificar se existia uma relação estatisticamente significativa entre os diversos tipos de vinculação (segura, ansiosa/ambivalente e evitante) dos adolescentes institucionalizados e a idade, duração do acolhimento e nível

de escolaridade. Com a análise dos dados verificou-se que existe uma correlação negativa significativa, entre a dimensão *Vinculação Ansiosa/Ambivalente* e a idade. À medida que a idade aumenta menor é o estilo *Vinculação Ansiosa/Ambivalente*. Os adolescentes mais velhos têm resultados mais baixos na dimensão ansiosa/ambivalente. Carvalho (2007) comparou os grupos etários e concluiu que, as crianças mencionaram uma maior frequência de comportamentos típicos da vinculação *Segura/Ansiosa*. Por outro lado, os adolescentes apresentavam níveis mais elevados de comportamentos de *Vinculação Evitante*, dados que contrariam os resultados obtidos no presente estudo.

No que concerne à variável duração do acolhimento, constatou-se que existe uma correlação significativamente positiva com a dimensão *Vinculação Segura*. Assim, adolescentes com mais tempo de acolhimento institucional têm resultados mais altos na dimensão vinculação segura. Estes dados sugerem tal como na perspectiva de Mota e Matos (2010), que os funcionários da instituição ou os pares, podem constituir figuras de vinculação alternativas, permitindo ao jovem uma adaptação através de uma resposta resiliente e reorganizada face às adversidades. Desta forma as “ligações relacionais com estas figuras cuidadoras vão criando uma organização interna que promove o desenvolvimento de modelos internos” (p.252). A correlação é igualmente positiva na dimensão *Vinculação Evitante* em função da escolaridade. Os participantes com maior nível de escolaridade apresentam valores mais elevados na dimensão da *Vinculação Evitante*.

Em relação às variáveis sexo, existência de contactos familiares e tipo de ensino, em função do padrão de vinculação, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Carvalho (2007), onde também, não se verificaram diferenças significativas em função do sexo. Contudo, existem alguns estudos que apontam que as raparigas apresentam uma vinculação mais segura, sendo que os rapazes apresentam uma vinculação mais do tipo evitante (Kerns, Tomich, Aspelmeier, & Contreras, 2000).

Na análise da existência de diferenças significativas entre a variável reprovações escolares em função do tipo de vinculação, constatou-se que os adolescentes sem reprovações escolares apresentam valores significativamente mais elevados na dimensão da *vinculação evitante*.

Foi analisada a existência de uma relação estatisticamente significativa entre fatores de resiliência dos adolescentes institucionalizados e a idade; duração do acolhimento e nível de escolaridade. Relativamente à idade concluiu-se que não existem

diferenças significativas em nenhuma das dimensões da escala de resiliência. Porém, alguns autores consideram que pessoas com mais idade experimentam menos emoções negativas e mostram uma regulação emocional mais autêntica (Diehl, & Hay, 2010).

Verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativamente entre a dimensão *Auto-suficiência* em função da duração do acolhimento e do nível de escolaridade. Os adolescentes com mais tempo de institucionalização e maior nível de escolaridade têm valores mais elevados na dimensão *Auto-suficiência*. O adolescente tem consciência de que o caminho de cada pessoa é único.

Na investigação das diferenças estatisticamente significativas quanto aos fatores de resiliência dos adolescentes institucionalizados, em função do sexo, existência ou não de contactos familiares, tipo de ensino e reprovações escolares, concluímos que existem diferenças significativas entre o fator *Sentido de Vida* e o sexo dos adolescentes, sendo que, os rapazes apresentam valores mais altos. Estes dados contrariam alguns estudos que enfatizam uma maior capacidade de resiliência no sexo feminino (Benzies, & Mychasiuk, 2008; Werner, 2006; Pesce et al., 2004). Werner e Smith (1992), nos seus estudos concluíram que havia uma predominância do sexo feminino nas crianças resilientes, mas acrescentaram, que os rapazes só são mais vulneráveis do que as raparigas perante os efeitos do risco e da adversidade na infância, pois, na fase da adolescência, esta tendência inverte-se, e são as raparigas que manifestam maior vulnerabilidade. Rutter (2003), considera que não existem evidências de que as raparigas sejam menos vulneráveis e mais resilientes que os rapazes. Contudo, afirma que o período da adolescência acarreta na rapariga maior exposição e sensibilidade a eventos de vida significativos.

Relativamente à existência de diferenças significativas entre os fatores de resiliência em função da variável existência de contactos familiares, constatamos que os adolescentes que mantêm esses contactos, apresentam valores significativamente mais elevados na escala total da *RS* e nas seguintes dimensões: *Perseverança*, *Autoconfiança*, *Auto-suficiência* e *Sentido de Vida*.

Nas variáveis tipo de ensino e reprovações escolares não se constataram diferenças estatisticamente significativas.

A inexistência ou escassez de outros estudos que tenham em conta as variáveis aqui definidas, assim como, possíveis relações entre as mesmas, não nos permite realizar uma análise comparativa e aprofundada da consistência de todos os resultados obtidos.

Conclusão

O Acolhimento Institucional de menores continua a ser uma das medidas de Promoção e Proteção mais aplicada em Portugal. Tem sido alvo de várias críticas, pois diversos estudos consideram, que a institucionalização comporta consequências negativas para o desenvolvimento emocional, social e comportamental da criança ou jovem acolhida (Andersson, 2005; Groza, 1999; Fries, & Pollack, 2004). No entender de Martins (2005), o excessivo profissionalismo na prestação de cuidados pode condicionar a expressão de afetos e o desenvolvimento de vínculos.

De facto, são vários os autores que referem que as instituições são desprovidas de relações afetivas consistentes e de uma atmosfera humanizada (Delgado, 2006), considerando que não permitem o estabelecimento de um vínculo emocional diferenciado e seguro com um cuidador (Carvalho, 2002; Fries, & Pollack, 2004).

Porém, nos últimos anos as instituições de acolhimento têm efetuado alguns progressos e potenciado algumas alterações ao nível do seu funcionamento e organização, procurando prestar às crianças e jovens acolhidas, uma intervenção mais personalizada e individualizada, através da criação de ambientes mais familiares e securizantes.

A qualidade de vida relacionada com a saúde tem sido recentemente estudada nas crianças e jovens, pois esta população está frequentemente incapacitada de se proteger das diversas adversidades e potenciar de forma autónoma a sua saúde (Gaspar, & Matos, 2008).

Uma criança com uma vinculação segura tende a enfrentar o mundo com segurança, confiando mais em si própria e nos outros (Oosterman, & Schuengel, 2008).

A resiliência diz respeito à capacidade que o indivíduo possui de ultrapassar e superar as adversidades da vida, inclusive de ser transformado por essas mesmas adversidades (Mateo, & Mateo, 2010).

Compreender como os adolescentes institucionalizados percebem a sua qualidade de vida, como é que após vivenciarem experiências altamente traumáticas, conseguem superá-las, traçando percursos positivos e adaptáveis; ou avaliar em que medida é que a capacidade de resiliência e padrões de vinculação seguros, nos adolescentes, estão relacionados com a sua qualidade de vida, permite-nos refletir sobre o impacto desta condição específica (acolhimento) e das suas consequências. Vai-nos

facultar indicadores úteis acerca das suas expectativas, receios, anseios e necessidades, fundamentais para a criação de condições potenciadoras de uma maior qualidade de vida dos jovens incluídos nesses contextos. Assim, os resultados desta investigação podem ser úteis, na medida em que uma maior compreensão destes constructos tem o potencial de influenciar a qualidade dos serviços prestados.

Este estudo pretendia avaliar a qualidade de vida de adolescentes institucionalizados e perceber a relação deste construto com os estilos de vinculação e níveis de resiliência. Podemos concluir que existe uma relação entre esses constructos, facto justificado com base nos resultados estatísticos obtidos. Os adolescentes institucionalizados pertencentes ao estudo em questão, contêm percepções positivas acerca da sua qualidade de vida e revelam bons níveis de resiliência, predominando o estilo de *vinculação segura*. Os resultados sugerem a existência de valores positivos, da sua qualidade de vida, em todas as dimensões do KIDSCREEN-52, exceto na dimensão *Provocação*. Concluímos que existe uma correlação significativa da qualidade de vida em função da idade e do sexo. Ou seja, os adolescentes mais novos, e do sexo masculino, são aqueles que apresentam uma melhor percepção da qualidade de vida.

Constatamos ainda, que a maioria dos adolescentes possui níveis de resiliência moderado/alto e que existem algumas correlações entre qualidade de vida, vinculação e resiliência, sendo que adolescentes com níveis mais altos de resiliência apresentam uma percepção mais positiva da qualidade de vida. Uma possível justificação para esses resultados, encontrados num contexto, considerados por vários investigadores, como de risco, pode prender-se pelo facto, desses adolescentes beneficiarem do apoio de adultos responsáveis e de relações de suporte e vinculação, assim como, um conjunto de atividades e recursos disponíveis. Uma vez que o jovem pode desenvolver relações de vinculação com os cuidadores, que assumem papéis de orientação, proteção, identificação e afeto, vai permitir-lhe uma maior organização emocional e capacidade de adaptação (Mota, & Matos, 2008). A oportunidade do adolescente poder formar novos vínculos, contentores de conforto e proteção, nas situações de adversidade, constitui um fator protetor e de resiliência, de grande relevo (Howard, & Johnson, 2004; Simpson, et al., 2002).

Como se pode verificar, os resultados obtidos neste estudo, não foram inteiramente de encontro do preconizado pela literatura, podendo este facto ficar a dever-se às limitações do presente estudo.

O instrumento utilizado para avaliar a vinculação (IVIA) foi selecionado pelas inúmeras vantagens apresentadas, nomeadamente ao nível das qualidades psicométricas, facilidade em ser administrado e por se basear nos diferentes estilos de vinculação, permitindo uma avaliação categorial e dimensional da vinculação. Contudo, o tipo de linguagem utilizado nesse instrumento é bastante elaborado, especialmente, para níveis de escolaridade mais baixos. Relativamente ao instrumento KIDSCREEN, importa referir que é um instrumento com excelentes qualidades psicométricas e o facto de ser um instrumento genérico vai permitir comparar com outros grupos, porém impossibilita a deteção de aspetos particulares da qualidade de vida de uma condição específica, o acolhimento institucional. Ainda relativamente aos instrumentos de avaliação, importa referir que no questionário sócio-demográfico criado para caracterizar a amostra, o formato das questões não facilitou a organização e interpretação de alguns dados, sendo realizadas também algumas questões de pouco relevo para os objetivos delineados.

A extensão do protocolo potenciou algum cansaço nos participantes, pois era composto por quatro escalas, com bastantes itens cada. Esse facto pode ter também influenciado de alguma forma, os resultados obtidos.

Outro facto, prende-se com a inexistência ou escassez de outras investigações que tenham em conta as variáveis aqui em estudo, bem como as suas possíveis interações, não nos permitindo uma análise aprofundada da consistência destes resultados. Existem poucos estudos sobre a qualidade de vida, vinculação e resiliência em adolescentes residentes em instituições de acolhimento, sobretudo que reflitam a realidade Portuguesa.

A visão centrada unicamente na perspetiva dos adolescentes, não sendo aplicadas as versões dos questionários para os cuidadores, também é um aspeto limitativo, que impossibilita a comparação de resultados entre os dois grupos. Como proposta futura seria interessante realizar um estudo comparativo que permita analisar e comparar a perceção da qualidade de vida de crianças e jovens acolhidos em Lares de Infância e Juventude com os seus cuidadores.

Contudo, os resultados deste estudo dão um contributo pertinente para a compreensão dos adolescentes em acolhimento institucional, através da perceção dos próprios sobre a sua qualidade de vida. De uma forma geral, podemos concluir que a medição da qualidade de vida fornece informação sobre o impacto da institucionalização e do funcionamento e bem-estar dos jovens acolhidos. Permite ainda realçar a importância e o papel dos cuidadores para a promoção da resiliência e de todas

as suas componentes como processo facilitador do ajustamento à institucionalização. A monitorização dos padrões de vida e da qualidade de vida, segundo a perceção das crianças e jovens acolhidas, evidencia as vulnerabilidades reconhecidas pelos próprios, para que possam ser melhorados os padrões de qualidade no acolhimento institucional e que se tenha em conta as especificidades desta população específica.

Atendendo ao facto, de que ambientes familiares, humanizados, relacionais e de qualidade, atuam como fatores de proteção, torna-se essencial apostar nesta área de investigação, de forma a melhorar a qualidade de vida dos adolescentes acolhidos em Instituição, favorecendo assim, o seu desenvolvimento integral. Ou seja, urge a necessidade de implementar programas específicos e criar ambientes protetores e saudáveis que potenciem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, que permitam o desenvolvimento harmonioso e equilíbrio emocional dos adolescentes acolhidos.

Em futuras investigações é de todo pertinente dar continuidade a este projeto, pois o estudo acerca da compreensão destes conceitos e das formas eficientes de promoção da qualidade de vida e resiliência, torna-se fulcral ao nível da melhoria dos resultados desenvolvimentais da criança. Destaca-se, assim, a importância para a realização de mais estudos sobre a temática em Portugal, nomeadamente em contextos institucionais, onde a literatura acerca desta matéria é parca e quase inexistente.

Referências

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, W., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716. doi: 10.1037/0003-066X.44.4.709.
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1992). An ethological approach to personality development. *American Psychocologist*, 46, 333-341.
- Alberto, I. (2002). "Como pássaros em gaiolas?" Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In C. Machado, Gonçalves, R. (Ed.), *Violência e Vítimas de Crimes*. Vol. 2. (pp. 223-244). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*, 6th ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Anaut, M. (2005). *Resiliência – Ultrapassar os Traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andersson, G. (2005). Family relations, adjustment and well-being in a longitudinal study of children in care. *Child and Family Social Work*, 10, 43–56.
- Arpini, D. (2003). *Violência e exclusão: Adolescência em grupos populares*. São Paulo: EDUSC.
- Assumpção Jr, F., & Kuczynski, E. (Coord.). (2010). *Qualidade de vida na infância e adolescência: Orientações para pediatras e profissionais da saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo, M., & Maia, A. (2006). *Maus-tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barudy (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del mau trato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Bech, P. (1993). Quality of life measurement in chronic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 1-10.
- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento (9.ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2008). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*, 14, 103 -114.

- Berger, M. (2003). *A Criança e o Sofrimento de Separação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berzon, R.A. (2000). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In M.J. Staquet, R.D. Hays, & P.M. Fayers (Eds.), *Quality of life assessment in clinical trials* (pp.3-15). Great Britain: Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger* (Vol. 2). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1978). *Attachment and loss* (Vol 1). Attachment Harmondsworth: Penguin Books.
- Bowlby (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento de laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e Perda* (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bravo, A. & Del Valle, F. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residências de protección. Un análisis comparativo com población normativa. *Psicothema* 15, 136-142.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11, 237-252. doi: 10.1002/1097-0355(199023)11:3<237::AID-IMHJ2280110306>3.0.CO;2-X.
- Bronfenbrenner, U. (1990). Discovering what families do. In D. Blankenhorn, S. Bayme, & J. Elshtain, (Eds.), *Rebuilding the nest* (pp.27-39). Wisconsin: Family Service America.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients - a hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Campbel, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afetivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Caridade, S., & Sani, A. (2013). Desafios inerentes à intervenção com vítimas e agressores. In A. Sani, & S. Caridade, (Coord.), *Violência, agressão e vitimação: Práticas para a intervenção* (pp. 15-32). Coimbra: Editora Almedina.
- Carvalho, A. M. (2002). Crianças institucionalizadas e desenvolvimento: Possibilidades e desafios. In E. R. Lordelo, A. M. A. Carvalho, & S. H. Koller (Eds.), *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento*. São Paulo/Salvador: Casa do Psicólogo & UFBA.
- Carvalho, M. (2007). *Vinculação, temperamento e processamento de informação: Implicações emocionais e comportamentais no início da adolescência*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Carvalho, M., Soares, I., & Baptista, A. (2009). Inventário sobre a vinculação para a infância e adolescência (IVIA). In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp. 253-255). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Churchman, A. (1992). As mulheres e a qualidade de vida urbana. *Jornal de Psicologia*, 10, 3-9.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211-229. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.004.
- Cummins, R. (1997). Assessing quality of life. In R. Brown, (Ed.), *Quality of life for people with disabilities* (2nd Ed.) (pp.116-150). London: Stanley Thornes Publishers Ltd.
- Cummins, R. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699-706.
- Cyrułnik, B. (2003). *Resiliência – Essa inaudita capacidade de construção humana*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Delfabbro, P. H., Barber James, G., & Bentham, Y. (2002). Children's satisfaction with out-of-home care in South Australia. *Journal of Adolescence*, 25, 523-533.
- Delgado, P. (2006). *Os direitos da criança – Da participação à responsabilidade. O sistema de proteção e educação das crianças e jovens*. Porto: Profedições.

- Delgado, P. (2011). *O acolhimento familiar de crianças – Uma perspetiva ecológica*. Porto: Profedições.
- Despacho 8393/2007 de 234/2007 – DR 2º série nº 90, de 10 de Maio – Criação do plano DOM – Desafios, Oportunidades e Mudanças.
- Diehl, M., & Hay, E. (2010). Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: The role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Developmental Psychology*, 5, 1132–1146.
- Fagulha, T., Duarte, M.E., & Miranda, M.J. (2000). A "qualidade de vida": Uma nova dimensão psicológica? *Psicológica*, 25, 5-17.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-508.
- Felgueiras, C., Festas, C., & Vieira, M. (S/data). Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3, 73-80.
- Felgueiras, M. C. (2008). *Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- Ferreira, J.A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (E.B.E.P.). In M.R. Simões, M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp.111-121). Braga: SHO; APPORT.
- Figueiredo, B. (1998). Maus tratos à criança e ao adolescente: Situação e enquadramento da problemática. *Psicologia: Teoria, Investigação e prática*, 3, 5-20.
- Flanagan, J.C (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 63, 56-59.
- Fonagy P., Steele, M. Steele, H. Higgitt, A. & Target, M. (1994). The Emanuci Miller memorial lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 231-57.
- Fortin. L., & Bigras, M (2000). Lá résilience des enfants, facteurs de risque, de protection. *Pratiques psychologiques*, 1, 49-63.
- Fries, A. B. W., & Pollack, S. D. (2004). Emotion understanding in postinstitutionalized Eastern European children. *Development and Psychopathology*, 16, 355-369.

- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., & Leal, I. (2006). Avaliação da percepção da qualidade de vida em crianças e adolescentes. In C., Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.) *Actas do XI Congresso Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp.491-500). Universidade do Minho. Braga: Edições Psiquilíbrios.
- Gaspar, T., & Matos, M. (Coord.). (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN 52*. Website: <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial>; www.aventurasocial.pt.
- Gordia, A. P., Quadros, T., Oliveira, M., & Campos, W. (2011). Qualidade de vida: Contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de vida*, 3, 40-52.
- Goswami, H. (2011). Social Relationships and children's subjective well-being. *Social Indicators Research*. doi:10.1007/s11205-011-9864-z.
- Groza, V. (1999). Institutionalization, behavior, and international adoption. *Journal of Immigrant Health*, 1, 133-143.
- Guedeney, A. (2004). A teoria da vinculação: A história e as personagens. In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds.), *Vinculação: Conceitos e aplicações* (pp. 25-31). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gunnar, M., Bruce J., & Grotevant, H. (2000). International adoption of institutionally reared children: research and policy. *Development and Psychopathology*, 12, 677-693.
- Harding, L. (2001). Children's quality of life assessments: A review of genetic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 79-96.
- Harker, R., Dobel-Ober, D., Lawrence, J., Berridge, D., & Sinclair, R. (2003). Who takes care of education? Looked after children's perceptions of support for educational progress. *Child and Family Social Work*, 8, 89-100.
- Harlow, H. (1958). A natureza do amor. In L. Soczka, (Ed.), *As ligações infantis* (pp.79-153). Portugal: Teorema.
- Hawkins-Rodgers, Y. (2007). Adolescents adjusting to a group home environment: A residential care model of re-organizing attachment behavior and building resiliency. *Children and Youth Services Review*. doi:10.1016/j.childyouth.2007.04.007.

- Helseth, S., & Lund, T. (2005). Assessing health - related quality of life in adolescents: Some psychometric properties of the first Norwegian version of KINDL. *Scandinavian Journal Caring Science*, 19, 102-109.
- Hill, A., & Hill, M. (2008). *Investigação por questionário (2ª Edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Howard, S., & Johnson, B. (2004). Young adolescents displaying resilience and non-resilience behavior: Insights from a qualitative study. Retirado em 08 Dez 2012 do World Wide Web: <http://www.aare.au>.
- Hughes, D. (2004). An attachment-based treatment of maltreated children and young people. *Attachment & Human Development*, 6, 263-278.
- Instituto da Segurança Social I.P. (2013). *CASA 2012 – Caracterização anual da situação de acolhimento das crianças e jovens*. Lisboa: ISS.I.P.
- Jongenelen, I., Carvalho, M., Mendes, T., & Soares, I. (2009). Vinculação na Adolescência. In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp. 99-120). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Junqueira, M. F. P. S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos a crianças. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 227-235.
- Kerns, K. A., Tomich, P. L., Aspelmeier, J. E., & Contreras, J. M. (2000). Attachment based assessments of parent-child relationships in middle childhood. *Developmental Psychology*, 36, 614-626.
- Liu, B. (1975). Quality of life: concept, measure and results. *The American Journal of Economics and Sociology*, 34, 4-13.
- Lorenz, K. (1995). *Os fundamentos da etologia*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-558.
- Magalhães, T. (2002). *Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático para profissionais*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Magalhães, T. (2004). *Maus-tratos em crianças e jovens*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Manso, J. Baamonde, M., Alonso, M. & Barona, E. (2011). An analysis of how children adapt to residential care. *Children and Youth Services Review*, 33, 1981-1988.

- Martins, P. C. M. (2005, Maio). A qualidade dos serviços de protecção às crianças e jovens: As respostas institucionais. Intervenção apresentada no VI Encontro Cidade Solidária: *Crianças em risco: será possível converter o risco em oportunidade?* Fundação Calouste Gulbenkian, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Martins, E. (2012). Intervenção com crianças institucionalizadas em centros de acolhimento temporário ou lares de infância e juventude. In S. Neves (Org.), *Intervenção psicológica e social com vítimas* - vol. 1. (pp. 141-162). Coimbra: Editora Almedina.
- Mateo, C., & Mateo, J. (2010). *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas*. Madrid: Edições Pirâmide.
- Matos, A. C. (2003a). *Mais amor menos doença*. Lisboa. Climepsi.
- Matos, P. M. (2003b). O conflito à luz da teoria da vinculação. In M. E. Costa (Coord.), *Gestão de conflitos na escola* (pp. 144-191). Lisboa: Universidade Aberta.
- Matos, M. (2008). Adolescência, psicologia da saúde e saúde pública. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 10-31). Lisboa, Portugal: Edições CDI/FMH.
- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5, 7-18.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade (2000). *Lares de Crianças e Jovens – Caracterização e Dinâmicas de Funcionamento*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Moreno-Jiménez, B., & Castro, E (2005). Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el transplante de órganos: Una revisión de literatura. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 46 - 52.
- Mota, C. (2008). *Dimensões relacionais no processo de adaptação psicossocial de adolescente: vulnerabilidade e resiliência em institucionalização, no divórcio e em famílias intactas*. Tese de Doutoramento: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Mota, C., & Matos, P. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspetiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20, 367-377.
- Mota, C., & Matos, P. (2010). Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrolo. *Análise Psicológica*, 2, 245-254.

- O'Connor, T., Bredenkamp, D., & Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20, 10-29. doi: 10.2002/(SICI)1097-0355(199921)20:1<10::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-S.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescent*, 26, 1-11.
- Oosterman, M., & Schuengel, C. (2008). Attachment in foster children associated with caregiver's sensitivity and behavioral problems. *Infant Mental Health Journal*, 29, 609 – 623.
- Palacios, J., Jiménez, J., Oliva, A. & Saldaña, D. (1998). Malos tratos a los niños en la familia. In J. Rodrigo, & J. Palacios, (Coord.), *Familia y desarrollo humano* (pp.399-422). Madrid: Alianza Editorial.
- Panchón, C. (1998). *Manual de pedagogia de la inadaptación social*. Barcelona: Dulac.
- Parker, R., Ward, H., Jackson, S., Aldgate, J., & Wedge, P. (1991). *Looking After Children: Assessing Outcomes in Child Care*. London: H.M.S.O.
- Pereira, A. (2004). *SPSS Guia Prático de Utilização. Análise de dados para as Ciências sociais e psicologia* (5ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. (2004). Risco e protecção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 135-143.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS* (4ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pianta, R., Sroufe, L., & Egeland, B. (1990). Continuity and discontinuity in maternal sensitivity as 6, 24 and 42 months in a high risk sample. *Child Development*, 60, 481-487.
- Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4, 509-521.
- Pinto, A. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Poletto, M., & Koller, S. (2008). Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de protecção. *Estudos de Psicologia*, 25, 405-416.

- Rabouam, C. (2004). Avaliação da vinculação no bebé. In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds.), *Vinculação: Conceitos e aplicações* (pp. 89-99). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ramião, T. (2010). *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo – Anotada e comentada* (6ª ed). Lisboa: Quid Juris – Sociedade Editora.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: A critical introduction*. Great Britain: Sage Publications.
- Ravens-Sieberer, U. (2004). *Description of the KIDSCREEN instruments: KIDSCREEN-52, KIDSCREEN-27 & KIDSCREEN-10 index – Health-related quality of life questionnaires for children and adolescents*. Hamburg: The KIDSCREEN Group.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B., Bruil, J., Duer, W., Power, M., Rajmil, L., & European KIDSCREEN Group (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Preventivmed* 46, 294-302.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., & European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5, 353-364.
- Reppold, C., Mayer, J., Almeida, L. & Hutz, C. (2012). Avaliação da Resiliência: Controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25, 248-255.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L.P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus & Nunes, C. (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Orthopsychiatric Association*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.

- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22, 685-703.
- Rutter, M. (2003). Genetic influences on risk and protection: Implications for understanding resilience. In S. S. Luthar (Org.), *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 489-509). New York: Cambridge University Press.
- Salvaterra, M. (2007). *Vinculação e adoção*. Tese de Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Sampaio, D. (1998). *Vozes e ruídos – Diálogos com adolescentes*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sani, A. (2012). Intervenção terapêutica com crianças expostas à violência interparental: Avaliar, priorizar e intervir. In S. Neves (Org.), *Intervenção psicológica e social com vítimas* - vol. 1. (pp. 141-162). Coimbra: Editora Almedina.
- Sani, A. (2013). Intervenção terapêutica em grupo com crianças expostas à violência doméstica. In A. Sani, & S. Caridade, (Coord.), *Violência, agressão e vitimação: Práticas para a intervenção* (pp. 35-57). Coimbra: Editora Almedina.
- Santos, T. (2008). *Qualidade de vida em crianças: Factores pessoais e sociais promotores da qualidade de vida*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. (2005). Risco, protecção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10, 209-216.
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Silva, I. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas da diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Porto: Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Simões, C., Matos, M. G., Ferreira, M., Tomé, G., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2009). *Risco e resiliência em adolescentes com NEE- Estado da arte*. Lisboa: Aventura Social & Saúde.

- Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G. & Ferreira, M. & Equipa do Projeto Aventura Social (2009). *Ultrapassar adversidades e vencer os desafios: Manual de promoção da resiliência na adolescência*. Lisboa: Aventura Social & Saúde/FMH.
- Simpson, J., Rholes, W., Oriña, M., & Grich, J. (2002). Working models of attachment, support giving and support seeking in a stressful situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 598-608.
- Siqueira, A., Tubino, C., Schwarz, C. & Dell' Aglio, D. (2009). Percepção das figuras parentais na rede de apoio de crianças e jovens institucionalizados. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61, 176-190.
- Siqueira, A. & Dell' Aglio, E. (2010). Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 407-415.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: Mãe-filho(a)*. Braga: Serviço de Publicações, Instituto de Educação e Psicologia.
- Soares, I. (2009). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp. 13-45). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Soares, I., Martins, E., & Tereno, S. (2009). Vinculação na infância. In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp. 13-45). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Soares, J. (2012). *As funções socioeducativas do diretor técnico do LIJ da Casa de Trabalho*. Relatório Reflexivo de Mestrado. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Spitz, R. A. (1949). The role of ecological factors in emotional development in infancy. *Child Development*, 20, 145-155.
- Sroufe, L., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199. doi: 10.1111/1467-8624.ep10398712.
- Sroufe, L., Carlson, E., Levy, A., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-14.

- Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, A. (2005). *The Development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: The Guilford Press.
- Strecht, P. (1998). *Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Tavares, J. (2000). A resiliência na sociedade emergente. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 43-76). São Paulo: Cortez.
- The KIDSCREEN Groupe Europe. (2006). The KIDSCREEN questionnaires: quality of life questionnaires for children and adolescents. Germany: Pabst Science Publishers.
- Tomazoni, D. & Vieira, M. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situações de abrigo. *Psicologia em Estudo*, 9, 207-217.
- Van Ijzendoorn, M., Schuengel, C., & Bakersman-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249. Obtido: http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/attach/vanIJ.DIsorganization.devPsychopath99.pdf.
- Vinnerljung, B., Öman, M., & Gunnarson, T. (2005). Educational attainments of former child welfare clients - A Swedish national cohort study. *International Journal of Social Welfare*, 14, 265-276.
- Wagnild, G. M., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measuremen*, 1, 165-178.
- Wallander, J. L., & Schmitt, M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 571-585.
- Wallander, J. L. (2001). Theoretical and developmental issues in quality of life for children and adolescents. In H. M. Koot, & J. L. Wallander (Eds.), *Quality of life in child and adolescent illness: Concepts, methods and findings* (pp. 23-45). New York: Brunner-Routledge.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18.
- Werner, E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press.

- Werner, E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 115-132). New York: Cambridge University Press.
- Werner, E. (2006). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In R. B. Brooks & S. Goldstein (Orgs.), *Handbook of resilience in children* (pp.91-121). New York: Springer.
- World Health Organization Quality Of Life Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*, 24-56.
- World Health Organization Quality Of Life Assessment Group (1996). *What is Quality of Life?* Geneva: World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL) World Health Forum.
- Yunes, M. A. M., & Szymansky, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares, (Ed.), *Resiliência e educação* (pp.13-42). S. Paulo: Cortez.
- Yunes, M.; Miranda, A., & Cuello, S. (2004). Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In S. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 197-218). S. Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zurita, J., & Fernández del Valle, J. (1996). Recursos residenciais para menores. In J. Ochotorena, & M. I. Madariaga (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp.393-445). Barcelona: Masson.

Anexos

Anexo 1- Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Identificação Pessoal

Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Idade ----- Anos
Naturalidade: -----
Nacionalidade: -----
Zona de Residência: <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Sul

Identificação e Hábitos na Instituição

Há quanto tempo vives na Instituição? ----- Anos ----- Meses
Já viveste noutra Instituição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tens algum irmão acolhido na Instituição em que vives neste momento?
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Sabes o motivo pelo qual estás acolhido nesta Instituição? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Qual? -----
Costumas receber visitas nesta Instituição?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre
Consideras que tens amigos nesta Instituição? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Sentes-te bem nesta Instituição? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Consideras que, nesta Instituição, as tuas ideias são valorizadas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Participas em atividades promovidas por esta Instituição? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quais: -----
Participas em atividades no exterior (fora desta instituição)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quais: -----
Atualmente divides o quarto com colegas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos colegas? -----

Identificação Familiar

Tens contato com a tua família?
 Não Sim Com quem? -----

Assinala com uma cruz (X) a afirmação que corresponde à situação dos teus pais:

O meu pai e a minha mãe vivem juntos

O meu pai e a minha mãe estão separados ou divorciados

O meu pai já faleceu

A minha mãe já faleceu

Outro Qual? -----

Tens contato com o teu pai?
 Não Sim Com que frequência? -----

Tens contato com a tua mãe?
 Não Sim Com que frequência? -----

Tens irmãos? Não Sim Idades: -----

Costumas ter contato com os teus irmãos?
 Não Sim Com que frequência? -----

Identificação/Expectativas Escolares

Ano de Escolaridade -----

Ensino regular ensino profissional -----

Já alguma vez reprovaste? Não Sim Quantas vezes? ----- Em que anos?-----

Como vais para a escola? ----- Com quem costumás ir para a escola? -----

Quanto tempo demoras a chegar à escola? -----

Gostas de estudar? Muito pouco Pouco Médio Muito Bastante

Tens alguma ideia da profissão que queres ter no futuro? Não Sim

Qual? -----

Obrigada pela tua Colaboração

Anexo 2- KIDSCREEN-52

AVENTURA SOCIAL E SAÚDE 2006 - ESTUDO INTERNACIONAL

Kidscreen/CE - HBSC/OMS - FMH/U.T.L. - CMDT/IHMT/U.N.L

Colaboração: Fundação para a Ciência e Tecnologia/Ministério da Ciência e Tecnologia;
Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

Olá,

Como estás? É isso que queríamos que tu nos contes.
Por favor lê todas as questões cuidadosamente. Que resposta vem primeiro à tua cabeça? Escolhe e assinala a resposta mais adequada ao teu caso.

Lembra-te: isto não é um teste, portanto não existem respostas erradas. É importante que respondas a todas as questões e para nós conseguir perceber as tuas respostas claramente. Quando pensas na tua resposta, por favor, tenta pensar na tua última semana.

Não tens que mostrar as tuas respostas a ninguém. E ninguém teu conhecido vai ver o teu questionário depois de o teres terminado.

És rapaz ou rapariga?

- rapariga
 rapaz

Que idade tens?

_____ anos

Tens alguma deficiência, doença ou condição física crónica?

- Não
 Sim Qual? _____

1. Saúde e actividade física

1. **Em geral, como descreves a tua saúde?**

excelente

muito boa

boa

má

muito má

Pensa na última semana ...

	nada	pouco	moderada mente	muito	totalmente
2. Sentiste-te bem e em forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estiveste fisicamente activo (ex: correste, fizeste escalada, andaste de bicicleta)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Foste capaz de correr bem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana...

	nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
5. Sentiste-te cheio(a) de energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Sentimentos

Pensa na última semana...

	nada	pouco	moderada mente	muito	totalmente
1. A tua vida tem sido agradável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentiste-te bem por estar vivo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sentiste-te satisfeito(a) com a tua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ...

	nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
4. Estiveste de bom humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentiste-te alegre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Divertiste-te?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Estado de humor geral

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Sentiste que fizeste tudo mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sentiste-te triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sentiste-te tão mal que não quiseste fazer nada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Sentiste que tudo na tua vida estava a correr mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Sentiste-te farto(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Sentiste-te sozinho(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Sentiste-te debaixo de pressão ("stressado/a")?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Sobre ti próprio

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Sentiste-te feliz com a tua maneira de ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sentiste-te contente com as tuas roupas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sentiste-te preocupado(a) com a tua aparência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Sentiste inveja da aparência de outros rapazes e raparigas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Gostarias de mudar alguma coisa no teu corpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Tempo livre

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Tiveste tempo suficiente para ti próprio(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Foste capaz de fazer actividades que gostas de fazer no teu tempo livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Tiveste oportunidades suficientes para estar ao ar livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Tiveste tempo suficiente para te encontrares com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Foste capaz de escolher o que fazer no teu tempo livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Família, ambiente familiar e vizinhança

Pensa na última semana ...		nada	pouco	moderada mente	muito	totalmente
1.	Os teus pais compreendem-te?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sentiste-te amado(a) pelos teus pais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
3.	Sentiste-te feliz em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Os teus pais tiveram tempo suficiente para ti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Os teus pais trataram-te com justiça?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Foste capaz de conversar com os teus pais quando quiseste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Questões económicas

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Tiveste dinheiro suficiente para fazer as mesmas actividades que os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Tiveste dinheiro suficiente para as tuas despesas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ...		nada	pouco	moderada mente	muito	totalmente
3.	Tiveste dinheiro suficiente para fazer actividades com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Amigos(as)

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Passaste tempo com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Fizeste actividades com outros rapazes e raparigas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Divertiste-te com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Tu e os teus/tuas amigos(as) ajudaram-se uns aos outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Sentiste-te capaz de falar sobre tudo com os teus/tuas amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Sentiste que podes confiar nos(as) teus/tuas amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Ambiente escolar e aprendizagem

Pensa na última semana ...		nada	pouco	moderada mente	muito	totalmente
1.	Sentiste-te feliz na escola?	nada <input type="radio"/>	pouco <input type="radio"/>	moderada mente <input type="radio"/>	muito <input type="radio"/>	totalmente <input type="radio"/>
2.	Foste bom/boa aluno(a) na escola?	nada <input type="radio"/>	pouco <input type="radio"/>	moderada mente <input type="radio"/>	muito <input type="radio"/>	totalmente <input type="radio"/>
3.	Sentiste-te satisfeito(a) com os teus professores?	nada <input type="radio"/>	pouco <input type="radio"/>	moderada mente <input type="radio"/>	muito <input type="radio"/>	totalmente <input type="radio"/>

Pensa na última semana...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
4.	Sentiste-te capaz de prestar atenção?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
5.	Gostaste de ir à escola?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
6.	Tiveste uma boa relação com os teus professores?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>

10. Provocação

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Tens sentido medo de outros rapazes ou raparigas?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
2.	Outros rapazes ou raparigas gozaram contigo?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
3.	Outros rapazes ou raparigas provocaram-te?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>

Anexo 3- IVIA – Inventário de Vinculação para a Infância e para a Adolescência

Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência – Versão de Auto-Avaliação

(Marina Carvalho, Isabel Soares, & Américo Baptista, 2006)

Seguidamente vais encontrar um conjunto de afirmações que descrevem características que as pessoas podem apresentar. Lê cada uma delas e assinala com uma cruz o número que melhor te descreve, utilizando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre

1. Preocupo-me se tiver que depender de outras pessoas	1	2	3	4	5
2. É difícil confiar totalmente nas outras pessoas	1	2	3	4	5
3. Para mim, é mais importante conseguir coisas que manter relações com os outros	1	2	3	4	5
4. Preocupo-me com a possibilidade de ser abandonado/a	1	2	3	4	5
5. Acredito que as outras pessoas gostam de mim e respeitam-me	1	2	3	4	5
6. Para mim, é difícil depender dos outros	1	2	3	4	5
7. Gostava de ser mais próximo/a dos meus amigos	1	2	3	4	5
8. Gosto de me sentir próximo/a das outras pessoas	1	2	3	4	5
9. Preocupo-me com a possibilidade de ficar sozinho/a	1	2	3	4	5
10. É bom estar próximo/a de outras pessoas	1	2	3	4	5
11. Preocupo-me com a possibilidade de não ser aceite pelas outras pessoas	1	2	3	4	5
12. Fico ansioso/a quando alguém se aproxima de mais de mim	1	2	3	4	5
13. Prefiro não mostrar os meus sentimentos	1	2	3	4	5
14. Sinto-me à vontade se tiver que pedir ajuda aos outros	1	2	3	4	5
15. As outras pessoas podem contar comigo quando me pedem ajuda	1	2	3	4	5
16. Sei que as outras pessoas estarão presentes quando eu necessitar delas	1	2	3	4	5
17. Sinto que posso contar com os outros quando necessitar	1	2	3	4	5
18. Preocupo-me que os meus amigos não queiram estar comigo	1	2	3	4	5
19. Para mim, é muito importante sentir-me independente	1	2	3	4	5
20. As outras pessoas afastam-se de mim porque eu tento estar demasiado próximo/a delas	1	2	3	4	5
21. Prefiro não depender das outras pessoas	1	2	3	4	5
22. Quando mostro os meus sentimentos pelos outros, tenho medo que não sintam o mesmo por mim	1	2	3	4	5
23. Sinto que os meus pais me compreendem	1	2	3	4	5
24. Prefiro que as outras pessoas não dependam de mim	1	2	3	4	5
25. Não sei se posso depender de outras pessoas para me ajudarem quando for necessário	1	2	3	4	5
26. Torno-me facilmente dependente das outras pessoas	1	2	3	4	5
27. Peço conselhos aos outros quando estou preocupado	1	2	3	4	5
28. Não gosto de contar às outras pessoas o que penso e sinto	1	2	3	4	5
29. Preocupo-me por poder não impressionar os outros	1	2	3	4	5
30. Acredito que as outras pessoas me rejeitam se eu me comportar mal	1	2	3	4	5
31. Respeito os sentimentos das outras pessoas	1	2	3	4	5
32. Posso contar com os meus amigos quando é necessário	1	2	3	4	5
33. As outras pessoas aceitam-me tal como sou	1	2	3	4	5
34. Não vale a pena expressar os meus sentimentos	1	2	3	4	5
35. Confio nas minhas capacidades	1	2	3	4	5
36. Expresso claramente o que pretendo	1	2	3	4	5
37. Pergunto-me se os meus amigos gostam realmente de mim	1	2	3	4	5

Anexo 4- Resilience Scale (RS)

RS

Circule o número que indica o quanto concorda ou discorda com cada frase.

Discordo

Concordo

1. Quando faço planos levo-os até ao fim.
1 2 3 4 5 6 7
2. Eu normalmente acabo por conseguir alcançar os meus objectivos.
1 2 3 4 5 6 7
3. Sou capaz de depender de mim próprio mais do que de qualquer outra pessoa.
1 2 3 4 5 6 7
4. Manter-me interessado nas actividades do dia-a-dia é importante para mim.
1 2 3 4 5 6 7
5. Posso estar por conta própria se for preciso.
1 2 3 4 5 6 7
6. Sinto-me orgulhoso por ter alcançado objectivos na minha vida.
1 2 3 4 5 6 7
7. Normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo.
1 2 3 4 5 6 7
8. Sou amigo de mim próprio.
1 2 3 4 5 6 7
9. Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.
1 2 3 4 5 6 7
10. Sou determinado.
1 2 3 4 5 6 7
11. Raramente me questiono se a vida tem sentido.
1 2 3 4 5 6 7
12. Vivo um dia de cada vez.
1 2 3 4 5 6 7

Discordo

Concordo

13. Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.
 1 2 3 4 5 6 7
14. Tenho autodisciplina.
 1 2 3 4 5 6 7
15. Mantenho-me interessado nas coisas.
 1 2 3 4 5 6 7
16. Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.
 1 2 3 4 5 6 7
17. A confiança em mim próprio ajuda-me a lidar com tempos difíceis.
 1 2 3 4 5 6 7
18. Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.
 1 2 3 4 5 6 7
19. Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspectivas.
 1 2 3 4 5 6 7
20. Às vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.
 1 2 3 4 5 6 7
21. A minha vida tem sentido.
 1 2 3 4 5 6 7
22. Eu não fico obcecado com coisas que não posso resolver.
 1 2 3 4 5 6 7
23. Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.
 1 2 3 4 5 6 7
24. Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.
 1 2 3 4 5 6 7
25. Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.
 1 2 3 4 5 6 7

Anexo 5- Pedido de autorização aos autores para a aplicação dos instrumentos.

04/06/13

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - KIDSCREEN-52



Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt>

KIDSCREEN-52

2 mensagens

Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt>
Para tania.gaspar.barra@gmail.com

15 de Abril de 2013 às 02:15

Exma Senhora
Prof. Dr^a Tânia Gaspar

Eu, Liliana do Rosário Rodrigues Jacoto, aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa - Porto, venho por este meio solicitar autorização para aplicar o KIDSCREEN-52 no âmbito da Tese de Mestrado sobre Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em adolescentes institucionalizados, orientada pela Prof. Dr^a Isabel Silva.

Este estudo tem como principal objetivo analisar a relação entre a perceção de qualidade de vida, o tipo de vinculação e resiliência, em adolescentes acolhidos em Lares de Infância e Juventude no Distrito de Bragança.

Como considero que seria bastante útil a aplicação do KIDSCREEN-52 no meu estudo, solicito autorização para aplicar o respetivo instrumento.

Agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Tania gmail <tania.gaspar.barra@gmail.com>
Para Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt>

15 de Abril de 2013 às 11:51

Cara colega

Agradeço o interesse pelo instrumento kidscreen. Deve enviar um pedido para a equipa europeia a dizer que já foi autorizada a utilização pela equipa nacional com as devidas referencias bibliográfica. O site e www.kidscreen.org e o manual de validação nacional esta em www.aventurasocial.com disponha

Cumprimentos
Tania Gaspar

(Enviado remotamente)

No dia 15/04/2013, às 02:15, Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt> escreveu:
[Citação ocultada]

04/06/13

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - KIDSCREEN-52



Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt>

KIDSCREEN-52

5 mensagens

Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt>
Para Ravens-Sieberer@uke.de

30 de Abril de 2013 às 00:03

Dear Prof. Dr. Ravens

My name is Liliana Jacoto and I'm a Clinical Health Psychology master's-degree student in Fernando Pessoa University – Oporto. I'm writing in reference to ask your authorization to apply KIDSCREEN-52, in my study about Life Quality, Attachment and Resilience in institutionalized adolescents.

The major goal of this study is analyze the relation between the perception of life quality, the attachment type and resilience in institutionalized adolescents at Bragança – Portugal. Therefore, in my opinion, the application of KIDSCREEN-52, it would be very useful to retrieve the data from my study, so I request your authorization for that.

I already contacted the Portugal team (Tânia Gaspar and Margarida Gaspar de Matos), which gave me their authorization to use KIDSCREEN-52.

Yours faithfully,

Liliana Jacoto

Brit Gardemeier <b.gardemeier@uke.uni-hamburg.de>
Para 18926@ufp.edu.pt
Cc: ravens-sieberer@uke.de

30 de Abril de 2013 às 10:04

Dear Liliana Jacoto,

Thank you for your interest in the KIDSCREEN instruments and your email to Prof. Dr. Ravens-Sieberer.

I am a co-worker of Prof. Dr. Ravens-Sieberer, working in the coordination of the European KIDSCREEN project in Hamburg, Germany.

The conditions for use of the KIDSCREEN instruments and translations are described in detail in the attached KIDSCREEN collaboration form. Researchers and other potential users interested in using and/or translating one of the KIDSCREEN instruments are asked to complete this collaboration form, sign it and send it back to us per post, email or fax.

After receiving your signed collaboration form, we will send username and password for our website

04/06/13

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - KIDSCREEN-52

<http://www.kidscreen.org> to you immediately. There you can join the members area and obtain the requested material, e.g. the KIDSCREEN questionnaires and other useful information.

For using the KIDSCREEN questionnaires we advise you to work with the KIDSCREEN manual. The KIDSCREEN manual* (only available in English) can be directly ordered for 40 € (plus handling and shipping) at the publishing company Pabst-Science-Publishers (<http://pabst-science-publishers.com/36.0.html> - here you can search for *KIDSCREEN*).

The manual describes all relevant user information necessary for applying the KIDSCREEN questionnaires, e.g. psychometrics, norm data for group and individual comparisons, and instructions on how to score the instrument.

The non-commercial use (e.g. Governmental Institutions; Universities or Hospitals) of the KIDSCREEN questionnaires is free. In case of commercial use (e.g. Pharmacy) the licence fee is 500 € for each language version of the KIDSCREEN questionnaire in each study.

For more information, please visit our website <http://www.kidscreen.org> or do not hesitate to contact us.

With kind regards,

Brit Gardemeier

KIDSCREEN Group Europe

* http://pabst-science-publishers.com/index.php?30&backPID=30&swords=kidscreen&tt_products=100

Brit Gardemeier

Research Assistant

University Medical Center Hamburg-Eppendorf

Center for Psychosocial Medicine

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics

Martinistraße 52, W29

D - 20246 Hamburg

04/06/13

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - KIDSCREEN-52

Tel. +49 (040) 7410 57377

Fax +49 (040) 7410 40234

Email: b.gardemeier@uke.uni-hamburg.de

<http://child-public-health.de>

Von: Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto [mailto:18926@ufp.edu.pt]

Gesendet: Dienstag, 30. April 2013 01:03

An: Ravens-Sieberer, Ulrike

Betreff: KIDSCREEN-52

[Citação ocultada]

--

Pflichtangaben gemäß Gesetz über elektronische Handelsregister und Genossenschaftsregister sowie das Unternehmensregister (EHUG):

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Körperschaft des öffentlichen Rechts; Gerichtsstand: Hamburg

Vorstandsmitglieder: Prof. Dr. Martin Zeitz (Vorsitzender), Dr. Alexander Kirstein, Joachim Pröbß, Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus

 **KIDSCREEN_Collaboration_Form.pdf**
114K

Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt>
Para Brit Gardemeier <b.gardemeier@uke.uni-hamburg.de>

25 de Maio de 2013 às 23:28


Dear Prof. Dr. Brit Gardemeier

Thank you for your availability and sending herewith the cooperation protocol of KIDSCREEN.

Yours faithfully,

Liliana Jacoto

[Citação ocultada]

 **Collaboration Form.docx**
9547K

Brit Gardemeier <b.gardemeier@uke.uni-hamburg.de>
Para Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt>
Cc: ravens-sieberer@uke.de

28 de Maio de 2013 às 08:03

Dear Liliana Jacoto,

04/06/13

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - KIDSCREEN-52

Thank you again very much for your interest in the KIDSCREEN instruments and for your email.

We have received your signed collaboration form and are very happy to collaborate with you.

You are registered for the use of the KIDSCREEN Quality of Life questionnaires for children/adolescents and parents. For 35 countries linguistic adapted language versions are available (please see our website).

As a collaboration partner of the KIDSCREEN group you are welcome to join the members' area (<http://www.kidscreen.org/english/members/>) of our project website www.kidscreen.org.

There you can download (see "questionnaires" below members) the respective KIDSCREEN questionnaire version and other useful material.

Your password is: 

For using the KIDSCREEN questionnaires we kindly advise you again to work with the KIDSCREEN manual. The KIDSCREEN manual* (only available in English) can be directly ordered for 40 € (plus handling and shipping) at the publishing company Pabst-Science-Publishers (<http://pabst-science-publishers.com/36.0.html> - here you can search for *KIDSCREEN*).

The manual describes all relevant user information necessary for applying the KIDSCREEN questionnaires, e.g. psychometrics, norm data for group and individual comparisons, and instructions on how to score the instrument.

We are looking forward to collaborating with you and wish you all the best for your studies.

Please do not hesitate to contact us if further queries arise.

With best wishes,

Brit Gardemeier

KIDSCREEN Group Europe

* http://pabst-science-publishers.com/index.php?30&backPID=30&swords=kidscreen&tt_products=100

04/06/13

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - KIDSCREEN-52

Brit Gardemeier

Research Assistant

University Medical Center Hamburg-Eppendorf

Center for Psychosocial Medicine

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics

Martinistraße 52, W29

D - 20246 Hamburg

Tel. +49 (040) 7410 57377

Fax +49 (040) 7410 40234

Email: b.gardemeier@uke.uni-hamburg.de

<http://child-public-health.de>

Von: Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto [<mailto:18926@ufp.edu.pt>]

Gesendet: Sonntag, 26. Mai 2013 00:29

An: Brit Gardemeier

Betreff: Re: KIDSCREEN-52

[Citação ocultada]

[Citação ocultada]

Vorstandsmitglieder: Prof. Dr. Martin Zeitz (Vorsitzender), Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Astrid Lurati (Kommissarisch), Joachim Pröhl, Matthias Waldmann (Kommissarisch)

Bitte erwägen Sie, ob diese Mail ausgedruckt werden muss - der Umwelt zuliebe.

Please consider whether this mail must be printed - please think of the environment.

Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt>
Para Brit Gardemeier <b.gardemeier@uke.uni-hamburg.de>

29 de Maio de 2013 às 02:31

Dear Prof. Dr. Brit Gardemeier

Thank You for allowing me the use of KIDSCREEN-52 in my master's thesis.

Greetings

Liliana Jacoto

[Citação ocultada]

04/06/13

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - IVIA

Email: marina.carvalho@ulusofona.pt
Clinical and Health Psychologist - Mental Health Department of CHBA
Email: marina.carvalho@hbalgarvio.min-saude.pt
Associate Researcher CMDT, LA, Health Education Group
www.aventurasocial.com
[Citação ocultada]

2 anexos

 **IACA_AA.pdf**
102K

 **IACA_HA.pdf**
102K

Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt>
Para Marina Carvalho <p882@ulusofona.pt>

29 de Maio de 2013 às 00:27

Boa noite Prof. Dr^a Marina Carvalho

Agradeço a sua disponibilidade em facultar os questionários e autorizar a sua aplicação.
Com os melhores cumprimentos
Liliana Jacoto

No dia 28 de Maio de 2013 às 14:12, Marina Carvalho <p882@ulusofona.pt> escreveu:
[Citação ocultada]

04/06/13

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - Escala de Resiliência

Liliana do Rosario Rodrigues Jacoto <18926@ufp.edu.pt>
Para Cristiana Felgueiras <cristianafelgueiras@gmail.com>

23 de Maio de 2013 às 02:03

Boa noite Dr^a Cristiana

Agradeço a sua disponibilidade em facultar a Resilience Scale e autorizar a utilização da mesma.

Acrescento ainda, que terei muito gosto em partilhar consigo os resultados da minha investigação.

Com os melhores Cumprimentos

Liliana Jacoto

No dia 26 de Abril de 2013 às 11:18, Cristiana Felgueiras <cristianafelgueiras@gmail.com> escreveu:

[Citação ocultada]

Anexo 6- Pedido de autorização de aplicação dos instrumentos às instituições de acolhimento

Exmo. (a) Senhor(a)
Diretor(a) do Lar de Infância e Juventude
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Assunto: Pedido de colaboração em Investigação

Venho por este meio pedir a autorização de Vossa Excelência, para a colaboração do Lar de Infância e Juventude (LIJ) da Instituição que dirige, numa investigação no âmbito da dissertação de Mestrado, que eu, Liliana do Rosário Rodrigues Jacoto, me encontro a realizar no âmbito do 2º Ciclo de Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa – Porto, sob orientação da Profª. Doutora Isabel Silva.

Esta investigação, de carácter observacional, cujo tema é a “Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes Institucionalizados”, tem como objetivo principal analisar a relação entre a qualidade de vida, o tipo de vinculação e a resiliência, em adolescentes institucionalizados. Pretende ainda avaliar de que forma é que a capacidade de resiliência e padrões de vinculação seguros nos adolescentes estão relacionados com a sua qualidade de vida.

Desta forma, venho colocar à consideração de Vossa Excelência que analise a possibilidade de serem administrados alguns questionários de recolha de dados no Lar de Infância e Juventude da V. Instituição.

Os questionários que se pretende administrar são os seguintes: Questionário sócio-demográfico (que visa a caracterização dos participantes); KIDSCREEN-52 (questionário de avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes); Inventory of Attachment to Childhood and Adolescence (IVIA) – Inventário de Vinculação para a Infância e para a Adolescência (instrumento que avalia um conjunto de comportamentos e representações de vinculação na infância e adolescência) e a Resilience Scale (escala que avalia a resiliência em adolescentes).

Todos os dados recolhidos serão confidenciais e anónimos, não se procedendo em momento algum à identificação dos participantes, e serão apenas utilizados no contexto do presente projeto de mestrado. Apenas eu e a Professora que tem a responsabilidade de orientação da tese teremos acesso aos dados recolhidos. Os resultados nunca serão devolvidos nominalmente, sendo analisados e divulgados sempre na perspetiva de grupo.

Os resultados deste estudo pretendem contribuir para um melhor conhecimento da população institucionalizada. A colaboração da V. Instituição é fundamental para a conclusão desta investigação.

Esperando de Vossa Excelência a melhor compreensão e colaboração, fico a aguardar autorização, dispondo-me naturalmente para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

A aluna,

Liliana Jacoto

A orientadora,

Prof^a. Dra. Isabel Silva

Bragança, 31 de Maio de 2013

Anexo 7- Declaração de Consentimento Informado - Adolescentes

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado _____, declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. A informação ou explicação que me foi dada incidiu sobre os objetivos do estudo e sobre a minha participação no mesmo. Fui informado também que tenho total liberdade para aceitar ou rejeitar a minha participação no estudo, bem como desistir se assim o entender sem qualquer prejuízo.

Pelo presente, manifesto expressamente a minha concordância e o meu consentimento para participar nesta investigação e seguir todas as indicações dadas pelo investigador.

Bragança, _____ de _____ de 2013

(Assinatura do participante)

(Assinatura da investigadora responsável)

Anexo 8- Declaração de Consentimento Informado – Representante Legal

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, na qualidade de representante legal do menor, _____, declaro que aceito que o menor à minha guarda participe no presente estudo, cujo tema é a “Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes Institucionalizados”, tomando conhecimento sobre os seus objetivos e participação no estudo. Fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas.

Fui também informado(a) acerca do direito em recusar participar e de que a minha recusa não terá consequências para mim. Foi ainda salvaguardado que todos os dados a serem recolhidos serão para uso exclusivo ao nível da investigação e que será mantido o anonimato.

Bragança, _____ de _____ de 2013

(Assinatura do representante legal)

(Assinatura da investigadora responsável)

Anexo 9- Pedido de autorização para a realização de uma investigação no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Exmo. Senhor Presidente da Comissão de Ética
Universidade Fernando Pessoa

Assunto: Pedido de autorização para realização de uma investigação no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Eu, Liliana do Rosário Rodrigues Jacoto, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – Porto, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, autorização para realizar uma investigação no âmbito da tese de mestrado.

A investigação, de carácter observacional, cujo tema é a “Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes Institucionalizados”, tem como objetivo principal analisar a relação entre a qualidade de vida, o tipo de vinculação e a resiliência, em adolescentes institucionalizados. Pretende ainda avaliar em que medida é que a capacidade de resiliência e padrões de vinculação seguros nos adolescentes estão relacionados com a sua qualidade de vida.

Os participantes deste estudo serão adolescentes institucionalizados em cinco Lares de Infância e Juventude do distrito de Bragança. A amostra será escolhida por conveniência, constituída por 100 indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos.

Os questionários que se pretende administrar são os seguintes: Questionário sócio-demográfico, para caracterizar a amostra; KIDSCREEN-52 (Gaspar e Matos, 2008); (IVIA) – Inventário de Vinculação para a Infância e para a Adolescência (Carvalho, Soares e Batista, 2006) e Resilience Scale (Wagnild e Young 1993, adaptação Felgueiras, 2008). Foram efetuados os respetivos pedidos de autorização aos autores, para a utilização dos instrumentos nesta investigação, tendo os mesmos permitido a sua utilização.

Todos os princípios éticos inerentes a qualquer investigação serão assegurados, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. O consentimento livre e informado, dos adolescentes e seus representantes legais, será recolhido em conformidade com os padrões éticos da Declaração de Helsínquia da Associação

Médica Mundial e a Lei Portuguesa. Os participantes serão informados sobre os objetivos do estudo e todos os procedimentos do mesmo, sendo-lhes garantida a total liberdade para aceitar ou rejeitar a sua participação no estudo, bem como desistir a qualquer momento se assim o entenderem, sem qualquer prejuízo ou dano para si, mesmo que o seu responsável legal o autorize.

Os dados recolhidos serão tratados através do programa Estatístico, o Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 19, sendo utilizados apenas para fins de investigação.

Segue em anexo o projeto de tese, cópia dos instrumentos e documentação relativa às autorizações para a utilização dos respetivos instrumentos, por parte dos seus autores; cópia do formulário de consentimento informado e carta do orientador.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores Cumprimentos,

Bragança, 31 de Maio de 2013

A aluna,

Liliana Jacoto

Declaração

Venho por este meio declarar, que tenho conhecimento que a aluna Liliana do Rosário Rodrigues Jacoto, do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pretende realizar uma investigação, no âmbito da sua dissertação de mestrado, cujo título é “Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes Institucionalizados”.

Mais acrescento que estou de acordo com a realização desta investigação, que tem como principal objetivo analisar a relação entre a qualidade de vida, o tipo de vinculação e a resiliência em adolescentes institucionalizados.

Com os melhores Cumprimentos,

A orientadora,

Prof.^a Dra. Isabel Silva

Anexo 10- Parecer da Comissão de Ética sobre o Projeto de Tese apresentado à Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

*Dar conhecimento à
aluna e orientador.)
Teresa
04/07/2013*

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Directora da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

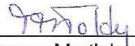
Porto, 2 de Julho de 2013

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde de Liliana do Rosário Rodrigues Jacoto, intitulado "Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes institucionalizados", considera nada haver a opor ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da
Comissão de Ética


Teresa Martinho Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC: 502 057 602 - Reg. Comercial nº 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto
REITORIA • | Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | • | Faculdade de Ciência e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto-Portugal • T. +351 22 507 1300 • F. +351 22 550 8269 • geral@ufp.pt
| Faculdade de Ciências da Saúde | • | Escola Superior de Saúde | R. Carlos Da Maia, 296 • 4200-150 Porto - Portugal • T. +351 22 507 4630 • F. +351 22 507 4637 • R. Delém: Maia, 334 • 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 • geral.saude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida • R. Conde de Bertiandos • 4990-078 Ponte de Lima-Portugal • T. +351 258 741 026 • F. +351 258 741 412 • geral.plima@ufp.pt