



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

Caracterização do desenvolvimento motor e emocional, e do comportamento em adolescentes em situação de acolhimento residencial

Inês Isabel Melo do Rosário

Orientação: Professora Doutora Gabriela Almeida

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

Caracterização do desenvolvimento motor e emocional, e do comportamento em adolescentes em casas de acolhimento residencial

Inês Isabel Melo do Rosário

Orientação: Professora Doutora Gabriela Almeida

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Évora, 2018

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Gabriela Almeida, agradeço de coração, por ter aceite o desafio de me orientar numa altura tão conturbada e por ter estado presente e disponível em cada dificuldade bem como em cada objetivo alcançado. Pelo seu incentivo e motivação constante, quando eu própria achava que as coisas não estavam a correr como esperado. Obrigado por todo o apoio prestado, do início ao fim.

Ao Prof. Dr. José Marmeleira pela sua ajuda e atenção no momento de encontrar um fio condutor que me permitisse concluir esta etapa. Agradeço também à Prof.^a Dr.^a Guida Veiga por ter disponibilizado tão prontamente alguns dos materiais imprescindíveis para o momento de avaliação, como é o caso do Questionário de Consciência Emocional, por si validado para a população portuguesa, assim como pela disponibilidade em esclarecer as dúvidas que me surgiram.

À Universidade de Évora e a todos os professores com quem tive o prazer de aprender e crescer nesta área, da qual tanto me orgulho.

Agradeço imenso às diretoras técnicas que tão atenciosamente me atenderam e receberam como se eu fizesse parte das suas equipas. E agradeço, na mesma medida, aos pais e encarregados de educação por permitirem que esta investigação fosse mais além.

Um especial agradecimento a todos os jovens que aceitaram participar nesta investigação e, assim, tenham tornado real este sonho. Foi pouco o tempo que passei com cada um de vocês, mas sinto como se tivesse trazido comigo um pedacinho de cada um. Obrigado, porque até nos momentos em que o cansaço se fazia sentir, cada momento convosco me dava alento e mostrava que tudo valia a pena.

À Soraia Picado, minha amiga e companheira, com quem comecei e acabo esta etapa, de mãos dadas e coração preenchido, com a certeza de que construímos uma amizade para a vida.

À Joana Machorrinho, minha referência, minha mestre e grande amiga. Por toda a amizade e apoio em todos os minutos, horas e dias, a nível académico e pessoal. Por tudo o que dá para explicar e por tudo o que não tem explicação, obrigado.

À Andreia, porque a tua disponibilidade e amizade são inexplicáveis, assim como a tua essência. Obrigado pela tua assídua presença nos bons momentos e pela tua ajuda nos de maior aflição.

À Léa pela amizade incondicional e paciência infinita e quase simplesmente por existires na minha vida e acompanhar passo a passo cada pedaço deste percurso. És a palavra amiga, sempre pronta para me acudir.

À Marta, Joana Margarida, Lorena, Sara, Rafaela, Ana Lança, Ana Filipa e Joana Elias, por serem as minhas meninas que não me falham nunca e que me fazem acreditar nas minhas forças e capacidades quando estou incapaz de o fazer sozinha.

À Elisa e ao Luis, porque sem o vosso apoio esta meta teria sido praticamente impossível de cortar! Obrigado por na agitação das vossas vidas terem incluído a agitação da minha e me terem ajudado a acalmar as águas.

À Raquel Domingos que mesmo no meio dos seus horários preenchidos se disponibilizou a ajudar-me quando precisei, provando que faz mais quem quer do que quem pode. Espero que o teu caminho se abra para ti, como tu te abres para ajudar os outros.

À Célia, minha tia de coração, pelas palavras, pelo conforto e pelo colo, além da companhia nos serões de trabalho que foram fundamentais para concluir esta etapa. Nada que diga explica o quão grata estou.

Aos meus padrinhos e primos por me renovarem as forças, pela motivação, preocupação e apoio, sempre.

À minha Avó e ao meu Avô, duas das pessoas mais importantes da minha vida e que, sem terem noção disso, tiveram uma importância fundamental neste percurso. Obrigado por todos os momentos em que aliviaram as minhas preocupações pessoais para me dedicar o máximo possível à conclusão desta etapa. Obrigado por tudo!

E aos últimos que são sempre os primeiros, pai, mãe e mana, um enorme obrigado! Porque sem o vosso apoio incondicional nada disto seria possível. Obrigado por serem o meu sítio seguro, o meu chão, as minhas paredes, o meu telhado, a minha casa! Esta vitória também é vossa. Porque para chegar aqui foi preciso, como sempre, lutarmos os quatro. Cada um à sua maneira. Porque para chegar aqui, algumas coisas ficaram para trás, mas vocês andaram sempre ao meu lado. Dedico a vocês cada passo dado neste caminho. Obrigado!

Caracterização do desenvolvimento motor e emocional, e do comportamento em adolescentes em casas de acolhimento residencial

Resumo

Os adolescentes institucionalizados, devido à exposição a vários fatores de risco familiares e institucionais, são considerados um grupo de risco para o comprometimento do desenvolvimento motor, bem como para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais, e outros problemas associados com repercussões a longo prazo.

O objetivo desta investigação passou por caracterizar o desenvolvimento destes adolescentes e perceber o papel da institucionalização no seu desenvolvimento a nível motor e emocional, no comportamento e também na sua autoestima e satisfação com a imagem corporal. Tendo estas variáveis sido avaliadas em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, nomeadamente, 80 adolescentes institucionalizados (idade decimal média 15.03 anos \pm 1.54) e 44 não institucionalizados (idade decimal média 15.0 anos \pm 1.8), através de um questionário sociodemográfico, da aplicação do BOT-2, e do preenchimento do SDQ, do EAQ, da RSES e da Escala de Silhuetas de Collins.

Os resultados obtidos revelam o comprometimento significativo do desenvolvimento motor e emocional, maior presença de problemas de comportamento, bem como consciência emocional e satisfação com a imagem corporal diminuídas em adolescentes institucionalizados comparativamente aos adolescentes não institucionalizados. Verificaram-se ainda associações entre as características institucionais e algumas destas dimensões. Os resultados parecem sugerir que o acolhimento residencial atua no sentido de diminuir o agravamento das dificuldades, mas que não é suficiente para tomar o curso normal do desenvolvimento.

Palavras-chave: Adolescentes; Institucionalização; Desenvolvimento Motor; Desenvolvimento Emocional; Comportamento; Autoestima

Motor, Emotional and Behavioral Development in Youths from Residential Care Institutions

Abstract

Due to the exposure to various familiar and contextual risk factors, institutionalized adolescents are considered to be a risk group for developing motor impairments, emotional and behavioral problems, as well as long-term comorbidities.

The aim of this research was to characterized institutionalized adolescents development, and analyze institutionalization impact on them at motor, emotional and behavioral levels, also assessing self-esteem and body image satisfaction constructs. Eighty institutionalized and forty-four non-institutionalized adolescents between 12 and 17 years of age participated in our study (mean decimal age of 15.03 ± 1.54 and 15.0 ± 1.8 respectively). A sociodemographic survey, BOT-2, SDQ, EAQ, RSES and Collins Silhouettes Scale were administered.

Results show a significant impairment on motor, emotional and behavior development of institutionalized adolescents, as well as low scores on emotional awareness and body-image satisfaction. Some of these dimensions were associated with institutional aspects. Results suggest that although residential care is intended to ease some development delays, it may not be enough for reaching the desired developmental course of these adolescents.

Key-words: Adolescent; Institutionalization; Motor Development; Emotional Development; Behavior; Self-esteem

Índice Geral

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Índice de Tabelas	vii
Índice de Anexos	viii
Lista de Abreviaturas e Siglas	ix
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1. Os Direitos da Criança e do Adolescente	5
2.2. Maus-Tratos na Infância e na Adolescência	7
2.3. O Processo de Institucionalização	12
2.3.1. Proteção de Crianças e Jovens em Perigo	12
2.3.2. Acolhimento Residencial.....	13
2.3.3. Estado Atual do Acolhimento em Portugal	14
2.3.4. Características do Acolhimento Residencial	16
2.4. O Papel da Institucionalização no Desenvolvimento	20
2.4.1. Desenvolvimento Motor	23
2.4.2. Desenvolvimento Emocional e do Comportamento	26
2.4.3. Consciência Emocional	28
2.4.4. Autoestima.....	31
2.4.5. Satisfação com a Imagem Corporal.....	33
3. METODOLOGIA.....	36
3.1. Objetivos de investigação	36
3.2. Desenho e Tipo de Estudo	36
3.3. Amostra.....	36
3.3.1. Seleção da Amostra	36
3.3.2. Caracterização da Amostra.....	37
3.4. Procedimento	39
3.4.1. Recolha de Dados	39
3.4.2. Tratamento e Análise de Dados.....	40
3.5. Instrumentos de Avaliação	41
3.5.1. Questionário Sociodemográfico	41

3.5.2. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky, 2ª Edição.....	41
3.5.3. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).....	42
3.5.4. Questionário de Consciência Emocional (EAQ).....	43
3.5.5. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)	45
3.5.6. Escala de Silhuetas de Collins	46
3.5.7. Índice de Massa Corporal (IMC).....	47
4. RESULTADOS	48
4.1. Desenvolvimento Motor	48
4.2. Desenvolvimento Emocional e do Comportamento	49
4.3. Consciência Emocional	51
4.4. Autoestima	52
4.5. (In)satisfação com a Imagem Corporal.....	52
4.6. Relações entre as características do acolhimento e o desenvolvimento	53
4.6.1. Relação com o desenvolvimento motor	53
4.6.2. Relação com o desenvolvimento emocional e do comportamento	54
4.6.3. Relação com a consciência emocional	55
4.6.4. Relação com a autoestima	56
4.6.5. Relação com a (in)satisfação com a imagem corporal	57
4.7. Relação entre o desenvolvimento motor e o IMC	57
4.8. Relação entre as competências motoras e as competências emocionais e comportamentais.....	58
4.9. Relação entre o desenvolvimento emocional e do comportamento e a consciência emocional	60
4.10. Relação entre a autoestima e as competências motoras, emocionais e comportamentais, e com a (in)satisfação com a imagem corporal.....	61
4.11. Relação entre a (in)satisfação com a imagem corporal e o desenvolvimento motor e emocional e o comportamento.....	63
5. DISCUSSÃO.....	65
6. CONCLUSÃO.....	84
7. BIBLIOGRAFIA	88
ANEXOS.....	106

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatística descritiva dos resultados obtidos através do questionário sociodemográfico para os dois grupos	38
Tabela 2. Estatística descritiva dos resultados obtidos através do questionário sociodemográfico para os adolescentes institucionalizados.....	39
Tabela 3. Pontos de corte de IMC e Percentil definidos para crianças e adolescentes ..	47
Tabela 4. Estatística descritiva das dimensões do BOT-2, para adolescentes institucionalizados e não institucionalizados.....	48
Tabela 5. Valores de α de Cronbach para o SDQ – versão de autopreenchimento.....	49
Tabela 6. Valores de α de Cronbach para o SDQ – versão para pais	50
Tabela 7. Estatística descritiva de todas as escalas do SDQ (versão de autopreenchimento) para adolescentes institucionalizados e adolescentes não institucionalizados	50
Tabela 8. Valores de α de Cronbach para o EAQ.....	51
Tabela 9. Estatística descritiva de todas as escalas do EAQ para adolescentes institucionalizados e adolescentes não institucionalizados	52
Tabela 10. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as características do acolhimento e as dimensões do BOT-2	54
Tabela 11. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as características do acolhimento e as dimensões do SDQ	55
Tabela 12. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as características do acolhimento e as dimensões do EAQ	56
Tabela 13. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as características do acolhimento e a autoestima	56
Tabela 14. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as características do acolhimento e a (in)satisfação com a imagem corporal	57
Tabela 15. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre o IMC e as dimensões do BOT-2.....	58
Tabela 16. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as dimensões do BOT-2 e as dimensões do SDQ.....	59
Tabela 17. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as dimensões do SDQ e as dimensões do EAQ.....	61
Tabela 18. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre autoestima e as dimensões do BOT-2.....	62

Tabela 19. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre a autoestima e as dimensões do SDQ	62
Tabela 20. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre a autoestima e a (in)satisfação com a imagem corporal	63
Tabela 21. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre a (in)satisfação com a imagem corporal e o IMC	63
Tabela 22. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre a (in)satisfação com a imagem corporal e as dimensões do BOT-2	64
Tabela 23. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre a (in)satisfação com a imagem corporal e as dimensões do SDQ	64

Índice de Anexos

Anexo I. Pedido de Autorização para Investigação	106
Anexo II. Declaração de Consentimento Informado para os Tutores	107
Anexo III. Declaração de Consentimento Informado para os Pais	108
Anexo IV. Declaração de Consentimento Informado para os Adolescentes Institucionalizados	109
Anexo V. Declaração de Consentimento Informado para os Adolescentes não Institucionalizados	110

Lista de Abreviaturas e Siglas

BOT-2 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky, 2ª Edição

CASA – Caracterização Annual da Situação de Acolhimento

CNPDPJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção Geral de Saúde

EAQ – Questionário de Consciência Emocional

IMC – Índice de Massa Corporal

LPCJ – Lei de Proteção de Crianças e Jovens

ONU – Organização das Nações Unidas

SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades

RSES – Escala de Autoestima de Rosenberg

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

1. INTRODUÇÃO

O período da adolescência é uma fase transitiva entre a infância e a idade adulta, onde estão implícitas significantes mudanças, oportunidades e desafios a nível biopsicossocial (Fleming, 2010; Marcelli, & Braconnier, 2005; Monteiro, & Confraria, 2014). Durante esta fase, o adolescente confronta-se com uma constante negação da sua infância e com uma procura incessante pela sua independência e por alcançar a idade adulta, manifestando o “desejo de partir”, dando lugar a comportamentos de exploração fora do controlo parental, ao mesmo tempo que “deseja ficar” no espaço de proteção familiar e manter a vinculação às figuras parentais, o que provoca uma crise no processo psíquico do adolescente (Fleming, 2010; Marcelli, & Braconnier, 2005).

As mudanças inerentes a esta fase preparam o adolescente para o sentido de identidade e para a sua autonomia (Quiles, & Espada, 2014), e a emergência de novas competências, como a empatia e preocupação com o outro, que se iniciam na transição entre a infância e a adolescência, preparam a criança para os desafios da nova fase, nomeadamente ao nível da vinculação com os pais e o estabelecimento de novas relações, potenciando novas experiências de socialização e de exploração (Fleming, 2010). Por existir o desafio e necessidade de aceitação, é comum o surgimento de conflitos internos que se traduzem na dificuldade em controlar a motricidade e em expressar verbalmente as emoções, levando o adolescente a externalizá-las através do agir (Fleming, 2010).

Todas estas alterações e mudanças podem ser difíceis de gerir em função das expectativas próprias do adolescente, bem como das suas figuras de referência, podendo desencadear instabilidade emocional. Esta, por conseguinte, pode colocar em causa a boa autoestima, necessária ao desenvolvimento saudável e bem-estar, e resultar numa desordem psíquica e corporal (Quiles, & Espada, 2014; Marcelli, & Braconnier, 2005). Note-se que é o corpo que se encontra no centro da maioria dos conflitos do adolescente (Marcelli, & Braconnier, 2005), sendo o elemento central de todo o desenvolvimento e das transformações que ocorrem nesta fase e que conduzem à construção da imagem corporal e do fortalecimento da identidade (Monteiro, & Confraria, 2014; Tavares, 2003).

A adolescência é, portanto, já de si, uma fase caracterizada pelas inúmeras modificações que lhe são inerentes, como as alterações corporais, a instabilidade emocional, a insatisfação com o próprio corpo, a dificuldade em relacionar-se e obedecer a regras impostas pelo adulto, a associação a um grupo de pares com o qual se identifica, e ainda, pelos problemas de comportamento, isolamento, delinquência e rebeldia, que

tendem a surgir neste período do desenvolvimento (Monteiro, & Confraria, 2014). Estas inevitáveis modificações surgem como forma de adaptação e resposta às alterações biológicas, psicológicas e sociais que acontecem nesta fase e que provocam no adolescente sintomas de irritabilidade, instabilidade e até mesmo dor física e psicológica (Cole, & Cole, 2004; Monteiro, & Confraria, 2014).

Todas estas transformações podem tornar-se ainda mais complicadas de tolerar aquando da existência de alguns fatores adversos, como a ausência de um suporte familiar estável, ou quando o adolescente tem a sua vida marcada por várias situações traumáticas, como o abandono, negligência, exposição a atos de violência física e psicológica, abuso sexual, entre outros (Carvalho, 2013; Ethier, & Milot, 2009; Skårderud, Nygren, & Edlund, 2005; Strecht, 2012). Fatores estes que têm forte impacto no desenvolvimento global do adolescente e que podem inclusive resultar em repercussões psíquicas graves, potenciando a ocorrência de clivagem afetiva que, em termos de funcionamento psíquico, impede o adolescente de compreender as suas próprias emoções e de reconhecê-las no outro (Ethier, & Milot, 2009; Strecht, 2012). Esta dificuldade leva muitas vezes a que o sofrimento seja canalizado para as queixas somáticas, onde a fragilidade das suas estruturas incita a comportamentos agressivos e a outros comportamentos de risco (Stott, 2012; Strecht, 2012).

Nesta situação encontramos os adolescentes institucionalizados em casas de acolhimento residencial, sendo esta população considerada, devido aos fatores anteriormente mencionados, um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações emocionais e problemas de comportamento (Escobar, Pereira, & Santelices, 2014; Skårderud et al., 2005; Surugiu, & Moşoiu, 2013). Além destas dificuldades, Skårderud e colaboradores (2005), mencionam no seu estudo que esta população é também um grupo de alto risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares e perturbações relacionadas à imagem corporal, acabando por sugerir a importância de desenvolver um maior número de investigações no que respeita à deteção de patologias psíquicas e à avaliação das emoções e comportamentos relacionados com o corpo, especialmente nesta população.

Assumindo a importância do corpo em todo o desenvolvimento, e em específico na fase da adolescência, parece também ser pertinente averiguar a existência de possíveis relações entre a satisfação da imagem corporal, influenciada pela perceção que o adolescente tem de si mesmo (Collins, 1991; Simões, 2014;), e o Índice de Massa Corporal (IMC), de maneira a perceber se estes adolescentes apresentam alterações a

nível estatura-ponderal que justifiquem a insatisfação que se espera devido à fase do desenvolvimento e das agravantes associadas a esta população. Além de que estas alterações, podem estar relacionadas com as competências psicomotoras (Melo, & Lopes, 2013; Simões, 2014) e até mesmo com a existência de problemas de comportamento, fruto essencialmente de alguns sintomas internalizados que a insatisfação com a imagem corporal pode despoletar (Simões, 2014).

Existem ainda evidências de que o desenvolvimento motor em crianças institucionalizadas se encontra comprometido em comparação com crianças não institucionalizadas, nomeadamente ao nível do equilíbrio e da coordenação bilateral, o que parece estar relacionado, entre outros fatores, com o tipo de apoio prestado na instituição e com o tempo de institucionalização em função da idade de ocorrência do primeiro acolhimento (Giagazoglou, Kouliousi, Sidiropoulou, & Fahantidou, 2012; Giagazoglou, Sidiropoulou, Kouliousi, & Kokaridas, 2013; Roeber, Gunnar, & Pollak, 2014; Roeber, Tober, Bolt, & Pollak, 2012). Além disso, tem-se verificado que a privação precoce dos cuidados parentais tem um efeito negativo sobre o desenvolvimento motor que não é resolvido pela colocação em regime de acolhimento residencial, dando destaque à importância de analisar os atrasos motores em crianças institucionalizadas (Levin, Zeanah, Fox, & Nelson, 2014). No entanto, estes estudos foram maioritariamente desenvolvidos em bebés ou em crianças em idades precoces, pelo que se torna pertinente investigar este domínio na população adolescente.

Desenvolver mais investigações com esta população permite dar seguimento a intervenções especializadas e avançar com políticas que protejam estas crianças e adolescentes de problemas futuros (Maclean, 2003; McMillen et al., 2005). Existem estudos longitudinais e transversais neste sentido (McMillen et al., 2005; Garland et al., 2001; Auslander et al., 2002; Heflinger et al., 2000), mas poucos para a população portuguesa (Soares et al., 2014; Baptista et al., 2014), apesar de em Portugal ser elevado o número de crianças e adolescentes institucionalizados, comparativamente a outros países europeus (UNICEF Portugal, 2015). E ainda que no último ano se tenha verificado uma ligeira diminuição nestes números, constata-se um aumento de adolescentes acolhidos, na faixa etária dos 12 aos 17 anos, os quais apresentam ainda altos índices de problemas comportamentais, emocionais e outros (Instituto da Segurança Social I.P. [ISS], 2017). Assim, destaca-se a importância de investigar o desenvolvimento nesta faixa etária específica.

Sendo a Psicomotricidade uma intervenção possível em contexto de acolhimento residencial, que atua ao nível do desenvolvimento global da criança e do adolescente através do corpo, por meio do movimento e do jogo, no sentido de recuperar as funções mentais imaturas ou danificadas (Fonseca, 2005), a presente investigação revela-se pertinente para aprimorar o conhecimento do Psicomotricista e a sua intervenção nesta população. No sentido então de conjugar os resultados e conclusões da literatura analisada, com a necessidade de qualquer Psicomotricista conhecer e intervir de forma integrada na proficiência motora, nos problemas emocionais e de comportamento, na consciência emocional, na percepção da imagem corporal e na autoestima, estes tornam-se fatores pertinentes de investigar em adolescentes institucionalizados. Com uma informação detalhada sobre estas variáveis e sobre a influência positiva ou negativa que a institucionalização tem sobre elas, pode ser justificada a pertinência de uma precoce e adequada intervenção nesta população.

Assim, o principal objetivo deste estudo passa então por analisar o papel da institucionalização no desenvolvimento motor e emocional, no comportamento, na consciência emocional, na autoestima e na satisfação com a imagem corporal em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. Pretendemos ainda caracterizar o desenvolvimento motor, determinar a prevalência de problemas emocionais e de comportamento, analisar a consciência emocional e determinar o nível de autoestima e a satisfação resultante da percepção da imagem corporal em adolescentes em situação de acolhimento residencial, comparativamente ao desenvolvimento de adolescentes da mesma faixa etária a residir com as suas famílias. Tendo muito presente a noção de que estas análises não são totalmente esclarecidas, uma vez que é praticamente impossível separar a história de vida antes da institucionalização da que sucede após a mesma (Soares et al., 2014).

Com base nas evidências científicas encontradas, esperamos encontrar maior índice de sintomas internalizados e externalizados no grupo de adolescentes institucionalizados, e por outro lado, consciência emocional, autoestima, satisfação com a imagem corporal e proficiência motora, mais especificamente ao nível da precisão motora fina, do equilíbrio e da coordenação bilateral, diminuídas. É esperado ainda, que nas análises de correlação com as características institucionais, as associações sugiram que face a uma institucionalização mais precoce, assim como a um tempo de duração na instituição mais prolongado, as dificuldades motoras, emocionais e comportamentais saiam aumentadas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta secção serão abordados aspetos que fundamentam e caracterizam o desenvolvimento e características comuns aos adolescentes institucionalizados e que contextualizam a importância de analisar esta população, pela influência que o seu historial de vida familiar e institucional podem ter no seu desenvolvimento integral. Assim, serão explorados temas como os maus-tratos e fatores de risco que conduzem à retirada destes adolescentes do seio familiar, o processo de institucionalização em Portugal, as características inerentes ao acolhimento residencial (idade de institucionalização, duração do acolhimento no total e do acolhimento na instituição atual e o número de mudanças sofridas) e as implicações que o mesmo pode ter no desenvolvimento motor e emocional, no comportamento, assim como na consciência emocional, autoestima e satisfação com a imagem corporal nestes adolescentes.

2.1. Os Direitos da Criança e do Adolescente

A distinção entre criança e adolescente (ou jovem, como é mencionado na legislação) varia em função da faixa etária nas várias teorias do desenvolvimento. No entanto, em termos práticos e nesta população em particular, torna-se difícil separar os conceitos, sendo que a própria legislação os menciona em conjunto, uma vez que até ser atingida a idade adulta todos são iguais em direitos (Art.º 122.º do Código Civil)¹. Neste sentido, o Art.º 5.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP)² preconiza como *“criança ou jovem – a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos, e ainda a pessoa até aos 25 anos sempre que existam, e apenas enquanto durem, processos educativos ou de formação profissional”* (Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, 2017).

Os adolescentes institucionalizados, à semelhança de qualquer criança ou adolescente que habite com a sua família, têm direitos fundamentais que devem ser respeitados, pois de acordo com a Convenção dos Direitos da Criança (ONU, 1989), todas as crianças são iguais em direitos sem qualquer discriminação, independentemente da *“raça, cor, género, língua, religião, opinião política ou outra da criança, de seus pais ou representantes legais, ou da sua origem nacional, étnica ou social, fortuna,*

¹ Ministério da Justiça - Gabinete do Ministro (1966). Decreto-Lei n.º 47344 de 25 de novembro. Diário do Governo, 1.ª série, n.º 274, 1883 – 2086.

² Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, alterada terceira vez pela Lei n.º 23/2017, de 23 de maio

incapacidade, nascimento ou de qualquer outra situação” (Art.º 1.º). Quando se verifica que a criança ou adolescente se encontra em perigo, nomeadamente pelo incumprimento dos seus direitos, é necessário colocar em ordem um plano de promoção e proteção que busque atender às suas necessidades, cabendo ao Estado a responsabilidade de proteger estas crianças e adolescentes e assegurar a sua sobrevivência e desenvolvimento, garantindo proteção e cuidados necessários ao seu bem-estar (Art.º 1.º e 6.º), quando os pais ou representantes legais não têm capacidade para o fazer (Art.º 5.º), sendo que as medidas tomadas devem ter sempre em conta o superior interesse da criança ou adolescente (Art.º 3.º).

A criança ou adolescente tem direito a um nível de vida adequado que permita o seu desenvolvimento integral, sendo da responsabilidade dos pais e/ou representantes legais educar e assegurar o seu desenvolvimento (Art.º 27.º). Face a situações de risco para o desenvolvimento físico, mental e social, da criança ou adolescente, é fundamental ativar as medidas de proteção adequadas contra qualquer forma de abuso nomeadamente, negligência, violência física, mental, ou sexual, abandono, maus tratos ou exploração por parte dos pais, dos representantes legais ou outra pessoa a quem tenha sido atribuída a guarda da mesma (Art.º 19.º). Por vezes, a medida mais adequada passa pela retirada da criança ou adolescente do ambiente familiar, sendo o Estado obrigado a assegurar a sua proteção e a disponibilizar cuidados alternativos (acolhimento familiar ou adoção) ou colocação em instituições apropriadas de assistência às crianças, de acordo com os termos da legislação nacional e tendo em conta a origem cultural da criança, notando que importa atender devidamente às necessidades individuais de cada um/a (Art.º 20.º). Na tomada destas deliberações devem ser ouvidas todas as partes interessadas, incluindo a criança ou adolescente, tendo em conta a sua idade e maturidade, devendo conhecer-se os seus pontos de vista (Art.º 12.º).

Para concluir, ressaltamos o artigo 25.º onde é mencionado o dever do Estado em conceder à criança em situação de institucionalização, seja ela para fins de proteção, assistência e/ou tratamento físico ou mental, a revisão periódica do tratamento a que foi submetida, bem como das restantes circunstâncias associadas à sua colocação. A toda a criança ou adolescente vítima de qualquer forma de negligência devem ser administradas as medidas adequadas obrigatoriamente estabelecidas pelo Estado, no sentido de promover a sua recuperação física e psicológica e a reinserção social, em “*ambiente que favoreça a saúde, o respeito por si própria e a sua dignidade*” (Art.º 39.º).

2.2. Maus-Tratos na Infância e na Adolescência

De acordo com o que foi mencionado anteriormente é possível entender que uma das formas de violar os direitos da criança e do adolescente é através da exposição a situações traumáticas e negligentes que tornam necessária a retirada dos mesmos dos ambientes maltratantes. Apesar de os fatores que conduziram à institucionalização não terem sido analisados na presente investigação, é sabida a sua influência significativa no desenvolvimento destas crianças e adolescentes, pelo que se torna pertinente explorar esses fatores no sentido de perceber as repercussões que podem ter a curto e longo prazo, procurando evitá-las atempadamente.

De facto, quando abordamos assuntos tão sensíveis como a institucionalização de crianças e adolescentes em situação de perigo, não podemos esquecer-nos do peso traumático do passado e dos fatores que obrigaram à retirada dos mesmos do seu contexto familiar, uma vez que estes fatores têm repercussões significativas no seu desenvolvimento global desde idades precoces (Ethier, & Milot, 2009; Strecht, 2012). Episódios recorrentes de maus-tratos, negligência, abandono, abusos físicos, psicológicos e sexuais, usualmente infligidos pelos pais, cuidadores ou pessoas próximas da criança e do seu núcleo sociofamiliar, bem como a exposição a comportamentos de risco por parte dos mesmos, estão significativamente presentes nas trajetórias de vida de muitas crianças e jovens em Portugal (Carvalho, 2013; Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPJ], 2017; Direção Geral de Saúde [DGS], 2016; Strecht, 2012). Estas situações representam especial perigo para a saúde, bem-estar, desenvolvimento cerebral e, conseqüentemente, para vários níveis do desenvolvimento da criança e do adolescente (Barreiros, & Cordovil, 2014b; DGS, 2016), podendo resultar em dificuldades ao nível da aprendizagem, perturbações do comportamento, problemas emocionais, baixa autoestima e imagem corporal pobre, levando muitas vezes à replicação de padrões de violência no futuro (Strecht, 2012; UNICEF Portugal, 2015; Veiga, 2012). Além destas, sabe-se que crianças maltratadas e fracamente estimuladas podem ainda evidenciar dificuldades ao nível dos padrões motores (Barreiros, & Cordovil, 2014b).

Sabe-se que o desenvolvimento biopsicossocial é maioritariamente influenciado pelos primeiros anos de vida, essencialmente pelas ligações precoces que se estabelecem no meio envolvente com os cuidadores primários, e principalmente com a figura materna (Bayle, & Martinet, 2008; Bowlby, & WHO, 1952; Strecht, 2012). Neste sentido, uma

história marcada por episódios traumáticos, onde pode estar incluída a morte de um ou de ambos os progenitores, não permite que estas ligações aconteçam de uma forma natural e saudável comprometendo o desenvolvimento psíquico e a futura saúde mental destas crianças e adolescentes (Bowlby, & WHO, 1952; Ethier, & Milot, 2009; Skårderud et al., 2005; Strecht, 2012).

É o peso das perturbações transgeracionais que leva maioritariamente a este desfecho (Bayle, & Martinet, 2008; Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014; Strecht, 2012). Quando nasce, a criança é confrontada com a história de vida dos seus pais, isto é, com os fantasmas, identificações e afetos elaborados pelos mesmos na relação com os seus próprios pais (Bayle, & Martinet, 2008), podendo esta relação ter sido saudável ou, bem pelo contrário, representar um passado de sofrimento relacional conduzindo a lacunas graves nas competências emocionais e parentais (Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014), para além de poder desencadear um mecanismo de identificação com o agressor, muito comum nesta população, que pode fazer com que a patologia se perpetue por gerações (Strecht, 2012).

No entanto, o facto de terem sido vítimas não os torna impunes, nem obriga necessariamente que este seja o caminho traçado (Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014; Strecht, 2012). Há pais que apesar de terem sido maltratados na infância conseguem, com base nos afetos que não estão totalmente reprimidos e que permitem manter a ligação entre determinadas representações e as emoções que lhes correspondem, ser resilientes e desenvolver competências parentais adequadas, impedindo que se repita com os seus filhos aquilo que um dia viveram (Bayle, & Martinet, 2008; Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014; Strecht, 2012).

Os maus-tratos são considerados um fenómeno de etiologia multifatorial e com implicações a nível individual, familiar e sociocultural (Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014; Strecht, 2012). As características dos pais, das crianças e da situação sociofamiliar que contribuem para a eclosão dos maus-tratos têm sido investigadas e tem-se verificado que a maioria dos pais maltratantes evidencia problemas na relação parental, e que por terem recebido cuidados parentais desadequados que desencadeiam neles frustração, projetam nos filhos as mesmas expectativas de que um dia foram alvo (Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014; Strecht, 2012).

No geral os pais maltratantes, por terem sido igualmente abandonados, negligenciados ou abusados na sua infância, possuem um fraco controlo da agressividade e impulsividade, intolerância à frustração e passagem ao ato. Apresentam também

hipersensibilidade às críticas e fragilidade narcísica, impedindo a autoestima de se manter a um nível adequado. As suas capacidades de mentalização, elaboração e verbalização são muito limitadas, bem como a percepção quanto às necessidades e capacidades do seu filho, criando expectativas irrealistas em relação ao mesmo (Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014). Quando nos confrontamos com a presença destas dificuldades no adulto maltratante, é possível perceber o curso que os maus-tratos um dia vivenciados tendem a levar ao longo da vida e as áreas onde se deve atuar o mais precocemente possível de maneira a evitar a repetição do fenómeno.

Assim como estes pais revelam características específicas, também as crianças maltratadas parecem apresentar características que fazem delas “alvos preferenciais”, nomeadamente a fase do desenvolvimento em que se encontram parece representar um fator de risco para sofrer maus-tratos, mais precisamente nos primeiros anos de vida em que a dependência do adulto é total e as exigências são imensas, ou na entrada da adolescência e na adolescência propriamente dita, caracterizadas pela afirmação e busca pela independência e autonomia (Monteiro, & Confraria, 2014; Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014), podendo condicionar a interpretação dos pais face aos comportamentos normais de oposição, assumindo-os como comportamentos agressivos e que colocam em causa a qualidade parental (Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014). Além destas, também as crianças prematuras, geralmente com dificuldades regulatórias, as crianças com problemas alimentares e de sono, as crianças que adoecem frequentemente (muitas vezes já devido aos fenómenos de negligência), crianças com deficiência, que possam despoletar nos pais sentimentos de negação e que colocam em causa a sua capacidade de serem bons pais, e as crianças que passam por períodos prolongados de separação da família, parecem estar em maior risco para sofrer de abusos por parte dos cuidadores primários. O género, a idade, o lugar que ocupam na fratria e determinadas características físicas e temperamentais, podem também condicionar o comportamento dos pais, principalmente se as características presentes na criança os lembrarem das figuras da sua infância que vivenciou como agressivas, conflituosas ou competitivas (Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014).

Dependendo do tipo, gravidade, frequência, duração dos abusos e também da idade e personalidade da criança, os sintomas e patologias decorrentes podem ser vários. Além das lesões físicas imediatas e das lesões neurológicas, podem também surgir perturbações psicológicas mais ou menos graves (Ethier, & Milot, 2009; Jaffee, & Maikovich-Fong, 2011; Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014). O stress e angústia

provocados pelos comportamentos abusivos ultrapassam as capacidades da criança no sentido de reagir e se defender perante essas situações, levando-a a desenvolver respostas adaptativas agudas e a internalizá-las. Quando estas respostas se tornam recorrentes, os aspetos internalizados organizam-se em padrões de atividade neuronal que resultam em sintomas neuropsiquiátricos e alterações de personalidade (Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014).

São várias as repercussões da exposição a fenómenos traumáticos. Contudo, sabe-se que as mais graves são as perturbações da vinculação (Ethier, & Milot, 2009; Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014). Alterações a este nível desencadeiam na criança sentimentos de desconfiança e insegurança face ao adulto e por este motivo os profissionais que trabalham nesta área devem estar preparados para as dificuldades apresentadas no estabelecimento das novas relações (Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014). Além das alterações ao nível da vinculação, estas crianças e adolescentes podem manifestar comportamentos externalizados, nomeadamente, comportamentos agressivos, sexualizados, sintomas de hiperatividade, entre outros, e também sintomas internalizados e igualmente graves como sintomas depressivos, angústia, isolamento e inibição, perturbação de stress pós-traumático e outros mais (Ethier, & Milot, 2009; Kilpatrick et al., 2003; Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014; Widom, 1999).

Os efeitos dos maus-tratos sobre o desenvolvimento socio-emocional da criança estão desde há muito tempo comprovados, nomeadamente sobre o desenvolvimento da regulação emocional e do comportamento, bem como na saúde mental (Cook et al., 2005; Ethier, & Milot, 2009), tanto na primeira infância (Beeghly, & Cicchetti, 1994), na idade pré-escolar (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001), na idade escolar (Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001), assim como na adolescência e na idade adulta (Lereya, Copeland, Costello, & Wolke, 2015; Widom, 1999). Sendo que quanto mais precoce for a exposição da criança a estes fatores de risco, mais nefastas são as consequências para o seu desenvolvimento (Strecht, 2012).

A negligência propriamente dita, caracterizada pela ausência de comportamentos parentais necessários ao bom desenvolvimento da criança, incluindo, a falta de cuidados físicos e psicológicos e comportamentos de abandono por parte dos pais, tem efeitos nefastos a nível cognitivo e relacional, podendo resultar em dificuldades ao nível do ajuste psicossocial na adolescência (Ethier, & Milot, 2009). Os estudos que se debruçaram mais concretamente sobre a adolescência verificaram uma prevalência elevada de dificuldades de adaptação nos adolescentes que foram vítimas de maus-tratos durante a infância,

colocando em evidência a presença de comportamentos antissociais (Beeghly, & Cicchetti, 1994; Widom, 1999; Wolfe, Scott, Wekerle, & Pittman, 2001). Outros estudos relatam que os adolescentes maltratados estão em maior risco de desenvolver depressão e perturbação de stress pós-traumático (Kilpatrick et al., 2003), e que quando os maus-tratos vêm desde a sua infância, apresentam altos níveis de sofrimento emocional (Wolfe et al., 2001). Os adolescentes maltratados apresentam sete vezes mais comportamentos agressivos, depressão, ansiedade e trauma, em comparação com os adolescentes não maltratados, sendo que as raparigas apresentam mais sintomas internalizados do que os rapazes. Para estas raparigas, quanto mais grave a experiência de maus-tratos na infância, maior é o risco de se sujeitarem a fenómenos de violência no namoro (Karr, Simonich, & Wonderlich, 2012; McMillen, 2005; Wekerle, Wolfe, Hawkins, Pittman, Glickman, & Lovald, 2001; Wolfe et al., 2001).

Quando as experiências traumáticas são emocionalmente intensas e ocorrem em idades muito precoces podem conduzir também a um conjunto de mecanismos psíquicos como alterações cognitivas, problemas de dissociação mental, somatização, alteração da perceção de si e dos outros, dificultando as relações afetivas e a adaptação social, e facilitando distorções na compreensão e interpretação dos acontecimentos (Ethier, & Milot, 2009; Jaffee, & Maikovich-Fong, 2011; Terr, 1991).

Se além da idade de início estas experiências se propagarem no tempo, as consequências podem ser ainda maiores. Ethier e Milot (2004), verificaram que crianças expostas a situações de perigo durante mais de seis anos tiveram problemas de ansiedade, depressão e perturbações comportamentais internalizadas e externalizadas, muito mais acentuados do que crianças cujo período de exposição aos maus-tratos foi inferior a seis anos.

Torna-se, portanto, urgente a intervenção, o mais precocemente possível, de preferência para evitar a institucionalização, mas também de forma a evitar a perpetuação do fenómeno na sociedade e por várias gerações. A consciencialização e formação dos vários profissionais da área da saúde bem como do ramo social e judicial é fundamental para a deteção e sinalização destes casos e na promoção de um plano de proteção adequado às suas necessidades e contextos (Rodrigues, & Lobo-Fernandes, 2014; Jaffee, & Maikovich-Fong, 2011).

2.3. O Processo de Institucionalização

2.3.1. Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

Como já referido, quando se verifica que a criança ou adolescente se encontra numa situação que coloca em risco a sua integridade física ou psíquica, devem ser acionadas as medidas de intervenção necessárias para a sua proteção e promoção dos seus direitos (Art.º 3.º da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio). Nomeadamente, perante situações de abandono, de maus-tratos físicos e/ou psicológicos ou abusos sexuais, na ausência de cuidados adequados e concordantes com a idade da criança ou do jovem ou quando se encontram ao cuidado de terceiros, estabelecendo relações de vinculação com estes e implicando o não exercício das funções parentais por parte dos seus progenitores. Estamos igualmente perante situações de perigo quando a criança ou jovem são forçados à realização de trabalhos excessivos desadequados à sua idade, que comprometam a sua dignidade, formação ou desenvolvimento, quando expostos a comportamentos prejudiciais à sua segurança ou equilíbrio emocional, ou quando apresentam comportamentos graves, muitas vezes com historial de consumos, afetando gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais ou representante legal o consigam remover dessa situação.

As sinalizações das situações de perigo podem ser efetuadas tanto pelas autoridades policiais e judiciárias, quando o conhecimento das mesmas acontece durante o exercício das suas funções (Art.º 64.º, da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, 2017), bem como por qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações como as anteriormente relatadas. Quando existe conhecimento deste tipo de situações, é obrigatória a comunicação às entidades responsáveis (Art.º 66.º, da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, 2017).

No ano 2016 foram comunicadas 39 194 situações de perigo à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), das quais 12 851 (32.8%) são referentes a exposição a comportamentos que comprometem o bem-estar e desenvolvimento da criança, 7 654 (19.5%) a situações de negligência, 6 235 (15.9%) a situações de perigo que colocam em causa o direito à Educação e 5 939 (15.2%) a situações em que a criança ou jovem assumem comportamentos que comprometem o seu bem-estar e desenvolvimento, estando estes quatro fatores de risco em destaque no relatório

desenvolvido pela CNPDPCJ (2017), seguidos dos maus-tratos físicos ou psicológicos, abandono, abuso sexual, entre outras situações de perigo.

Quando surge a necessidade de recorrer a medidas de intervenção neste domínio, deve ser concedida uma intervenção precoce que não deve descurar a responsabilidade parental, devendo ser dada prevalência à resposta de índole familiar, isto é, ponderando medidas que integrem a criança ou o jovem em situação de perigo, na família biológica concedendo-lhes os apoios necessários, ou promovendo a sua adoção ou integração num ambiente familiar estável (Art.º 4.º da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, 2017).

Sendo que existem várias medidas de intervenção legalmente previstas para a promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem em perigo, que podem ser executadas em meio natural de vida, como é o caso do apoio à família, confiar a guarda da criança ou do jovem a uma pessoa idónea, e ainda a possibilidade de apoiar para a autonomia de vida. Ou, por outro lado, podem ser executadas em regime de colocação, recorrendo ao acolhimento familiar, acolhimento residencial, ou confiando a criança a pessoa selecionada para a adoção, a família de acolhimento ou a instituição com vista à adoção (Art.º 35.º da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, 2017). Sendo que a competência para a aplicação destas medidas é exclusiva dos tribunais e da CPCJ (Art.º 38.º da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, 2017).

2.3.2. Acolhimento Residencial

Quando as medidas de intervenção em meio natural de vida falham, é necessário muitas vezes proceder à retirada das crianças e jovens do seu ambiente familiar. Neste sentido existem diferentes tipos de resposta, nomeadamente, o acolhimento residencial (antigamente designado por acolhimento institucional) que implica a colocação das crianças e jovens em casas de acolhimento que devem estar devidamente equipadas para o efeito e com recursos humanos permanentes que garantam a prestação de cuidados adequados e capazes de satisfazer as necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais destas crianças e jovens, fazendo valer os seus direitos, facilitando a sua integração num contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (Art.º 49.º da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, 2017).

A medida de acolhimento residencial recorre a modelos de intervenção socioeducativos adequados às necessidades individuais de cada criança e jovem, procurando dar resposta a três tipos de especialização diferentes. Consoante a gravidade da situação e o tipo de intervenção necessária, existem, portanto, as casas de acolhimento

para resposta em situações de emergência (por situação de emergência entende-se qualquer situação de perigo que possa resultar num comprometimento grave da integridade física ou psíquica, exigindo proteção imediata), as casas de acolhimento para resposta a problemáticas específicas e necessidades de intervenção educativa e terapêutica evidenciadas pelas crianças e jovens a acolher (Centros de Acolhimento Temporário – CAT, Lares de Infância e Juventude – LIJ e Lares de Infância e Juventude Especializados – LIJE), e apartamentos de autonomização para o apoio e promoção de autonomia dos jovens (Art.º 50.º da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, 2017).

De acordo com os termos do Art.º 53.º da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, as casas de acolhimento devem favorecer “*uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade*”. De maneira a fazer cumprir os Direitos da Criança (ONU, 1989), a Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, enumera os direitos da criança e do jovem acolhidos, de entre os quais destacamos, o direito a receber visita dos pais ou do representante legal de acordo com os horários e as regras de funcionamento da casa, salvo decisão judicial em contrário. Além deste, a criança ou jovem tem o direito a receber uma educação que garanta o desenvolvimento integral da sua personalidade e potencialidades, a receber cuidados de saúde, formação escolar e profissional e a participar em atividades culturais, desportivas e recreativas. A criança ou jovem tem o direito a ser colocado em casa de acolhimento ou família de acolhimento próxima do seu contexto familiar e social de origem, bem como a não ser transferido da casa de acolhimento ou da família de acolhimento. No caso das fratrias, as crianças e jovens acolhidos têm o direito a não ser separados de outros irmãos acolhidos. Todas estas situações devem ser asseguradas, exceto se o superior interesse da criança desaconselhar (Art.º 58.º da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, 2017).

As casas de acolhimento dispõem de uma equipa técnica e respetivo/a diretor/a técnico/a, de uma equipa educativa e outra de apoio da qual fazem parte os colaboradores dos serviços gerais. Estas visam conceder à criança e jovem as condições necessárias ao seu bem-estar e desenvolvimento integral e podem recorrer, sempre que se justifique, a outras respostas e serviços, nomeadamente na área da saúde e de direito (Art.º 54.º da Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, 2017).

2.3.3. Estado Atual do Acolhimento em Portugal

Portugal é um dos países da Europa com maior percentagem de crianças e adolescentes institucionalizados o que tem levado a reparos por parte do comité

responsável pela aplicação da Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF Portugal, 2015). Por este motivo, a UNICEF Portugal (2015) propõe que haja maior investimento no apoio à família promovendo a sua reunificação em alternativa à institucionalização.

Nos dados apresentados no relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens de 2016 (CASA, 2016), é possível perceber que o sistema está orientado no sentido inverso ao pretendido, com apenas 3.2% das crianças em situação de acolhimento familiar e 88.1% em casas de acolhimento residencial generalista (CAT, LIJ e Casas de Emergência), sendo estas as que assumem maior prevalência no número de crianças acolhidas (ISS, 2017).

Referente ao ano 2016, apesar de uma estabilização e até diminuição de alguns números, os mesmos continuam a ser assustadores, com 5 101 crianças e jovens acolhidos em LIJ e 2 048 em CAT, verificando-se um aumento do número de adolescentes no sistema de acolhimento. Sendo as faixas etárias dos 12 aos 14 anos e dos 15 aos 17, as que detêm a maior prevalência de institucionalizações comparativamente às restantes (ISS, 2017).

No relatório CASA (2016) foram também analisadas as características particulares das crianças e jovens em situação de acolhimento, nomeadamente, os problemas de comportamento, toxicod dependência, problemas de saúde mental, debilidade mental, deficiência mental e física, doença física e consumo esporádico de estupefacientes. Nesta análise verificou-se um total de 4 997 crianças e jovens com características específicas avaliadas. Estes valores revelam uma elevada diversidade de problemáticas e evidenciam o impacto que a negligência, os maus-tratos e o abuso têm sobre o desenvolvimento das crianças, ao ponto de despoletar problemas de índole emocional tão graves que se refletem nos problemas de comportamento, manifestação de comportamentos de risco, problemas de saúde mental, alguns tipos de debilidade, entre outras (ISS, 2017; Strecht, 2012).

Das características analisadas destaca-se a presença de problemas de comportamento, manifestados por 2 227 crianças e jovens, sendo que destes, 72% apresentam problemas de comportamento de tipo ligeiro, mais próximo das perturbações de oposição, 24% apresentam problemas de comportamento de tipo médio e 4% apresentam problemas de comportamento de tipo grave, mais próximo das tendências antissociais (ISS, 2017).

A maior incidência de problemas de comportamento verifica-se na faixa etária dos 15 aos 17 anos, ainda que 51% sejam problemas de comportamento do tipo ligeiro.

Contudo, constata-se que no caso dos problemas ligeiros, estes duplicam ao passar da faixa etária dos 12 – 14 anos para os 15 – 17, quando são médios triplicam e quando graves quadruplicam. Estes valores fundamentam a evolução dos sintomas com o avançar da idade, em frequência, gravidade e intensidade, e reforçam a teoria de que as causas da exteriorização dos problemas emocionais sob a forma de comportamentos agressivos surgem em idades precoces, mas apenas se manifestam de forma mais evidente a partir dos 12 anos de idade. O que significa que as crianças com menos de 12 anos que se encontram em situação de acolhimento estão em risco de vir a desenvolver problemas comportamentais, tornando urgente a capacidade de avaliação dos sinais e a elaboração de intervenções precoces de acordo com as necessidades individuais de cada criança, no sentido de prevenir o surgimento de problemas mais tarde (ISS, 2017).

Em suma, e com base no relatório CASA (2016), é possível constatar que das crianças e jovens colocados em casas de acolhimento generalista, é a faixa etária dos 12 aos 17 anos que apresenta maior incidência de características particulares. Por estes motivos, e devido aos valores preocupantes, é realçada a necessidade de prestar maior atenção aos adolescentes desta faixa etária, nomeadamente na “*avaliação da capacidade das casas de acolhimento para os acolher e responder efetivamente às suas necessidades*” (ISS, 2017).

2.3.4. Características do Acolhimento Residencial

Investigadores e profissionais da área da saúde e ação social concordam que algumas características inerentes ao processo de acolhimento residencial, como a idade em que ocorre a primeira institucionalização, bem como o tempo de institucionalização e o número de mudanças sofridas entre instituições, contribuem para a influência da institucionalização no desenvolvimento (Giagazoglou et al., 2012; Johnson, Browne, & Hamilton-Giachritsis 2006; Newton, Litrownik, & Landsverk, 2000). A idade porque crianças pequenas colocadas em instituição mostram estar em maior risco de sofrer danos ao nível do desenvolvimento (Giagazoglou et al., 2012; Johnson et al., 2006). Além da idade, a estabilidade do acolhimento, à qual é inerente a consistência e duração da colocação em instituição, é crucial para o sucesso do mesmo e consequentemente do bem-estar social, emocional e cognitivo da criança e do adolescente (Leathers, 2002; Newton et al., 2000; Stott, 2012; Webster, Barth, & Needell, 2000).

As evidências sobre a relação entre a estabilidade da colocação e as características psicossociais destas crianças e adolescentes são de especial interesse para os profissionais

que trabalham na área da saúde mental, dada a prevalência de problemas emocionais e comportamentais nesta população (Aarons et al., 2010; McMillen et al., 2005), uma vez que é mais suscetível de sofrer instabilidade ao nível da colocação experienciando por vezes um grande número de mudanças (Leathers, 2006; Newton et al., 2000; Palmer, 1996; Proch, & Taber, 1985; Stott, 2012). Além das recolocações comuns que acontecem quando as crianças são transferidas entre casas de acolhimento, há também as mudanças de colocação devido à rejeição por parte das famílias de acolhimento ou das famílias adotivas, o que pode exacerbar os conflitos internos já existentes (Proch, & Taber, 1985).

Newton e colaboradores (2000) mencionam alguns estudos realizados nos anos 80, que colocam em evidência o número excessivo de mudanças de colocação sofridas. Num estudo mais atual, desenvolvido por Stott (2012), o número de colocações antes dos 18 anos variou entre 1 e 38, sendo que 19.3%, quase um quarto da amostra, passou por 12 ou mais colocações, destacando-se uma idade média para a primeira institucionalização de 14 anos (entre os 2 e os 18 anos).

As mudanças frequentes conduzem a perdas sucessivas nas ligações afetivas e interferem com o desenvolvimento global destas crianças e adolescentes, podendo impelir problemas como vinculação insegura, problemas emocionais e de comportamento, dificuldades de adaptação e sofrimento devido à instabilidade e incerteza quanto ao envolvimento, sendo que alguns deles exibem padrões de alienação evidentes relacionados com as transições de colocação para colocação (Newton et al., 2000; Proch, & Taber, 1985; Webster et al., 2000).

Nos adolescentes, estas mudanças podem ter graves repercussões a longo prazo, pois conduzem ao desenvolvimento de comportamentos de risco no início da idade adulta, sendo o abuso de substâncias e os comportamentos sexuais de risco os comportamentos aos quais esta população é mais suscetível, estando por isso mais predispostos para o surgimento de outras vulnerabilidades (Stott, 2012). Sabe-se também que cada mudança sofrida pode despoletar sentimentos de rejeição e inconstância, bem como uma diminuição na confiança e na capacidade de formar laços emocionais com os seus cuidadores e pares (Newton et al., 2000; Webster et al., 2000).

São os adolescentes que apresentam índices superiores de mudanças na colocação, comparativamente aos mais novos (Aarons et al., 2010; Stott, 2012;) e esta instabilidade pode ser prejudicial para o seu desenvolvimento emocional, para a formação da sua identidade e na aquisição de redes sociais positivas, contribuindo para o aumento da predisposição aos comportamentos de risco anteriormente mencionados (Stott, &

Gustavsson 2010; Stott, 2012). O baixo nível de escolaridade, as taxas de abandono escolar, a baixa autoestima, a detenção juvenil e o aumento das necessidades de cuidados de saúde mental, estão associados a uma maior instabilidade da colocação (Barber, & Delfabbro, 2003; Johnson-Reid, & Barth, 2000; Stott, 2012), sendo que todos estes fatores podem interferir com as competências emocionais e sociais necessárias à transição para uma vida independente e bem-sucedida (Stott, 2012). Por sua vez, os adolescentes que sofrem menos mudanças na colocação têm maior sensação de segurança emocional, mais apoio social e melhores capacidades globais do que aqueles com mais colocações (Cashmore, & Paxman, 2006).

Com as repetidas mudanças muitos jovens perdem o sentido de normalidade e de controlo sobre as suas vidas e tornam-se muitas vezes apáticos quanto ao futuro (Hyde, & Kammerer, 2009; Kools, 1997). O isolamento, o desespero e a ambivalência são sentimentos frequentes face à instabilidade e podem exacerbar traumas anteriores, contribuindo para o aumento da depressão e da ansiedade e agravando o risco de desenvolverem comportamentos desajustados (Stott, 2012). Devido aos sentimentos de desvalorização e incerteza, acabam por desenvolver estratégias de autoproteção assumindo uma postura defensiva, distanciando-se e mantendo relações superficiais. Além do desapego social, a autoproteção pode resultar também no comprometimento do desenvolvimento de autoeficácia (Kools, 1999) e jovens com baixa autoeficácia, são tendencialmente menos motivados para o sucesso e para resistir a comportamentos que tenham consequências a longo prazo, como o abuso de substâncias e a prática de relações sexuais desprotegidas (Stott, 2012).

É importante realçar que apesar da maioria destas investigações responsabilizar indiretamente as instituições por estas falhas na estabilidade do acolhimento, deve também ser tida em conta a dificuldade destas crianças e adolescentes em alcançar a estabilidade devido às suas características e problemas de base, apresentados ainda antes de entrar no sistema de acolhimento residencial (Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998; Rubin, O'Reilly, Luan, & Localio, 2007; Simms, 1989; Simms, Dubowitz, & Szilagyi, 2000). Cerca de metade das crianças, ao entrar para este sistema, evidenciam problemas emocionais e comportamentais e problemas ao nível da saúde mental, ou estão em risco para os desenvolver (Clausen et al., 1998; Hochstadt, Jaudes, Zimo, & Schachter, 1987; McIntyre, & Keesler, 1986; Newton et al., 2000; Rubin et al., 2007).

Por estes motivos, torna-se pertinente investigar a influência da estabilidade da colocação sobre as dificuldades manifestadas, independentemente dos problemas de base apresentados pela criança (Newton et al., 2000; Rubin et al., 2007). No entanto, esta não é uma tarefa fácil do ponto de vista metodológico, pois o carácter transversal da maioria dos estudos impede de chegar a inferências definitivas sobre a direccionalidade dos efeitos (Aarons et al., 2010; Newton et al., 2000; Rubin et al., 2000). E porque a definição de uma "mudança de colocação" é por si só problemática e os protocolos de medição utilizados na maioria dos estudos não possuem medidas padronizadas com propriedades psicométricas conhecidas. Alguns estudos incluem as “estadias curtas” na contagem do número total de colocações, quando se trata de “acolhimentos de emergência”, enquanto outros as ignoram. Assim, mudanças de colocação precedidas por um acolhimento de emergência antes da colocação “definitiva”, podem ser relatadas como quatro colocações por um estudo, mas apenas duas por outro (Newton et al., 2000).

No entanto, as descobertas alcançadas neste sentido vêm apoiar o desenvolvimento de serviços e intervenções, que contribuam para colocações mais duradouras e permanentes, como forma de melhorar os resultados dos jovens que entram para estes cuidados e podem ser úteis para a organização do sistema de bem-estar infantil, ao melhorar a eficiência na supervisão e tomada de decisões a respeito da colocação (Newton et al., 2000; Rubin et al., 2007). Os profissionais desta área podem promover a resiliência nas crianças e adolescentes desta população ao diminuir as mudanças de colocação e a vulnerabilidade dos jovens aos comportamentos de risco pode ser potencialmente reduzida, se for promovida uma maior estabilidade durante a fase da adolescência. Fornecer estabilidade cultural e relacional a estes jovens pode igualmente contribuir para a diminuição do seu envolvimento em comportamentos de risco (Stott, 2012). As intervenções terapêuticas devem também ser desenvolvidas e privilegiadas nesta população (Fisher, Stoolmiller, Mannering, Takahashi, & Chamberlain, 2011).

Tendo por base estes conhecimentos, as políticas e práticas responsáveis pelo bem-estar infantil têm vindo a desenvolver planos de permanência e estabilidade, e a implementar medidas para garantir a segurança e proteção das crianças e jovens institucionalizados, priorizando a constância na colocação e a adoção (Aarons et al., 2010; James, Landsverk, & Slymen, 2004; Rubin et al., 2007). Sem exceção, também as políticas portuguesas foram evoluindo no sentido de evitar mudanças ao nível da colocação. Sendo que um dos direitos da criança e jovem institucionalizado passa por “não ser transferido da casa de acolhimento ou da família de acolhimento, salvo quando

essa decisão corresponda ao seu superior interesse” (Art.º 58.º da Lei n.º 23/2017 de 23 de maio).

2.4. O Papel da Institucionalização no Desenvolvimento

Todos precisamos de um espaço para habitar, onde possamos construir a nossa personalidade, desenvolver-nos harmoniosamente e onde as necessidades básicas ao desenvolvimento humano, como as necessidades vincutivas e de exploração, são supridas. Grande parte das crianças e jovens que se encontram em situação de acolhimento residencial, “*sofrem psiquicamente da ausência destes lugares de vida*” (p. ix) e apresentam evidentes falhas na construção do seu Eu (Sá, 2014).

A colocação em casas de acolhimento residencial acontece como forma de proteger a criança e o adolescente do ambiente agressor, assumindo assim uma função reparadora e organizadora (Sá, 2014), à qual se deve recorrer, de preferência, temporariamente e apenas quando as respostas anteriores falharam (Cooper, Peterson, & Meier, 1987). No entanto, apesar do sofrimento provocado pelos fatores que levaram à institucionalização, é fundamental ter em conta o impacto que o processo de separação pode ter na continuidade da vida psíquica, assim como nas perturbações que podem resultar deste processo doloroso (Sá, 2014; Strecht, 2012). Além do sofrimento causado pela separação, a maioria destas crianças e adolescentes são assoladas por sentimentos de culpa e de responsabilidade, achando-se capazes de reparar os seus pais maltratantes. Esta situação pode levar a criança a desenvolver sentimentos de perda em relação aos pais, os quais são muito difíceis de gerir emocionalmente (Strecht, 2012).

Assim, se por um lado o acolhimento residencial pode ser considerado um fator de proteção para estas crianças e adolescentes, por outro pode implicar riscos significativos devido à perda de referências afetivas e espaciais (Sá, 2014; Soares et al., 2014). A mudança constante de rotinas, bem como dos cuidadores, pode provocar angústias e até mesmo uma perda de noção de si mesmos, como se não pertencessem a lugar nenhum (Sá, 2014). Nas instituições, as perdas são muitas e acontecem constantemente, quer porque os técnicos e auxiliares estão em constante alteração, quer pela entrada e saída de crianças e jovens, devido à mudança de instituição, regresso às famílias biológicas ou adoção. Todas estas alterações e inconstâncias impedem o estabelecimento de relações afetivas entre a criança/adolescente e os cuidadores, pela privação do vínculo, alimentando a insegurança e inibindo a exploração do mundo (Cooper et al., 1987; Johnson et al., 2006; Leathers, 2002; Soares et al., 2014). Já para

não falar que estas crianças e adolescentes são muitas vezes, tal como referido anteriormente, transferidos de umas casas de acolhimento para outras, sem que seja dada atenção ao seu bem-estar emocional (Cooper et al., 1987).

O desenvolvimento humano é influenciado por diversos fatores, como as características pessoais da criança, da família, dos cuidadores, o ambiente e a cultura (Giagazoglou et al., 2012). Sabe-se que episódios de negligência e abusos nos primeiros anos de vida, infligidos em ambientes maltratantes, quer seja no seio familiar ou em situação de acolhimento, comprometem significativamente o desenvolvimento do cérebro, colocando em risco todo o desenvolvimento da criança (Giagazoglou et al., 2012; Johnson et al., 2006; Millar, 2014). As crianças e adolescentes criados em casas de acolhimento têm uma vida marcada por dificuldades emocionais crônicas e por várias privações, nomeadamente, a nível fisiológico, motor, relacional, intelectual, e até mesmo espacial e material, podendo resultar em comprometimentos nestas áreas (Giagazoglou et al., 2012; Johnson et al., 2006; Maclean, 2003; Millar, 2014). Assim, é possível assumir que o elevado número de problemas ao nível do desenvolvimento nestas crianças e adolescentes pode ser resultado da combinação das experiências primárias da criança, dos fatores genéticos e/ou das condições inerentes à institucionalização (Giagazoglou et al., 2012; Soares et al., 2014).

Para além disso, a ausência da vinculação à figura materna nesta população parece ser uma das principais causas também para o surgimento de alterações no desenvolvimento da linguagem e problemas de atenção, como apontado por Goldfarb (1945) e Bowlby (1951). São várias as pesquisas que dão ênfase à importância da vinculação ao cuidador, sendo que a ausência das figuras parentais e a exposição a cuidados institucionais desadequados podem causar danos graves e prejudicar o desenvolvimento de vinculações seguras, bem como o desenvolvimento social, emocional e cognitivo, prejudicando o bem-estar em geral (Johnson et al., 2006; Soares et al., 2014). As investigações sugerem que a falta de relacionamento individual com um cuidador primário é uma das principais causas de danos nestas crianças (Johnson et al., 2006), que em comparação com crianças que crescem em meio familiar parecem estar em desvantagem relativamente ao estabelecimento de relações seletivas com figuras de referência. Esta situação agrava-se quando o número de crianças na instituição é muito grande e o número de cuidadores é reduzido, implicando uma falta de consistência nos cuidados, a qual pode ter um efeito prejudicial sobre a capacidade das crianças em formar relações mais tarde na vida (Giagazoglou et al., 2012; Johnson et al., 2006; Soares et al.,

2014). Realça-se ainda que crianças colocadas em casas de acolhimento residencial numa idade mais precoce apresentam maior risco para desenvolver perturbações da vinculação e atrasos no desenvolvimento cognitivo, motor, social, emocional e ainda problemas de comportamento significativos (Maclean, 2003; Johnson et al., 2006; Giagazoglou et al., 2012). Maclean (2003) refere que quanto maior for a presença de fatores de risco no envolvimento da criança e/ou adolescente, tanto no contexto institucional como além do mesmo, mais significativas são as consequências da institucionalização no desenvolvimento.

Nos estudos portugueses de Soares e colaboradores (2014) e Baptista e colaboradores (2014), verificou-se que mesmo depois de ter em consideração o efeito aparente dos fatores pré-institucionalização, a experiência institucional, nomeadamente a consistência dos cuidados e a existência de um cuidador de referência, explica variações notáveis no comportamento social indiscriminado da criança.

Segundo Goldfarb (1943), estas crianças parecem ter dificuldades na expressão manifesta da ansiedade (inquietação, hiperatividade, dificuldades de atenção), da agressão (destruição e falta de respeito pelos direitos do outro e pelas normas sociais) e empobrecimento afetivo. Estas crianças aparentam ainda ser menos seguras, mais isoladas de outras pessoas e menos capazes de entrar em relações humanas significativas.

De acordo com Roeber e colaboradores (2014), mesmo em caso de adoção, o historial de maus-tratos e a privação sofrida na instituição podem ser severos ao ponto de estas crianças não conseguirem recuperar o desenvolvimento e ficar ao nível dos seus pares. Apesar de tudo isto, a adoção pode ser um fator protetor relativamente aos danos causados pelo ambiente institucional, sendo que quanto mais cedo a criança for adotada, maior probabilidade existe de reparar as lacunas no seu desenvolvimento (Johnson et al., 2006).

Relativamente aos adolescentes institucionalizados, estes podem estar em risco para desenvolver perturbações psiquiátricas por vários motivos, incluindo interrupções no sistema de acolhimento que podem implicar diversas mudanças e perdas nos relacionamentos (McMillen et al., 2005). McMillen e colaboradores (2005) verificaram uma prevalência de depressão major 3 vezes superior nos adolescentes institucionalizados comparativamente aos adolescentes da comunidade, e perturbação de stress pós-traumático 2 vezes superior. Também os valores de comportamento disruptivo se revelaram significativamente superiores.

Sabe-se, portanto, que o contexto familiar influencia grandemente o desenvolvimento da criança, mas que a atuação em contexto institucional é também responsável por diminuir ou incrementar esses efeitos nefastos, pelo que é possível assumir que as características da institucionalização têm uma forte importância no desenvolvimento e devem por isso ser investigadas (Soares et al., 2014). Estes achados justificam portanto a pertinência de investigar esta população, no sentido de melhor entender se a idade de colocação em casa de acolhimento residencial, bem como a estabilidade da institucionalização (duração e número de mudanças de colocação), têm influência no desenvolvimento motor e emocional, e consequentemente no comportamento, na consciência emocional, na autoestima e na satisfação com a imagem corporal dos adolescentes institucionalizados, uma vez que a maioria dos achados se foca essencialmente no desenvolvimento da criança.

2.4.1. Desenvolvimento Motor

O desenvolvimento motor é um processo que se inicia ainda antes do bebê nascer e no qual se constrói a motricidade através da aquisição de padrões e habilidades motoras que permitirão à criança expressar os seus estados emocionais e relacionais na procura da satisfação das suas necessidades básicas (Fonseca, 2005; Malina, 2004). Neste processo estão envolvidos alguns fatores que interagem entre si, nomeadamente, a maturação cerebral, biológica e neuromuscular, o crescimento físico, o desenvolvimento emocional e as características comportamentais da criança bem como os efeitos resultantes das primeiras e das novas experiências motoras (Malina, 2004).

As relações primárias e as experiências ambientais, além de outros fatores, interagem com o crescimento e com a maturação do indivíduo ao ponto de influenciar o seu desenvolvimento e a sua proficiência motora (Malina, 2004). As condições gerais do desenvolvimento, nomeadamente, os cuidados prestados à criança e o tempo que passa com os pais, o espaço disponível para a criança se movimentar, explorar e brincar, a temperatura, as interações sociais com os adultos e com os pares, a estabilidade emocional, entre outros, são fatores que influenciam o desenvolvimento (Barreiros, & Cordovil, 2014a; Barreiros, & Cordovil, 2014b). As oportunidades ambientais e as restrições do movimento interagem com os substratos biológicos e condicionam o desenvolvimento das competências motoras na infância (Malina, 2004).

Sabe-se que crianças maltratadas e pouco estimuladas podem evidenciar dificuldades ao nível dos padrões motores e ainda que crianças criadas em ambientes

deprimidos e sem estimulação adequada registam variação negativa na cronologia das aquisições mais precoces (Barreiros, & Cordovil, 2014a). Crianças criadas em instituições no Iraque evidenciaram atrasos significativos ao nível do desenvolvimento locomotor, devido à ausência de estimulação, o que pode comprometer significativamente a aquisição de outras habilidades motoras, como por exemplo, a marcha autónoma (Barreiros, & Cordovil, 2014b).

Os ambientes vivenciados pelas crianças colocadas ao abrigo de instituições por todo o mundo muitas vezes ficam aquém do que é necessário para sustentar o desenvolvimento típico (Nelson et al., 2007; Roeber et al., 2014). A privação nestes ambientes é já conhecida por afetar vários domínios, nomeadamente, o crescimento físico e o desenvolvimento hormonal, cognitivo e emocional (van IJzendoorn et al., 2011). Períodos de institucionalização longos têm sido associados ao aumento de dificuldades ao nível da memória e da atenção (Pollak et al., 2010), à estimulação sensorial reativa (Wilbarger, Gunnar, Schneider, & Pollak, 2010), e à saúde mental (Wiik et al., 2011). Contudo, pouco se sabe sobre os efeitos do ambiente institucional no desenvolvimento motor (Roeber et al., 2014).

Giagazoglou e colaboradores (2012), verificaram que crianças, com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos, criadas na sua família biológica apresentam melhor desempenho em todos os domínios do desenvolvimento motor, em comparação com as crianças que vivem em aldeias SOS e com as crianças criadas em “instituições convencionais”, sendo que as que vivem em aldeias SOS apresentam melhores resultados em todas as escalas em comparação com as últimas. Estas evidências podem ser devidas ao facto dos cuidados fornecidos pelas aldeias SOS procurarem atender às necessidades da criança recreando um ambiente próximo ao ambiente familiar natural, promovendo melhor estimulação cognitiva e relações interpessoais mais próximas com a sua mãe SOS e com os irmãos.

Como este, existem outros estudos que dão destaque às diferenças ao nível da proficiência motora, com as crianças criadas pela família biológica a obter melhores resultados do que as crianças institucionalizadas (Giagazoglou et al., 2013; Levin et al., 2014). Quando se trata de famílias adotivas são também verificadas diferenças positivas relativamente ao equilíbrio e coordenação bilateral das crianças a viver em casas de acolhimento, ainda que as crianças adotadas apresentem resultados mais pobres do que as que sempre estiveram ao cuidado da família biológica. Sendo que a idade de adoção e

a duração total dos cuidados institucionais parece estar relacionada com a coordenação bilateral, mas não com o equilíbrio (Roeber et al., 2014).

Roeber e colaboradores (2012), investigaram o equilíbrio e a coordenação bilateral em crianças e adolescentes dos 8 aos 15 anos, pós-institucionalizadas e internacionalmente adotadas comparando-as com um grupo de crianças não institucionalizadas que serviram como grupo de controlo. Verificaram que as primeiras, mostraram atrasos no desenvolvimento motor comparativamente ao grupo controlo. No mesmo estudo, a duração de tempo em que a criança esteve ao cuidado da instituição até ser adotada, foi preditora dos atrasos no equilíbrio, e por sua vez a severidade da privação de cuidados experienciada pela criança, mostrou estar correlacionada com a coordenação bilateral.

Num outro estudo, desenvolvido em Praga com adolescentes com 13 anos de idade, constatou-se que rapazes acolhidos alcançaram resultados significativamente mais baixos na dimensão da precisão motora fina comparativamente aos adolescentes não institucionalizados, por outro lado alcançaram resultados mais altos nas dimensões de força e agilidade, corrida de velocidade e agilidade e força do que os últimos. Não tendo sido verificadas diferenças significativas entre as raparigas. Ao contrário dos estudos anteriores, não foram verificadas diferenças nas dimensões da coordenação bilateral e do equilíbrio (Holický, Kokštejn, & Musálek, 2015). As diferenças nas descobertas entre os diversos estudos podem ser justificadas pela especificidade dos cuidados institucionais que variam de país para país, em função das políticas que lhes dizem respeito. Ainda assim, verifica-se que mesmo que os cuidados institucionais procurem fornecer os cuidados de abrigo e alimentares básicos, esses ambientes muitas vezes não oferecem tudo o que é necessário para promover o desenvolvimento ideal da criança e do adolescente (Roeber et al., 2012; Holický et al., 2015).

Além das diferenças anteriormente mencionadas, é pertinente dar destaque à importância de investigar a proficiência motora devido ao seu impacto noutros domínios do desenvolvimento. Uma vez que níveis inferiores ao nível da proficiência motora em crianças mostram ser a primeira causa para desenvolver problemas desenvolvimentais e sociais a longo prazo. Crianças em idade escolar com níveis baixos nas habilidades motoras mostram menos autoconfiança o que leva a um processo de socialização mais complexo (Holický et al., 2015). Problemas ao nível da proficiência motora podem também levar à exclusão social, devido à dificuldade em participar em atividades e jogos com os pares, à diminuição das competências sociais e à baixa autoestima (Piek, &

Coleman-Carman, 1995; Roeber et al., 2014). Levin et al. (2014), colocaram também em evidência a relação entre problemas ao nível do desenvolvimento motor e do desenvolvimento cognitivo, verificando que crianças com quociente de inteligência (QI) mais baixo exibiam habilidades motoras mais pobres, o que ressalta a importância de monitorizar as dificuldades motoras em crianças com histórico de institucionalização, particularmente aquelas crianças com QI baixo.

Tem-se constatado que a maioria dos estudos realizados com esta população focam-se essencialmente nos problemas de comportamento e emocionais destas crianças e adolescentes e pouco nos seus resultados motores (Giagazoglou et al., 2012), bem como em outros aspetos que se sabem ser essenciais ao desenvolvimento, bem-estar e saúde mental do indivíduo aos quais é fundamental dar atenção.

2.4.2. Desenvolvimento Emocional e do Comportamento

É na adolescência que os problemas emocionais e de comportamento se tornam significativamente evidentes e até preocupantes, por representarem instabilidade para o próprio adolescente e para aqueles que o rodeiam (Monteiro, & Confraria, 2014). É essencialmente nesta fase do desenvolvimento que é dada maior importância às patologias de índole emocional e comportamental devido ao facto de delas poderem resultar problemas a nível académico, isolamento social, comportamentos delinquentes e comportamentos de risco, consumo abusivo de substâncias e até mesmo problemas a longo prazo ao nível da saúde mental (Leathers, 2002; Stott, 2012; Veiga, 2012).

Quando o envolvimento e as condições familiares não são propícios ao bom desenvolvimento emocional, estas dificuldades podem agravar-se e resultar numa instabilidade psíquica e emocional que pode levar o adolescente a assumir comportamentos disruptivos como forma de externalizar os sentimentos e emoções que o inquietam (Fleming, 2010; Strecht, 2012; Veiga, 2012). O comportamento é a expressão motora de tudo o que é intrinsecamente vivido pelo indivíduo e face ao desassossego emocional característico nos adolescentes maltratados e negligenciados, podem surgir comportamentos agressivos, impulsivos e não refletidos, conhecidos como comportamento “agido” ou “passagem ao ato” (Fleming, 2010; Strecht, 2012; Veiga, 2012).

Adolescentes com perturbações de comportamento podem manifestar dificuldade na gestão dos conflitos internos e na regulação das emoções, dificuldade em obedecer a regras e em identificarem-se com o outro, o que pode ter um forte impacto ao nível do

estabelecimento de relações interpessoais. Apresentam muitas vezes baixa autoestima, dificuldades ao nível da resolução de problemas e consequentemente dificuldades ao nível da aprendizagem e das competências académicas. Além dos problemas de comportamento, manifestam ainda problemas do foro emocional, que se revelam em sintomas internalizados, como “ansiedade, dificuldade de mentalização e verbalização”, imagem corporal “pobre, desinvestida e muitas vezes fragmentada” (American Psychiatric Association [APA], 2013; Veiga, 2012).

Um fator comum a muitas das crianças e adolescentes que apresentam dificuldades emocionais e comportamentais, é o facto de terem experienciado fenómenos traumáticos e repetidos de carência e violência (Veiga, 2012). Tal como anteriormente mencionado, estas dificuldades têm maioritariamente origem ainda antes da institucionalização, sendo que o alto risco pré-natal e a negligência emocional familiar estão fortemente associados à presença de comportamento social indiscriminado na criança. Contudo, tem-se verificado que o cuidado institucional também assume um papel importante nesta dimensão, no sentido em que as condições prestadas podem facilitar ou dificultar o processo de recuperação. Em estudos realizados em Portugal, verificou-se que as crianças que não identificam um cuidador de referência são mais propensas a exibir este tipo de comportamento (Baptista et al., 2014; Soares et al., 2014). Além das evidências de que um historial de colocações voláteis pode contribuir para a presença de problemas internalizados e externalizados nesta população (Newton et al., 2000).

Devido à importância do desenvolvimento emocional para o desenvolvimento global e saúde mental do indivíduo, os problemas emocionais e de comportamento são uma das principais preocupações dos investigadores e profissionais da área do acolhimento residencial, havendo largas evidências que uma grande percentagem de crianças e jovens inseridos nos sistemas de acolhimento apresentam dificuldades associadas a perturbações mentais, sendo os problemas de comportamento os mais comumente identificados para intervenção (ISS, 2017; Leathers, 2002;).

Crianças que vivem em instituições revelam dificuldades ao nível da competência social manifesta através de mais problemas de relacionamento com os colegas e habilidades sociais mais pobres, do que crianças que vivem com a sua família, seja ela biológica ou adotiva (Palacios, Moreno, & Román, 2013). O que pode ser justificado pela prevalência de problemas de comportamento nesta população, entre os quais comportamentos desviantes e agressivos que violam os direitos fundamentais dos outros

e as normas sociais, o que dificulta o processo de socialização com os pares (Surugiu, & Moşoiu, 2013).

Por tudo o que os problemas emocionais e de comportamento na adolescência representam e podem implicar, nomeadamente nos adolescentes institucionalizados que se sabem constituir um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações a este nível, faz com que estes problemas se tornem um tema rico e complexo que requer atenção contínua por parte dos especialistas no sentido de compreender a sua etiologia e formas de atuação nas várias áreas de intervenção (Skårderud et al., 2005; Surugiu, & Moşoiu, 2013).

2.4.3. Consciência Emocional

Como seres relacionais que somos, quer com o nosso envolvimento, com objetos e com os outros, estamos constantemente sujeitos às emoções que surgem como resposta a diferentes situações. Somos socialmente movidos pelas nossas emoções e aprendemos desde cedo, ainda na infância, a viver com elas e a geri-las. A modelação das emoções acontece por meio da socialização, isto é, ao observar as emoções no outro e ao falar sobre elas, a criança torna-se emocionalmente competente. E crianças emocionalmente competentes apresentam melhores capacidades a nível social, académico e ao nível da saúde mental (Veiga, & Rieffe, 2015).

Esta competência emocional inclui dois aspetos imprescindíveis ao seu saudável desenvolvimento, são eles a consciência e a regulação emocional (Veiga, & Rieffe, 2015). Sendo a consciência emocional definida como um processo atencional de monitorização e diferenciação das emoções bem como a identificação dos seus antecedentes e alterações fisiológicas inerentes à experiência emocional (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum Terwogt, & Ly, 2008; Veiga, Oosterveld, Fernandes, & Rieffe, 2017). Não obstante a importância de decifrar o que sentimos e compreender a origem desses sentimentos, é também importante para o funcionamento social adaptativo, saber comunicar os estados emocionais de forma regulada garantindo a preservação de interações sociais positivas que beneficiam do controlo emocional, algo que só é possível através do processo de regulação emocional (Veiga, & Rieffe, 2015). Note-se que a consciência emocional é considerada como um pré-requisito para a melhor adaptação da regulação emocional (Rieffe et al., 2008).

Sabe-se que é com base no envolvimento social da criança ao longo do seu desenvolvimento, que esta desenvolve as suas competências ao nível da consciência

emocional (Veiga et al., 2017). O que leva a crer que o facto de crescer num ambiente hostil e não facilitador do desenvolvimento, pode inclusive comprometer a construção da consciência emocional.

Problemas ao nível da consciência emocional durante a infância, estão fortemente associados a “problemas internalizados, como a depressão, a ansiedade, as queixas somáticas, a preocupação e a ruminação” (Veiga, & Rieffe, 2015). Sendo que a tendência diminuída para atender e avaliar as emoções contribui para o aumento de sintomas internalizados e a tendência para esconder as próprias emoções contribui para a existência de maior preocupação e de pensamentos ruminantes (Rieffe, & De Rooij, 2012). Estas evidências expressam a importância da consciência emocional na promoção da saúde mental (Veiga, & Rieffe, 2015).

É na adolescência que a importância das relações interpessoais se intensifica por parte do adolescente, sendo nesta altura que surge a preocupação com o outro e em atender e responder às suas emoções no sentido de o ajudar e consolar, conduzindo ao desenvolvimento da empatia (Fleming, 2010; Rieffe, Ketelaar, & Wiefferink, 2010). Sabe-se, através de um estudo de Rieffe e Camodeca (2016), que a consciência emocional contribui positivamente para as reações empáticas adaptativas, enquanto que a desregulação emocional pode causar angústia ao testemunhar os sentimentos negativos dos outros. Isto acontece porque a análise das próprias emoções e das emoções dos outros estão associadas à empatia afetiva e cognitiva, enquanto outros aspetos da consciência emocional que estão associados aos sintomas internalizados aparentam estar relacionados ao sofrimento empático.

As emoções são resultado de acontecimentos significativos, sendo responsáveis por focar a nossa atenção e comunicar, através do nosso corpo, esses estados emocionais, para que sejam despoletadas reações concordantes com a situação. No entanto, esta não é uma tarefa fácil e o processo de identificação da emoção ou da situação responsável por causar uma determinada emoção não é inato (Veiga et al., 2017).

A vinculação segura ao cuidador, principalmente nos primeiros anos de vida, é apontada por Bowlby como um fator essencial para o desenvolvimento da regulação emocional (Dvir, Ford, Hill, & Frazier, 2014). Famílias maltratantes são exemplo de um envolvimento relacional tóxico que pode levar a desadaptações em diversas áreas do desenvolvimento, nomeadamente ao nível das competências emocionais. Existem evidências de que experienciar situações de negligência, abuso físico e/ou sexual, e vários

tipos de maus-tratos, contribui para a desregulação emocional, principalmente quanto mais precoce for o início da exposição a esses fenômenos (Kim, & Cicchetti, 2010).

Crianças maltratadas exibem maiores dificuldades em regular e diferenciar experiências emocionais (Kim, & Cicchetti, 2010). Os maus-tratos infantis repetidos interferem com a aquisição de habilidades de regulação emocional e interpessoal adequadas. O que pode por um lado ocorrer como resultado de experiências psicológicas, mas também é um sinal dos efeitos neurobiológicos dos maus-tratos. Vários estudos têm vindo a examinar a associação entre a desregulação emocional e o historial de fenômenos traumáticos durante a adolescência e destacaram a importância da capacidade de resposta precoce por parte dos cuidadores, uma vez que os défices na capacidade de resposta podem comprometer o desenvolvimento da comunicação interpessoal e a interpretação das pistas sociais (Dvir et al., 2014).

Em alguns estudos revisados por Dvir e colaboradores (2014), verificou-se que raparigas que sofreram abusos sexuais evidenciavam menor capacidade de compreender e regular as emoções (Shipman, Zeman, Penza, & Champion, 2000) e que crianças, de ambos os géneros, vítimas de negligência tiveram pouca capacidade de compreender emoções negativas, como a raiva e a tristeza, e apresentaram menos habilidades adaptativas de regulação emocional (Shipman, Edwards, Brown, Swisher, & Jennings, 2005). Ambos os estudos sugerem que as crianças maltratadas, sejam elas vítimas de trauma sexual, negligência, ou outro tipo de maus-tratos, demonstram défices ou atrasos na compreensão e regulação das emoções. Sendo estas evidências muito importantes, uma vez que tais habilidades podem ser ensinadas através de intervenções terapêuticas destinadas ao tratamento destas crianças e adolescentes (Dvir et al., 2014).

Além do que já foi mencionado, Cole, Llera e Pemberton (2009) afirmam que a instabilidade emocional e uma consciência emocional pobre são características fundamentais da desregulação emocional e que podem conduzir ao desenvolvimento de perturbações mentais graves, como a perturbação da personalidade borderline, pelo que se torna importante dar atenção a esta variável nesta população onde se sabe que a instabilidade emocional está bem presente, no sentido de evitar o desenvolvimento de psicopatologias graves.

Sabendo ainda que nesta população se esperam dificuldades emocionais e comportamentais exacerbadas, e tendo conhecimento que a consciência emocional é altamente preditiva da variação dos sintomas internalizados ao longo do tempo (Rieffe, & De Rooij, 2012), e a sua relação com a existência de sintomas externalizados como

comportamento agressivo e reativo face à dificuldade em responder a estímulos emocionalmente provocantes (Factor, Rosen, & Reyes, 2013; Lengua, & Long, 2002), a avaliação da consciência emocional nesta população torna-se pertinente além do seu valor teórico, pelo seu valor clínico sobre a natureza distinta destes problemas, dando aos profissionais da área da saúde informação sobre o que deve ser tido em conta quando intervimos terapêuticamente com estes adolescentes (Rieffe, & De Rooij, 2012).

2.4.4. Autoestima

A autoestima exprime o conceito que cada um tem de si mesmo e constrói-se através das experiências acumuladas ao longo do desenvolvimento, sendo os primeiros anos cruciais para a formação da autoestima inicial da criança e para a elaboração de um primeiro conceito de si mesma. A autoestima é, portanto, resultado da forma como o indivíduo se vê, se sente e se valoriza com base nas suas experiências, interações pessoais e qualidades positivas e negativas, subjetivas e suscetíveis de avaliação, pelas diferentes representações que o indivíduo tem de si mesmo em diferentes áreas (Quiles, & Espada, 2014; Mestre, & Frías, 1996).

A autoestima desempenha um papel muito importante no desenvolvimento global e na adaptação a todos os aspetos da vida (Quiles, & Espada, 2014) e é considerada um dos pilares mais importantes para o desenvolvimento da personalidade (Harter, 1999), sendo bem conhecida a sua importância para o desenvolvimento emocional e cognitivo, para o equilíbrio pessoal e bem-estar geral do indivíduo, para a saúde mental e para o estabelecimento de relações sociais satisfatórias (Quiles, & Espada, 2014).

A preocupação com a autoestima na adolescência é fundamental uma vez que nesta idade de mudanças e alterações físicas, cognitivas e psicológicas (Harter, 1999), são adquiridas novas responsabilidades e competências que podem gerar instabilidade emocional (Mestre, & Frías, 1996). Sendo por isso comum, na fase da adolescência, a diminuição da autoestima, principalmente no que diz respeito às competências físicas e académicas, e um aumento dos sintomas depressivos (Quiles, & Espada, 2014; Naranjo, & Gonzáles, 2012).

Adolescentes que apresentam uma boa autoestima, são mais capazes de enfrentar e resolver os seus problemas, medos e desafios. Enquanto aqueles que apresentam níveis baixos de autoestima, são tendencialmente mais ansiosos, inseguros e insatisfeitos consigo próprios, sendo considerada a baixa autoestima como um fator de risco para o desenvolvimento de problemas psicopatológicos, como perturbações alimentares, aos

quais podem estar associadas alterações da percepção da imagem corporal, e sintomas internalizados, como ansiedade e depressão (APA, 2013; Fortes, Cipriani, Coelho, Paes, & Ferreira, 2014; Harter, 1999; Quiles, & Espada, 2014) e ainda problemas de comportamento (Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt, & Caspi, 2005; Juffer, & van IJzendoorn, 2007). O déficit de autoestima é ainda considerado um fator de risco para o abuso de substâncias, comportamentos delinquentes e antissociais, suicídio, instabilidade emocional, isolamento, hipersensibilidade à crítica, competitividade, destruição e baixo rendimento escolar (Quiles, & Espada, 2014).

Alguns investigadores defendem que as crianças e jovens apresentam problemas de comportamento, nomeadamente comportamentos agressivos e antissociais, devido aos sentimentos negativos que têm sobre si próprias e que por sua vez conduzem à passagem ao ato pois nada têm a perder (Pechorro, Silva, Marôco, Poiars, & Vieira, 2012). A baixa autoestima enfraquece os laços sociais e a aceitação e respeito pelas normas sociais o que leva a um aumento da delinquência. Estes acontecimentos podem despoletar desagrado nas pessoas que interagem com o adolescente, levando-os a reprovar as suas atitudes e incrementando ainda mais a diminuição da autoestima (Pechorro et al., 2012; Quiles, & Espada, 2014). Os adolescentes com baixa autoestima são frequentemente rejeitados pelos seus pares, o que os leva a relacionar-se com outros jovens com comportamentos antissociais uma vez que pelo processo de identificação estes tendem a satisfazer as suas necessidades afetivas em termos de amizade e de apoio afetivo (Pechorro et al., 2012).

A autoestima afeta o ajuste psicológico e social, pelo que níveis baixos de autoestima e autoconceito nos adolescentes estão relacionados com a presença de perturbações psicopatológicas (Naranjo, & Gonzáles, 2012), sendo uma característica comum em diversos diagnósticos do Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – DSM V, como é o caso das perturbações de ansiedade, perturbações sexuais e de identidade de género, perturbações de comportamento alimentar (bulimia nervosa e anorexia nervosa), de personalidade, e perturbações iniciais na infância ou adolescência, como os problemas de eliminação, problemas de aprendizagem e problemas da comunicação verbal (APA, 2013).

São vários os fatores de risco que contribuem para a ocorrência de alterações ao nível da autoestima, nomeadamente a capacidade de socialização, de resolução de problemas e fatores externos como o ambiente escolar e principalmente o ambiente familiar. Também na autoestima, o envolvimento e as relações familiares assumem um papel fundamental (Quiles, & Espada, 2012). A falta de estrutura no ambiente familiar

condiciona a autoestima da criança e do adolescente, comprometendo as suas competências sociais e, conseqüentemente, o saber relacionar-se com os outros (Veiga, 2012). De acordo com a teoria da vinculação, a autoestima tem sido sugerida como sendo resultado de uma vinculação segura (Ainsworth, 1989), pelo que uma relação próxima com um cuidador primário pode servir como um fator de proteção para a diminuição da autoestima. No mesmo sentido, dando importância ao cuidado familiar, a adoção pode também ser vista como um fator de proteção para o mantimento de uma autoestima saudável, uma vez que há evidências que adolescentes adotados apresentam níveis mais elevados de autoestima comparativamente aos adolescentes institucionalizados. O que significa que a adoção pode ser vista como uma intervenção efetiva, levando à autoestima normativa (Juffer, & van IJzendoorn, 2007).

A investigação da autoestima nesta população torna-se pertinente devido ao conhecimento da influência do ambiente familiar e dos laços vinculativos no desenvolvimento da autoestima, que se sabe que estão em déficit na história de vida destes adolescentes (Quiles, & Espada, 2014; Veiga, 2012). Além disto, um dos pilares da autoestima é a sensação de competência, isto é, a percepção que o adolescente tem das suas competências físicas, sociais e académicas parece estar associado à baixa autoestima e aos problemas de comportamento (Pechorro et al., 2012; Quiles, & Espada, 2014). O que nos leva a questionar a relação desta variável com as competências motoras, emocionais e comportamentais e ainda com a satisfação que o adolescente tem face à imagem corporal, que serão avaliadas nesta investigação.

É de notar que existe uma ambivalência na dinâmica de causa-efeito da autoestima, no sentido em que a mesma parece predispor o adolescente ao surgimento de outros problemas na sua vida. E em sentido inverso, esses problemas parecem incrementar os problemas ao nível da autoestima (Quiles, & Espada, 2014).

2.4.5. Satisfação com a Imagem Corporal

A imagem corporal é própria de cada indivíduo pois abrange as vivências corporais próprias, reflete a história pessoal do mesmo e também todo o percurso de construção da identidade e estabelecimento de relações interpessoais (Banfield, & McCabe, 2002; Guiose, 2015). A construção da imagem corporal acontece em simultâneo com todas as alterações que ocorrem no indivíduo nos vários domínios, começando ainda na primeira infância pelas explorações sensoriais que conduzem à descoberta do próprio

corpo e à construção da noção de esquema corporal, distinta da imagem corporal, mas que vários autores defendem como indissociáveis pois as duas constroem holisticamente o indivíduo (Guiose, 2015), e culminam na adolescência através das experiências e vivências às quais o adolescente é sujeito ao longo da sua história de vida, das suas experiências, emoções e das vivências relacionais (Guiose, 2015; Monteiro, & Confraria, 2014).

A imagem corporal reflete, portanto, as percepções e representações mentais que temos do nosso corpo enquanto objeto físico que emana afetividade (Guiose, 2015), e pode ser encarada como a representação mental do próprio corpo e da forma como esse mesmo corpo é percebido pelo adolescente, em função dos seus sentidos, sentimentos, idealizações e vivências (Schilder, 1968). O interesse pelo corpo e pela sua imagem é um fenómeno marcado essencialmente na adolescência. Através do seu reflexo no espelho, o adolescente observa-se e avalia-se ao confrontar-se com as várias alterações fisiológicas que vai sofrendo. É essencialmente em função das modas ou padrões culturais, modelos de identificação, da idealização que fez relativamente a si próprio e da forma como foi investido e idealizado pelos objetos de amor primários e, também, pelo grupo onde se insere e onde procura aprovação, que o adolescente se percebe e se autoavalia (Coimbra de Matos, 2002; Costa, 2011). É através desta apreciação da sua própria imagem, imprimida pela noção do esquema corporal desde a infância, que o adolescente ganha consciência de si, das suas competências e dos seus limites, permitindo a incorporação do “Eu corporal” (Guiose, 2015).

Em suma, a imagem do corpo é carregada de afetos e altera-se ao longo do desenvolvimento da criança e do adolescente (Guiose, 2015), sendo não só produto das interações sociais e do desenvolvimento psicológico, como também produtor de interações e desenvolvimentos contínuos e dinâmicos que ocorrem ao longo da vida. As diferentes reações que surgem da relação com os outros podem resultar em desenvolvimentos positivos e adaptativos ou negativos e desajustados (Santos, 2015).

Pela sua ligação ao desenvolvimento emocional, a percepção da imagem corporal é, à semelhança das áreas de desenvolvimento anteriormente mencionadas, influenciada pelas condições ambientais e familiares nas quais a criança se desenvolve (Rodgers, 2012). Sabe-se que, além dos efeitos que as experiências traumáticas podem ter no cérebro e no comportamento, uma das consequências do trauma na infância é a imagem corporal negativa. Fortes evidências sugerem que a noção de si próprio é afetada por experiências abusivas que podem ter efeitos drásticos sobre a forma como a criança

conceptualiza o seu corpo (Karr et al., 2012). Os efeitos podem ser menos graves, como por exemplo, limitados a componentes perceptuais simples, como a superestimação do tamanho corporal, ou em dimensões mais graves, a criança pode ter uma experiência cognitivo-afetiva muito mais abrangente percebendo o seu corpo como defeituoso e repugnante (Karr et al., 2012). É comum nesta população a existência de perturbações da imagem corporal, incluindo percepções distorcidas da forma do corpo, insatisfação com a imagem corporal e ainda sintomas internalizados, como ansiedade, relacionados à aparência do corpo. Isto acontece porque as respostas emocionais negativas que surgem face à experiência traumática, podem ser direcionadas para o corpo, como sentimentos de desgosto e vergonha, influenciando a forma como o indivíduo percebe a forma do seu corpo (Karr et al., 2012)

A exposição a experiências traumáticas, principalmente durante a primeira infância, pode levar a uma perda de sentimento de segurança e à desregulação emocional, que por sua vez, podem conduzir ao desenvolvimento de vários problemas comportamentais e psicológicos durante a adolescência e a idade adulta. Além disso, estas crianças muitas vezes têm dificuldades ao nível da regulação emocional e do comportamento, bem como do autoconceito, constructos estes associados à insatisfação com a imagem corporal e às perturbações alimentares (Karr et al., 2012; Skårderud et al., 2005).

Sabendo que a maioria dos adolescentes que se encontram ao cuidado do sistema de acolhimento possuem um historial de vida marcado por abuso, privação, perda ou negligência parental, e que além disso constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações emocionais e comportamentais, por sua vez com hipótese de evolução para perturbações alimentares e perturbações relacionadas com a imagem corporal, torna-se pertinente investigar o nível de satisfação destes adolescentes face à sua imagem corporal e identificar se existem diferenças relativamente à população normativa (Skårderud et al., 2005).

3. METODOLOGIA

3.1. Objetivos de investigação

O propósito desta investigação passa por analisar o papel da institucionalização no desenvolvimento motor e emocional e no comportamento em adolescentes institucionalizados, bem como a sua autoestima e a satisfação com a imagem corporal. Partindo deste objetivo geral, surgiram os seguintes objetivos específicos: (i) Comparar o desenvolvimento motor e emocional, o comportamento, a consciência emocional, autoestima e satisfação com a imagem corporal entre adolescentes institucionalizados e adolescentes não institucionalizados; (ii) Analisar o papel da institucionalização, nomeadamente, a idade da primeira institucionalização, a duração de tempo total de institucionalização, a duração de tempo na atual instituição e o número de colocações, no desenvolvimento motor e emocional, no comportamento, na consciência emocional, bem como na autoestima e satisfação com a imagem corporal; (iii) Investigar as relações entre as variáveis de estudo, que de acordo com a literatura, evidenciaram pertinência de investigar.

3.2. Desenho e Tipo de Estudo

A presente investigação baseou-se num estudo de natureza quantitativa e de desenho observacional e transversal. Tendo os dados sido recolhidos através de instrumentos, meticulosamente estudados, num único momento de avaliação e posteriormente comparados e correlacionados, através de uma análise estatística descritiva e inferencial.

3.3. Amostra

3.3.1. Seleção da Amostra

A amostra foi recolhida na zona Sul de Portugal Continental. Apenas participaram no estudo adolescentes com autonomia para preencher os questionários, tendo sido excluídos os adolescentes cujas competências de leitura e de escrita se revelaram impeditivas ao autopreenchimento dos mesmos. Este foi um critério de exclusão previamente definido, uma vez que ter um adulto a ler as perguntas e a dar as respostas pelo jovem poderia comprometer os resultados.

Sendo esta uma amostra particular, foi necessário assegurar o respeito e cumprimento pelos parâmetros legais, de maneira a perceber as possibilidades de ação para o desenvolvimento de investigação com estes adolescentes. Neste sentido, para alcançar a amostra para o grupo de adolescentes institucionalizados, foram estabelecidos alguns contactos, nomeadamente com a Segurança Social e com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), de maneira a garantir que eram respeitados os procedimentos necessários essencialmente no que diz respeito aos pedidos de autorização às entidades responsáveis. Concluída esta etapa, foram estabelecidos contactos telefónicos para averiguar a receptividade por parte das instituições e a disponibilidade em participar na investigação. Foram contactadas 12 casas de acolhimento residencial, das quais 6 concederam autorização para a avaliação dos jovens acolhidos a seu cuidado, as quais não são mencionadas para garantir o total anonimato dos participantes. Posteriormente, e após ter recebido o parecer positivo da Comissão de Ética para a Investigação na Área de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora, foram formalmente enviados os pedidos de autorização (Anexo I), dirigidos à direção técnica das instituições, através de correio eletrónico. Aquando da resposta positiva, foram agendadas as datas para a concretização das avaliações, de acordo com a disponibilidade de cada instituição, de maneira a interferir o mínimo possível com o normal funcionamento das mesmas e com a rotina dos jovens.

Por sua vez, para alcançar a amostra para o grupo de comparação e devido às exigências burocráticas do Ministério da Educação face à realização de estudos em escolas, e devido à inviabilidade em recorrer a clubes desportivos pela provável discrepância nos resultados entre grupos (uma vez que este também não seria um grupo “normativo”) no domínio motor, foram contactados centros de explicação e grupos de jovens da comunidade em geral, que prontamente se disponibilizaram a participar nesta investigação. No entanto, esta situação limitou o alcance do número ideal de participantes para o grupo de comparação que deveria ser igual ou superior ao grupo de adolescentes institucionalizados.

3.3.2. Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 124 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. Destes, 80 adolescentes constituem o grupo de “adolescentes institucionalizados” por se encontrarem em situação de acolhimento residencial e 44 adolescentes, que vivem com a família e serviram como grupo de comparação, pertencem

ao grupo de “adolescentes não institucionalizados” (ver tabela 1). A média de idades (calculada em decimal) relativamente aos adolescentes institucionalizados é de 15.03 anos (Min. 12.0, Max. 17,9, DP = 1.54) e no grupo de adolescentes não institucionalizados é de 15.0 anos (Min. 12.1, Max. 17.8, DP = 1.8), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre a média de idades dos dois grupos ($p = .856$), tendo-se obtido o valor de p através do teste t para variáveis paramétricas.

Tabela 1. Estatística descritiva dos resultados obtidos através do questionário sociodemográfico para os dois grupos

	Adolescentes Institucionalizados (n=80)		Adolescentes não Institucionalizados (n=44)		$p^{(a)}$
	N	%	N	%	
Género					.629 ^(b)
	Feminino	40	50.0	24	54.5
	Masculino	40	50.0	20	45.5
Escolaridade					<.001 ^(b)
	Ensino Básico	3	3.8	0	0.0
	1.º Ciclo	29	36.3	2	4.5
	2.º Ciclo	42	52.6	25	56.8
	3.º Ciclo	6	7.5	17	38.6
IMC (kg/m²)					.942 ^(b)
	M (DP)	21.9 (4.3)	-	21.4 (3.1)	-
	Min. - Máx.	14.9 - 35.5	-	16.1- 29.7	-
IMC nível					.875 ^(b)
	Baixo Peso	2	2.5	0	0.0
	Normal	57	71.3	33	75.0
	Sobrepeso	9	11.3	8	18.2
	Obesidade	12	15.0	3	6.8
Peso (kg)					.901 ^(c)
	M (DP)	58.6 (12.7)	-	58.9 (12.9)	-
	Min. - Máx.	29.7 - 101.4	-	35.6 - 93.0	-
Altura (m)					.407 ^(c)
	M (DP)	1.67 (0.10)	-	1.65 (0.10)	-
	Min. - Máx.	1.38 - 1.85	-	1.40 - 1.40	-
Terapias					<.001 ^(b)
	Sim	42	52.5	2	4.5
	Não	38	47.5	42	95.5
Medicação					<.001 ^(b)
	Sim	27	33.8	0	0.0
	Não	53	66.3	44	100.0
Desporto e Atividades Tempos Livres					.529 ^(b)
	Sim	50	62.5	30	68.2
	Não	30	37.5	14	31.8

Nota. M – Média; DP – Desvio Padrão; Min. – Mínimo; Máx. – Máximo. (a) valores de p para a comparação entre o grupo experimental e o grupo controlo. (b) valores de p obtidos a partir do teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas. (c) valores de p obtidos a partir do teste t para variáveis paramétricas.

Pelos resultados obtidos através do questionário sociodemográfico e apresentados na tabela 1, foi possível constatar que apenas existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da escolaridade, do acompanhamento médico e toma de medicação.

Quanto aos adolescentes institucionalizados foram ainda recolhidas informações referentes ao seu processo de institucionalização, nomeadamente a idade em que ocorreu a primeira colocação, o número total de colocações, a duração total de institucionalização e a duração na instituição atual. Os resultados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Estatística descritiva dos resultados obtidos através do questionário sociodemográfico para os adolescentes institucionalizados

Variáveis	Adolescentes Institucionalizados (n= 80)		
	M ± DP	Min.	Máx
Idade 1.^a institucionalização	10.8 ± 3.9	1	16
Número de colocações	1.4 ± 0.6	1	3
Duração total de institucionalização	3.7 ± 3.6	0	14
Duração na instituição atual	2.6 ± 1.7	0	5

Nota. Nota. M – Média; DP – Desvio Padrão; Min. – Mínimo; Máx. – Máximo.

3.4. Procedimento

3.4.1. Recolha de Dados

Antes de dar início à recolha dos dados, a investigadora principal, responsável pela avaliação de todos os adolescentes, começou por fazer uma breve apresentação sobre os propósitos da investigação, tendo sido explicado a cada participante os objetivos da investigação e o âmbito em que a mesma decorreu, bem como os procedimentos de avaliação que iriam ser concretizados. Cada adolescente foi informado de que a sua participação era voluntária, anónima e confidencial e não representava qualquer risco para si e que a qualquer momento poderia retirar o seu consentimento, garantindo que eram asseguradas todas as questões éticas e deontológicas de acordo com a declaração de Helsínquia. Só quando esclarecidas todas as questões e após ser assinado o consentimento informado, era dado início a cada avaliação.

A avaliação procedeu-se de forma individual e em sala ampla e livre de estímulos, com uma duração máxima de 45 minutos por adolescente. Cada adolescente começou por preencher o questionário sociodemográfico, de seguida era aplicada a bateria de proficiência motora (Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 – BOT-2) e retiradas as medidas de peso e altura, seguindo-se o preenchimento dos restantes instrumentos para avaliação dos sintomas emocionais e de comportamento (Questionário de Capacidades e Dificuldades – SDQ), da consciência emocional (Questionário de Consciência Emocional – EAQ), da autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg) e (in)satisfação com a imagem corporal (Escala de Silhuetas de Collins), por esta ordem. No momento de preencher os questionários, a investigadora afastou-se dos adolescentes para que estes ficassem à vontade para responder, mas disponível para esclarecer qualquer dúvida que surgisse. Cada avaliação foi realizada na íntegra e num único momento de avaliação. O SDQ foi também preenchido pelo tutor e encarregado de educação de cada participante.

Antes de dar início ao período de avaliações que decorreu de maio a outubro foi treinada a aplicação de todos os elementos de avaliação com 3 adolescentes voluntários, tal como aconselhado no manual da bateria de avaliação da proficiência motora (Bruininks, & Bruininks, 2005).

3.4.2. Tratamento e Análise de Dados

Concluída a recolha de dados, procedeu-se à cotação dos resultados das avaliações que foram posteriormente inseridos e tratados através de análise quantitativa com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24 (IBM SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Assim, foram verificados os pressupostos de inferência paramétrica, pela confirmação da distribuição da normalidade através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (para amostras ≥ 30) e da homogeneidade da variância através do teste de *Levene*. Quando não cumpridos os pressupostos de normalidade e homogeneidade foram utilizadas metodologias não paramétricas. Seguidamente, foram realizadas uma análise estatística descritiva e uma análise estatística inferencial comparativa (através do teste t e do teste de Mann-Whitney). Além destas, foram também realizadas análises de correlação de Spearman (controladas para a idade) e conduziram-se ainda análises para calcular o índice de consistência interna das escalas (valor do alpha de Cronbach).

3.5. Instrumentos de Avaliação

3.5.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico aplicado no início de cada avaliação, foi meticulosamente pensado, de maneira que as questões nele inseridas fossem simples e de fácil compreensão por parte dos adolescentes, e ao mesmo tempo completas no sentido de extraírem a informação mais pertinente e estritamente necessária à investigação. Do questionário fazem parte, além das questões como o gênero, idade e ano de escolaridade do adolescente, informações sobre o historial de acolhimento (no caso dos adolescentes institucionalizados), entre elas: a idade em que ocorreu a primeira institucionalização, para o cálculo do tempo total de institucionalização, duas das variáveis que serão tidas em conta para a análise dos resultados do estudo; quantas instituições já frequentou e o tempo total que está na instituição atual. Tendo sido confirmadas estas informações com os tutores de cada adolescente. Além destas, foi questionado aos adolescentes de ambos os grupos se recebem algum tipo de apoio terapêutico, se tomam medicação e se praticam atividades lúdico-desportivas.

3.5.2. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky, 2ª Edição

O *The Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency 2* (BOT-2), desenvolvido por Bruininks e Bruininks (2005), a partir do teste de proficiência motora de Bruininks-Oseretsky (1978), é um instrumento de avaliação de aplicação individual, constituído por um conjunto de tarefas que avaliam a prestação motora em crianças e adolescentes dos 4 aos 21 anos de idade, especialmente em quatro áreas motoras principais, subdivididas em dois itens cada: (1) “controle manual fino” - precisão motora fina e integração motora fina; (2) “coordenação manual” - destreza manual e coordenação dos membros superiores; (3) “coordenação corporal” - coordenação bilateral e equilíbrio; e (4) “força e agilidade” - rapidez e agilidade e força (Rodrigues, Saraiva, & Cordovil, 2014; Deitz, Kartin, & Kopp, 2007).

Para administração do BOT-2, pode ser utilizada a versão completa, com uma duração de 45 a 60 minutos, ou a forma reduzida que possui apenas 14 itens e que demora 15 a 20 minutos a ser aplicada (Rodrigues, Saraiva, & Cordovil, 2014; Deitz et al., 2007). Nesta investigação, optou-se pela forma reduzida uma vez que, para além de ser mais

fácil e rápida de aplicar, tem ainda uma boa correlação com a versão completa permitindo um resultado fiável da proficiência motora (Rodrigues, Saraiva, & Cordovil, 2014).

A aplicação do BOT-2 ao avaliar e possibilitar a interpretação normativa da proficiência motora nas quatro áreas motoras principais, permite a identificação de défices nas habilidades motoras pelo conhecimento do perfil do indivíduo onde são identificados os seus pontos fortes e fracos (Rodrigues et al., 2014). Estas particularidades fazem do BOT-2 um teste adequado ao diagnóstico e despiste de dificuldades motoras, assim como à averiguação dos efeitos de programas de intervenção (Cools, De Martelaer, Samaey, & Andries, 2009) em diferentes populações (Bruininks, & Bruininks, 2005). O BOT-2 encontra-se em processo de tradução e validação para a população portuguesa (Duarte, 2011).

3.5.3. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

O Questionário de Capacidades e Dificuldades, no original *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997), é uma breve medida de avaliação dos problemas de saúde mental infantojuvenil e um dos instrumentos mais utilizados para este fim em todo o mundo (Goodman, Renfrew & Mullick, 2000; Goodman, Lamping, & Ploubidis, 2010). Isto porque possui apenas 25 itens, subdivididos em 5 dimensões distintas: (1) Escala de Hiperatividade, (2) Escala de Sintomas Emocionais, (3) Escala de Problemas de Comportamento, (4) Escala de Problemas de Relacionamento com os Pares e (5) Escala de Comportamento Pró-social. Os itens correspondem a 25 atributos, 10 dos quais associados às capacidades, 14 às dificuldades e 1 deles é neutro. A resposta a cada item varia entre 0 = não é verdade, 1 = é um pouco verdade e 2 = é muito verdade, sendo que para 5 itens específicos, a pontuação é revertida. A pontuação para cada uma das escalas varia entre 0 e 10 e é resultado da soma dos itens correspondentes a essa escala. Somando o resultado de todas as escalas, à exceção da Escala de Comportamento Pró-social, obtém-se a pontuação total de dificuldades, que varia entre 0 e 40 (Goodman, 1997). A Escala de Sintomas Emocionais em conjunto com a Escala de Problemas de Relacionamento com os Pares, corresponde aos problemas de internalização, e por sua vez, a Escala de Problemas de Comportamento e a Escala de Hiperatividade, correspondem aos problemas de externalização (Goodman et al., 2010).

A aplicação do questionário é possível em várias formas, nomeadamente como forma de preenchimento para pais e professores, para crianças dos 2 aos 4 anos e para crianças e adolescentes dos 4 aos 16 anos de idade, e como forma de autopreenchimento

a partir dos 11 anos até aos 16 (Goodman, Meltzer & Bailey, 1998; Goodman, 1999). Sendo que, de acordo com o site <http://www.sdqinfo.org/>, a partir de junho de 2014 o questionário passou a poder ser aplicado a adolescentes até aos 17 anos de idade, uma vez que foram encontradas evidências de que o seu desempenho no SDQ é semelhante aos adolescentes de 15 e 16 anos. Além destas formas, é possível preencher apenas o questionário de uma folha, ou com o suplemento de impacto no verso onde se questiona a opinião quanto à existência de problemas no jovem e em caso afirmativo, a cronicidade dos problemas, o sofrimento causado, o prejuízo social e a carga que representa para os outros. Estas questões fornecem informações adicionais úteis tanto para clínicos como para investigadores interessados na componente psiquiátrica (Goodman, 1999).

O questionário encontra-se traduzido e validado para várias línguas (Marzocchi et al., 2004), nomeadamente para a língua portuguesa (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2004) para as quais existem valores normativos, e foi desenhado para suprir as necessidades dos investigadores, clínicos e educadores no sentido de identificar a existência de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Goodman, 2001). Para os estudos de validação do SDQ, o mesmo foi aplicado em simultâneo com os Questionários de Rutter, tanto aos filhos como aos pais e professores, tendo a recolha sido feita em clínicas dentárias e clínicas psiquiátricas. Os scores obtidos nos questionários permitiram concluir que ambos estão altamente correlacionados (Goodman, 1997), pelo que é possível assumir que o SDQ é tão apropriado como os Questionários de Rutter, e possui ainda algumas vantagens adicionais, como o facto de ser mais rápido de aplicar pelo seu reduzido formato, por se centrar tanto nas capacidades como nas dificuldades, por melhor identificar problemas de atenção, relacionamento com os pares e comportamento pró-social e por haver uma forma adequada para pais e professores.

Além da boa correlação com os Questionários de Rutter, Goodman e Scott (1999) verificaram que o SDQ aparenta ser tão bom quanto o Child Behavior Checklist (CBCL) para detetar problemas emocionais e de comportamento e melhor que o CBCL a detetar problemas de atenção e hiperatividade, com a mais valia de que é mais rápido de aplicar. Klasen e colaboradores (2000) vieram confirmar os mesmos resultados.

3.5.4. Questionário de Consciência Emocional (EAQ)

O Questionário de Consciência Emocional, originalmente *chamado Emotion Awareness Questionnaire* (EAQ) (Rieffe et al., 2007), é um instrumento de autopreenchimento para crianças e adolescentes entre os 10 e os 16 anos (Sebastião, 2014)

cujo objetivo consiste em identificar a forma como as crianças e jovens pensam e sentem quanto às suas próprias emoções e às dos outros (Rieffe et al., 2008; Veiga et al., 2017). Esta escala surgiu pela importância de analisar a consciência emocional nesta faixa etária, por ter sido comprovada a sua importância para o bem-estar e saúde em geral, assim como o seu papel fundamental em certos grupos clínicos, aos quais estão associados problemas de saúde mental (Veiga et al., 2017; Factor et al., 2013; van Rijn et al., 2011).

A versão original do EAQ (Rieffe et al., 2007) constituída por 40 itens distribuídos por 6 escalas correspondentes aos 6 aspetos do funcionamento emocional, foi mais tarde reformulada para garantir uma melhoria concetual do instrumento de avaliação (Sebastião, 2014), devido essencialmente às baixas propriedades psicométricas referentes à escala “Exteriorizar Emoções”, substituída pela escala “Não Esconder as Emoções” (Rieffe et al., 2008). Assim, nesta nova versão, encontramos 30 itens correspondentes às seguintes escalas: “Diferenciar Emoções” (onde é avaliada a habilidade para diferenciar emoções e identificar as suas causas), “Partilhar Verbalmente as Emoções” (que avalia a capacidade de falar sobre as emoções), “Não Esconder Emoções” (referente à tendência para não inibir a expressão das emoções), “Consciência Corporal” (no que diz respeito à atenção para as sensações físicas causadas pelas emoções), “Atenção às Emoções dos Outros” e “Análise das próprias Emoções” (estando estas duas escalas relacionadas com o interesse nas emoções dos outros e das próprias emoções) (Veiga et al., 2017).

Este é um questionário de resposta por pontos – 1 = não é verdade, 2 = por vezes verdade e 3 = verdade –, onde a criança ou adolescente seleciona o que corresponde ao grau de verdade em relação ao que pensa e sente. Alguns dos itens estão inversamente formulados, pelo que as pontuações devem ser revertidas. Valores altos nas escalas significam uma melhor consciência emocional, à exceção da escala de Consciência Corporal (Veiga et al., 2017).

É de notar ainda que esta escala oferece contribuições importantes relativamente à presença de problemas internalizados, como a ansiedade, depressão e queixas somáticas, uma vez que, de acordo com os vários estudos realizados, é possível estabelecer uma relação negativa entre a consciência emocional e a existência destes problemas (Rieffe et al. 2008; Sebastião, 2014). Nomeadamente, quando se verifica uma maior capacidade para diferenciar emoções, não as esconder e compartilhá-las verbalmente com os outros, existe menor presença de problemas internalizados (Rieffe et al., 2008). Por outro lado, quanto à consciência corporal, Rieffe e colaboradores (2008) confirmaram consistentemente que uma melhor consciência dos sintomas corporais está

fortemente relacionada com a presença de mais sintomas internalizados (como queixas somáticas, ansiedade social, depressão e tendência para preocupação/ruminação). Também a maior disposição para atender às emoções, próprias e dos outros, está relacionada com maiores níveis de preocupação/ruminação, queixas somáticas e depressão (Rieffe et al., 2008; Veiga et al., 2017).

A nova versão do questionário é holandesa, à semelhança da versão original, e conta já com vários estudos de adaptação e validação para outras línguas, onde foram apresentados valores que confirmam a sua validade para as várias populações (Sebastião, 2014), nomeadamente para a portuguesa para a qual foi recentemente adaptado e validado (Veiga et al., 2017).

Uma vez que a escala se destina a crianças e adolescentes dos 10 aos 16 anos, os participantes nesta investigação que tenham 17 anos, não serão incluídos nos dados estatísticos referentes a esta escala.

3.5.5. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

A Escala de Autoestima de Rosenberg (*The Rosenberg Self-Esteem Scale* – RSES), originalmente desenvolvida por Rosenberg (1965) e traduzida e validada para outras populações, nomeadamente para a população portuguesa (Santos & Maia, 2003; Pechorro, Marôco, Poiares, & Vieira, 2011), é provavelmente a escala de medida de autoestima mais utilizada a nível internacional, devido aos resultados positivos obtidos no processo de validação original, à simplicidade ao nível da linguagem e à sua brevidade de aplicação e de cotação (Santos, & Maia, 2003).

A RSES é uma escala de medida breve, capaz de avaliar a autoestima global na população adolescente e adulta, tendo em conta os pensamentos e sentimentos de respeito e aceitação do indivíduo em relação a si mesmo (Pechorro et al., 2011; Santos, & Maia, 2003). A autoestima é explicada por Rosenberg (1965) como sendo a noção positiva ou negativa que o indivíduo tem sobre si próprio e por esse motivo a escala é constituída por 5 itens de orientação positiva e 5 de orientação negativa, perfazendo 10 itens no total. A cotação é feita através do somatório dos itens de tipo Likert de 4 pontos, cujas opções de resposta são os seguintes: 0 – Discordo fortemente; 1 – Discordo; 2 – Concordo; 3 – Concordo fortemente; tendo em conta que os itens de orientação negativa (2, 5, 6, 8, 9) têm os valores revertidos. A pontuação da escala varia entre 0 e 30, sendo 0 o nível mais baixo de autoestima e 30 o mais elevado (Pechorro et al., 2011).

Para esta investigação utilizou-se a versão validada por Pechorro e colaboradores (2011), para uma população de adolescentes em contexto forense e escolar, cuja validação aconteceu no sentido de ultrapassar as limitações ao nível da avaliação em populações de risco, pela inexistência de instrumentos psicométricos adaptados a casos mais específicos da população portuguesa, como é o caso da delinquência juvenil. Para a construção desta versão estipulou-se como faixa etária adolescentes entre os 12 e os 20 anos, por ser esse “o intervalo etário abrangido pela Lei Tutelar-Educativa no sistema judicial português”. Assim podemos confirmar que a amostra definida para a presente investigação está inserida na faixa etária abrangida por esta versão da escala.

3.5.6. Escala de Silhuetas de Collins

A Escala de Silhuetas de Collins é um instrumento pictórico desenvolvido para analisar a perceção da figura corporal num estudo realizado por Elizabeth Collins (1991) com 1118 pré-adolescentes. Para a construção deste instrumento teve-se como base o questionário de silhuetas para adultos de Stunkard, Sorenson e Schulsinger (1983) (Collins, 1991). Através desta escala, composta por 7 figuras humanas (femininas e masculinas) criadas para ilustrar o peso corporal desde “muito magro” a “obeso” (Collins, 1991), é possível avaliar a (in)satisfação com a imagem corporal em crianças e adolescentes dos 8 aos 18 anos (Simões, 2014).

Este é um instrumento de aplicação individual, onde é pedido ao participante, à semelhança de outros testes de silhuetas, que selecione a imagem que pensa parecer-se mais consigo (real) e a imagem que gostaria de ter (ideal) (Gardner, & Brown, 2010; Hill, 2011; Collins, 1991). Qualquer diferença existente entre as duas escolhas é utilizada como medida da insatisfação corporal (Hill, 2011; Collins, 1991), sendo que valores negativos indicam o desejo de ganhar peso e valores positivos o desejo de perder peso (Simões, 2014).

No estudo de validação para a população portuguesa, verificou-se através da análise das características da escala que este instrumento é válido tanto para a prática clínica como para investigação, uma vez que avalia adequadamente o nível de insatisfação com a imagem corporal de crianças e adolescentes com peso normal, excesso de peso e obesidade. Além disso, de acordo com o mesmo estudo, a versão portuguesa da escala permite avaliar eficazmente a perceção do jovem acerca da sua imagem corporal “real” e “ideal”. Foi ainda possível constatar através dos resultados que a insatisfação com a

imagem corporal pode ter repercussões ao nível de problemas psicológicos, tanto internalizados como externalizados (Simões, 2014).

No estudo de validação original (Collins, 1991) verificou-se que a maioria das raparigas selecionou uma silhueta significativamente mais magra na imagem corporal “ideal” em comparação com a imagem corporal “real”. Já nos rapazes, a maioria selecionou a mesma silhueta para ambas as imagens. No estudo de Simões (2014) verificou-se que tanto no grupo de peso normal assim como no grupo de excesso de peso, os adolescentes mostraram-se mais insatisfeitos com a imagem corporal do que as crianças. Simões (2014) verificou ainda nos seus resultados que nos participantes com excesso de peso e obesidade houve maior insatisfação com a imagem corporal do que em crianças e adolescentes com peso normal. Simultaneamente, verificou que em ambos os grupos, as raparigas mostram-se mais insatisfeitas com a imagem corporal do que os rapazes.

3.5.7. Índice de Massa Corporal (IMC)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Índice de Massa Corporal (IMC), originalmente chamado de Índice de Quetelet, é uma medida utilizada para caracterizar o estado de nutrição através da divisão do peso em quilogramas (kg) pela altura em metro quadrado (m^2), o que se traduz na seguinte fórmula: $IMC = \text{peso(kg)} / \text{altura}^2(m^2)$. O cálculo de IMC é idêntico em crianças, adolescentes, adultos e idosos. Contudo, para as crianças e adolescentes os valores de referência diferem em função da idade, sendo o valor de IMC convertido em percentil que corresponde a uma determinada categoria. De seguida, são apresentados os pontos de corte definidos por Cole e colaboradores, em 2000 e 2007 e pelos quais foi orientada a análise do IMC nesta amostra, uma vez que pelo seu caráter internacional têm sido recomendados pela *International Obesity Task Force (IOTF)* (Viveiro, Brito, & Moleiro, 2016).

Tabela 3. Pontos de corte de IMC e Percentil definidos para crianças e adolescentes

Categoria	IMC	Percentil
Baixo Peso	<17 kg/m ²	<P5
Peso normal	17 a 25 kg/m ²	P5 a P85
Sobrepeso	25 a 30 kg/m ²	P85 a P95
Obesidade	>30 kg/m ²	>95 percentil

Nota. IMC – Índice de Massa Corporal; P - Percentil

4. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados relativos ao presente estudo, obtidos através dos instrumentos acima mencionados. Começando por apresentar as diferenças encontradas entre grupos ao nível do desenvolvimento motor e emocional, do comportamento, da consciência emocional, autoestima e (in)satisfação com a imagem corporal, e de seguida as associações encontradas entre as características do acolhimento residencial e alguns destes domínios do desenvolvimento. Por último, serão apresentadas as associações pertinentes, de acordo com a literatura, entre variáveis desenvolvimentais.

4.1. Desenvolvimento Motor

No sentido de investigar a proficiência motora em adolescentes institucionalizados, avaliada através do BOT-2, foram comparados os resultados obtidos por estes, com o desempenho motor de adolescentes não institucionalizados. Verificou-se que os adolescentes não institucionalizados obtiveram resultados mais elevados em todas as dimensões do BOT-2, e que estas diferenças são estatisticamente significativas, à exceção das dimensões destreza manual e força, como é possível verificar na tabela 4.

Tabela 4. Estatística descritiva das dimensões do BOT-2, para adolescentes institucionalizados e não institucionalizados

Dimensões	Adolescentes Institucionalizados			Adolescentes não Institucionalizados			<i>p</i> ^(a)
	Média ± DP	Min	Máx	Média ± DP	Min	Máx	
Precisão Motora Fina	8.3 ± 1.4	4	10	9.6 ± 0.6	8	10	<.001
Integração Motora Fina	9.8 ± 1.3	5	11	10.6 ± 0.5	9	11	<.001
Destreza Manual	4.1 ± 0.8	2	6	4.1 ± 1.0	2	7	.643
Coordenação Bilateral	5.9 ± 1.4	0	7	6.8 ± 0.5	5	7	<.001
Equilíbrio	3.7 ± 0.7	0	4	4.0 ± 0.0	4	4	.007
Rapidez e Agilidade	6.2 ± 2.0	0	10	7.6 ± 1.1	5	10	<.001
Coordenação dos Membros Superiores	10.1 ± 2.4	0	12	11.4 ± 1.2	6	12	.003
Força	3.1 ± 1.9	0	8	3.3 ± 1.3	1	8	.540
Pontuação <i>Standard</i>	37.7 ± 7.0	20	54	44.6 ± 4.1	38	57	<.001

Nota. Scores elevados nas dimensões correspondem a melhores resultados. (a) valor de *p* calculado a partir do teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas.

4.2. Desenvolvimento Emocional e do Comportamento

Para analisar as competências emocionais e comportamentais, foi aplicado o SDQ aos adolescentes e aos seus tutores. Tendo sido previamente medida a sua consistência interna, através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, no sentido de averiguar o grau de confiabilidade desta escala e dos seus resultados. Foram obtidos valores entre .38 e .80, relativamente à versão de autopreenchimento do SDQ e, portanto, concordantes e ligeiramente superiores aos de um estudo de validação para a população portuguesa, à exceção da “escala de problemas de comportamento” (Pechorro, Poiares, & Vieira, 2011), como apresentado na tabela 5.

Tabela 5. Valores de α de Cronbach para o SDQ – versão de autopreenchimento

	Nº de itens	Amostra em estudo	Amostra de validação (Pechorro et al., 2011)
Total de Dificuldades	20	.72	Não disponível
Escala SE	5	.56	.51
Escala PC	5	.38	.46
Escala H	5	.57	.52
Escala PP	5	.57	.43
Escala PS	5	.80	.61

Nota. α de Cronbach = Alfa de Cronbach; ES = Sintomas emocionais; PC = Problemas de comportamento; H = Hiperactividade; PP = Problemas de relacionamento com os pares; PS = Comportamento pró-social

Também para a versão preenchida pelos pais e pelos tutores os valores vêm de encontro a estudos realizados com adolescentes institucionalizados em aldeias SOS (Leiria, 2013). No entanto com resultados ligeiramente superiores na maioria das escalas, à exceção da “escala de hiperatividade” e da “escala de problemas de relacionamento com os pares” (ver tabela 6). Estes valores, bem como os valores da versão de autopreenchimento, permitem assumir que estamos perante resultados maioritariamente razoáveis e, portanto, sugerindo uma consistência interna relativamente satisfatória para todas as escalas (Hill, & Hill, 2000).

Tabela 6. Valores de α de Cronbach para o SDQ – versão para pais

	Nº de itens	Amostra em estudo	Amostra de validação (Leiria, 2013)
Total de Dificuldades	20	.84	.74
Escala SE	5	.70	.54
Escala PC	5	.67	.63
Escala H	5	.76	.87
Escala PP	5	.64	.66
Escala PS	5	.86	.80

Nota. α de Cronbach = Alfa de Cronbach; SE = Sintomas emocionais; PC = Problemas de comportamento; H = Hiperactividade; PP = Problemas de relacionamento com os pares; PS = Comportamento pró-social

Posto isto, foram comparados os resultados obtidos quanto à presença de sintomas emocionais e comportamentais, sendo possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes institucionalizados e os adolescentes não institucionalizados, com os últimos a obter resultados mais favoráveis em todas as escalas do SDQ (ver tabela 7). O mesmo se verifica quanto ao SDQ preenchido pelos tutores e pelos pais, à exceção da escala de sintomas emocionais, que no caso destes não evidenciou diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 7. Estatística descritiva de todas as escalas do SDQ (versão de autopreenchimento) para adolescentes institucionalizados e adolescentes não institucionalizados

Escala	Adolescentes Institucionalizados			Adolescentes não Institucionalizados			p
	Média ± DP	Min	Máx	Média ± DP	Min	Máx	
Total de Dificuldades	14.5 ± 5.0	4	26	10.5 ± 4.4	2	21	<.001 ^(a)
Sintomas Emocionais	4.5 ± 2.1	0	10	3.4 ± 1.8	1	8	.005 ^(b)
Problemas de Comportamento	2.9 ± 1.7	0	6	1.9 ± 1.4	0	6	.001 ^(b)
Hiperatividade	4.3 ± 2.1	0	8	3.5 ± 2.0	0	8	.046 ^(b)
Problemas de Relacionamento com os Colegas	2.9 ± 2.2	0	11	1.5 ± 1.4	0	5	<.001 ^(b)
Comportamento Pró-social	7.5 ± 2.4	0	10	8.7 ± 1.7	3	10	.005 ^(b)
Escala de Impacto	1.2 ± 1.9	0	10	0.2 ± 0.6	0	3	.000 ^(b)

Nota. Scores baixos nas escalas são percebidos como melhores resultados, à exceção da escala de comportamento pró-social. (a) valor de p calculado a partir do teste t para variáveis paramétricas; (b) valor de p calculado a partir do teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas.

4.3. Consciência Emocional

Para avaliar a consciência emocional em adolescentes institucionalizados foi aplicado o EAQ a cada um dos adolescentes até aos 16 anos de idade. Quando medida a sua consistência interna, verificou-se que os valores de alfa são concordantes com os do estudo de validação para a população portuguesa (Veiga et al., 2017), contudo, ligeiramente inferiores para as escalas “partilhar verbalmente as emoções”, “não esconder as emoções”, “consciência corporal” e “atender às emoções dos outros”, e ligeiramente superiores, relativamente às escalas “diferenciar emoções” e “analisar emoções”, como é possível verificar na tabela 8. Revelando uma consistência interna relativamente satisfatória para todas as escalas (Hill, & Hill, 2000).

Tabela 8. Valores de α de Cronbach para o EAQ

	Nº de itens	Amostra em estudo	Amostra de validação (Veiga et al., 2017)
Total	30	.74	Não disponível
Diferenciar Emoções	7	.78	.74
Partilhar Verbalmente as Emoções	3	.61	.67
Não Esconder as Emoções	5	.70	.72
Consciência Corporal	5	.58	.71
Atender às Emoções dos Outros	5	.60	.71
Analisar Emoções	5	.73	.66

Nota. α de Cronbach = Alfa de Cronbach

Relativamente à consciência emocional é possível identificar diferenças significativas na maioria das dimensões, exceto na consciência corporal e na análise de emoções. As restantes dimensões encontram-se diminuídas nos adolescentes institucionalizados, como é possível verificar na tabela 9.

Tabela 9. Estatística descritiva de todas as escalas do EAQ para adolescentes institucionalizados e adolescentes não institucionalizados

Escala	Adolescentes Institucionalizados			Adolescentes não Institucionalizados			p
	Média ± DP	Min	Máx	Média ± DP	Min	Máx	
Diferenciar Emoções	14.9 ± 3.5	7	21	16.3 ± 3.5	7	21	.027 ^(a)
Partilhar Verbalmente Emoções	5.9 ± 1.7	3	9	6.7 ± 1.7	3	9	.013 ^(a)
Não Esconder Emoções	9.0 ± 2.5	5	15	10.2 ± 2.5	5	15	.022 ^(a)
Consciência Corporal	9.7 ± 2.7	1	15	9.7 ± 2.4	5	14	.981 ^(a)
Atender às Emoções dos Outros	12.4 ± 2.3	5	15	13.8 ± 1.2	10	15	.001 ^(a)
Analisar Emoções	11.5 ± 2.5	5	15	12.2 ± 2.3	7	15	.137 ^(a)
Total	63.22 ± 6.19	47	76	70.07 ± 8.06	48	82	.000 ^(a)

Nota. Scores elevados nas escalas são percebidos como melhores resultados, à exceção da escala de consciência corporal. (a) valores de *p* obtidos a partir do teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas.

4.4. Autoestima

Para a avaliação da autoestima foi utilizada a RSES, cuja consistência interna se mostrou satisfatória (Hill, & Hill, 2000), evidenciando um alfa de .84, sendo este ligeiramente superior ao do estudo de validação de Pechorro et al., (2011) cujo alfa foi de .79.

Curiosamente, ao nível da autoestima não foram encontradas diferenças significativas ($p = .054$), – valor de *p* obtido através do teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas –, com os adolescentes institucionalizados (média = 18.7, DP = 5.6) a obter valores ligeiramente inferiores comparativamente aos adolescentes não institucionalizados (média = 20.4, DP = 5.4) e com os rapazes a apresentar valores de autoestima mais elevados em ambos os grupos – adolescentes institucionalizados: rapazes (média = 18.9, DP = 4.6), raparigas (média = 18.0, DP = 6.3); adolescentes não institucionalizados: rapazes (média = 21.6, DP = 3.5), raparigas (média = 19.6, DP = 6.6) –, como defendido por Rosenberg (1989) e Pechorro et al., (2011).

4.5. (In)satisfação com a Imagem Corporal

Quanto à (in)satisfação com a imagem corporal verificam-se novamente diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p = .003$), – valor de *p* obtido

através do teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas –, com os adolescentes institucionalizados (média = 1.1, DP = 1.0) a evidenciar maior nível de insatisfação comparativamente aos adolescentes não institucionalizados (média 0.6, DP = 0.7). Note-se que quanto mais próximo o valor estiver de 0, maior é o nível de satisfação com a imagem corporal e vice-versa.

4.6. Relações entre as características do acolhimento e o desenvolvimento

Com o objetivo de verificar a relação entre as variáveis correspondentes às características inerentes ao processo de institucionalização, nomeadamente (i) a idade em que o adolescente foi colocado em acolhimento residencial, (ii) a duração de tempo total ao cuidado do sistema de acolhimento, (iii) a duração da colocação atual e (iv) o número de colocações sofridas, com as várias dimensões do desenvolvimento, procedeu-se a **análises de correlação de Spearman** (controladas para a idade) entre elas.

4.6.1. Relação com o desenvolvimento motor

Relativamente ao desenvolvimento motor apenas se verificou associação negativa baixa³ significativa entre a idade da primeira colocação e a coordenação bilateral sugerindo que quanto mais cedo se der a entrada em casa de acolhimento, menores parecem ser as dificuldades apresentadas ao nível desta dimensão. Não tendo sido encontradas correlações significativas ($p > .05$) para as restantes dimensões, como é possível verificar na tabela 10.

³ Coeficiente de correlação: correlação baixa se $r < \pm 0.3$, média se $\pm 0.4 < r < \pm 0.6$; alta se $r > \pm 0.7$ (Coutinho, 2016).

Tabela 10. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as características do acolhimento e as dimensões do BOT-2

		Características do Acolhimento			
		Idade da 1ª colocação	Duração total	Duração atual	Número de colocações
Desenvolvimento motor (BOT-2)	Pontuação <i>Standard</i>	-.107	.164	.084	.078
	Precisão Motora Fina	-.038	.065	.039	-.005
	Integração Motora Fina	.060	-.021	-.051	-.018
	Destreza Manual	.156	-.165	-.109	-.164
	Coordenação Bilateral	-.252*	.205	.153	.135
	Equilíbrio	.030	.078	.058	-.003
	Rapidez e Agilidade	-.042	.049	-.014	.092
	Coordenação dos Membros Superiores	.160	.185	.123	.066
	Força	.008	.030	.029	.047

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman.

4.6.2. Relação com o desenvolvimento emocional e do comportamento

Entre as variáveis correspondentes às características de institucionalização e as várias dimensões relativas ao desenvolvimento emocional e do comportamento, obteve-se uma associação negativa baixa³ significativa entre a duração total e a escala de impacto, entre a duração atual e a escala de sintomas emocionais e uma associação positiva baixa³ significativa entre o número de colocações e a escala de hiperatividade, levando a supor que quanto maior for a duração em acolhimento, menor é o impacto dos sintomas existentes no bem-estar do jovem bem como a carga que representa para os outros, quanto mais tempo o adolescente estiver na mesma instituição menor é o índice de sintomas emocionais e quanto maior o número de mudanças de instituição maior é o índice de hiperatividade, ou de outra perspectiva, quanto maior for o índice de hiperatividade maior a tendência para sofrer mudanças de colocação.

Não foram encontradas associações significativas ($p > .05$) entre estas características institucionais e a escala total de dificuldades, a escala de problemas de comportamento, a escala de problemas de relacionamento com os pares, nem com a escala de comportamento pró-social (ver tabela 11).

Tabela 11. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as características do acolhimento e as dimensões do SDQ

		Características do Acolhimento			
		Idade da 1 ^a colocação	Duração total	Duração atual	Número de colocações
Desenvolvimento emocional e do comportamento (SDQ)	Total de Dificuldades	.154	-.103	-.183	.095
	Sintomas Emocionais	.178	-.205	-.247*	.013
	Problemas de Comportamento	-.050	.086	.138	.032
	Hiperatividade	-.053	.132	-.035	.283*
	Problemas de Relacionamento com os Pares	.221	-.195	-.215	-.018
	Comportamento Pró- social	.134	-.110	-.113	-.052
	Escala de Impacto	.208	-.231*	-.165	-.013

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman.

4.6.3. Relação com a consciência emocional

Com o intuito de averiguar eventuais relações entre as características institucionais e a consciência emocional, foi igualmente realizada uma **análise de correlação de Spearman** (controlada para a idade), entre as variáveis relativas ao processo de institucionalização e as dimensões da consciência emocional, não tendo sido encontradas associações significativas ($p > .05$) entre elas, como é possível constatar na tabela 12.

Tabela 12. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as características do acolhimento e as dimensões do EAQ

		Características do Acolhimento			
		Idade da 1 ^a colocação	Duração total	Duração atual	Número de colocações
Consciência Emocional (EAQ)	Diferenciar Emoções	-.143	.172	.237	-.040
	Parilhar Verbalmente Emoções	-.011	.053	.057	-.022
	Não Esconder Emoções	-.075	.158	.153	-.032
	Consciência Corporal	.006	-.052	.097	-.045
	Atender às Emoções do Outro	-.025	-.007	-.023	.089
	Analisar Emoções	.099	-.027	-.013	-.148
	Total	-.080	.201	.155	-.033

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman.

4.6.4. Relação com a autoestima

A autoestima, por sua vez, parece estar relacionada com três dessas variáveis, apresentando associação negativa baixa³ significativa com a idade da primeira colocação, e associação positiva baixa³ significativa com a duração total e com a duração atual sugerindo que quanto mais cedo se der a entrada em casa de acolhimento e quanto maior for a duração em acolhimento, tanto desde o primeiro acolhimento como na instituição atual, melhor é o nível de autoestima apresentado (ver tabela 13).

Tabela 13. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as características do acolhimento e a autoestima

		Características do Acolhimento			
		Idade da 1 ^a colocação	Duração total	Duração atual	Número de colocações
Autoestima		-.325**	.350**	.254*	.158

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman.

4.6.5. Relação com a (in)satisfação com a imagem corporal

Por último, e à semelhança das restantes variáveis, foi também realizada uma **análise de correlação de Spearman** (controlada para a idade), entre as variáveis relativas ao processo de institucionalização e a satisfação com a imagem corporal, com o intuito de averiguar eventuais relações entre elas, que não foram encontradas ($p > .05$), como é possível verificar na tabela 14. Dando destaque à influência dos fatores pré-institucionais na forma como o adolescente se percebe e sente o seu corpo.

Tabela 14. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as características do acolhimento e a (in)satisfação com a imagem corporal

	Características do Acolhimento			
	Idade da 1 ^a colocação	Duração total	Duração atual	Número de colocações
(In)satisfação com a imagem corporal	-.025	.003	.041	.121

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman.

4.7. Relação entre o desenvolvimento motor e o IMC

Sabendo da influência do IMC no desempenho motor, foi realizada uma **análise de correlação de Spearman** (controlada para a idade), no sentido de identificar possíveis associações entre estas duas variáveis. Foram então encontradas associações negativas baixas³ significativas entre o IMC e algumas escalas do BOT-2, nomeadamente a pontuação *standard*, a rapidez e agilidade e a força (ver tabela 15), ou seja, quanto maior o IMC, menor os resultados obtidos para essas dimensões, o que sugere que maior IMC condiciona as habilidades motoras nestas dimensões.

Tabela 15. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre o IMC e as dimensões do BOT-2

		Índice de Massa Corporal
Desenvolvimento Motor (BOT-2)	Precisão Motora Fina	-.060
	Integração Motora Fina	-.043
	Destreza Manual	.070
	Coordenação Bilateral	.014
	Equilíbrio	.156
	Rapidez e Agilidade	-.394**
	Coordenação dos Membros Superiores	-.067
	Força	-.337**
	Pontuação <i>Standard</i>	-.290**

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman

4.8. Relação entre as competências motoras e as competências emocionais e comportamentais

Tendo em conta que as competências motoras parecem estar associadas, além do IMC, às capacidades emocionais e ao comportamento, foram executadas **análises de correlação de Spearman** (controladas para a idade), no sentido de identificar possíveis associações entre as dimensões do BOT-2 e as dimensões do SDQ nesta amostra em específico. Verificou-se então a existência de associações negativas baixas³ significativas entre:

- A pontuação *standard* e a escala total de dificuldades e com a escala de sintomas emocionais, sugerindo que menos habilidades motoras globais estão associadas a mais dificuldades comportamentais e emocionais, e vice-versa;

- A coordenação bilateral e a escala total de dificuldades, pelo que adolescentes com dificuldades ao nível da coordenação bilateral parecem apresentar também dificuldades comportamentais e emocionais;

- O equilíbrio e a escala de sintomas emocionais, a escala de problemas de relacionamento com os pares e ainda com a escala de impacto, sendo que maiores dificuldades ao nível do equilíbrio parecem estar associadas a mais problemas emocionais e a dificuldades em relacionar-se com os pares, bem como com um maior impacto destas dificuldades na vida do adolescente;

- A rapidez e agilidade e a escala de sintomas emocionais, sugerindo que a presença de sintomas emocionais é também aumentada face a menor competência ao nível da rapidez e agilidade, nestes adolescentes;

- A coordenação dos membros superiores e a escala de sintomas emocionais e com a escala de impacto, pelo que dificuldades nesta dimensão do domínio motor parecem estar associadas a dificuldades emocionais e a um maior impacto das mesmas;

- E entre a força e a escala de sintomas emocionais, sugerindo que face a dificuldades no domínio da força estes adolescentes apresentam também mais sintomas emocionais, à semelhança das anteriores relações.

Em suma, as dificuldades apresentadas ao nível da proficiência motora nos adolescentes institucionalizados parecem estar de facto associadas, ainda que com coeficientes de correlação baixos, às dificuldades emocionais, comportamentais e sociais manifestadas por estes adolescentes.

Tabela 16. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as dimensões do BOT-2 e as dimensões do SDQ

		Desenvolvimento emocional e do comportamento (SDQ)						
		TD	SE	PC	H	RC	PS	EI
Desenvolvimento motor (BOT-2)	Pontuação Standard	-.227*	-.352**	.075	-.118	-.168	.028	-.207
	Precisão Motora Fina	.117	-.090	-.038	.021	-.155	.127	-.035
	Integração Motora Fina	-.212	-.181	-.167	-.155	.007	.154	.072
	Destreza Manual	-.150	-.120	-.121	-.115	-.030	.140	.048
	Coordenação Bilateral	-.249*	-.185	-.132	-.147	-.169	.096	.050
	Equilíbrio	-.134	-.226*	.097	.033	-.274*	-.011	-.260*
	Rapidez e Agilidade	-.175	-.280*	.121	-.112	-.163	-.096	-.220
	Coordenação Membros Superiores	-.141	-.313**	.054	-.023	-.154	-.010	-.225*
	Força	-.074	-.329**	-.179	-.026	.009	-.135	-.148

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman. TD = Total de Dificuldades; SE = Sintomas Emocionais; PC = Problemas de Comportamento; H = Hiperatividade; RC = Problemas de Relacionamento com os Pares; PS = Comportamento Pró-social; EI = Escala de Impacto

4.9. Relação entre o desenvolvimento emocional e do comportamento e a consciência emocional

Além das ligações ao desenvolvimento motor são também conhecidas associações entre o desenvolvimento emocional, mais concretamente entre a existência de sintomas internalizados, e a consciência emocional, tendo sido por esse motivo realizadas **análises de correlação de Spearman** (controladas para a idade) entre as escalas do SDQ e as escalas do EAQ, das quais ressaltaram os seguintes resultados:

Associação negativa média³ significativa entre os sintomas emocionais e a capacidade de diferenciar emoções, e associação negativa baixa³ significativa com a capacidade de partilhar verbalmente as emoções e com a consciência corporal. O que parece significar que perante maior presença de sintomas emocionais o adolescente tem mais dificuldade em diferenciar emoções e em partilhá-las verbalmente. Quanto à relação com a consciência corporal, esta não vem de encontro ao esperado, uma vez que nesta investigação, adolescentes com mais sintomas emocionais parecem apresentar menos consciência corporal.

Ao contrário do que se esperava, não foram encontradas associações entre os sintomas emocionais e a capacidade de atender às emoções dos outros, nem com a capacidade de analisar emoções.

Verificou-se associação negativa baixa³ significativa entre os problemas de comportamento e a capacidade de atender às emoções dos outros e associação positiva baixa¹ significativa entre o comportamento pró-social e a capacidade de atender às emoções dos outros e de analisar emoções. Podendo sugerir que adolescentes com mais problemas de comportamento e com comportamento pró-social diminuído, apresentam menor disponibilidade em atender às emoções dos outros, bem como em analisar emoções.

Por último, verificou-se associação negativa baixa³ significativa entre a escala de impacto dos sintomas emocionais e comportamentais e a capacidade de diferenciar emoções e de as partilhar verbalmente, e também com a capacidade de não esconder emoções. Pelo que segundo estes resultados, o impacto dos sintomas emocionais e comportamentais parecem diminuir face à maior capacidade de diferenciar emoções, partilhá-las verbalmente e não as esconder (ver tabela 17).

Tabela 17. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre as dimensões do SDQ e as dimensões do EAQ

		Desenvolvimento emocional e do comportamento (SDQ)						
		TD	SE	PC	H	RC	PS	EI
Consciência Emocional (EAQ)	DE	-.335	-.439**	-.011	-.171	-.210	-.256	-.360**
	PVE	-.133	-.357**	.030	.029	-.015	-.089	-.349**
	NEE	-.124	-.093	-.006	-.020	-.148	-.003	-.297*
	CC	-.254	-.300*	-.129	-.031	.002	-.308	-.323
	AEO	-.164	.063	-.342**	-.054	-.118	.396**	.134
	AE	.013	.062	.162	-.142	-.048	.278**	.196
	Total	-.235	-.240	-.033	-.189	-.194	.210	-.202

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman. TD = Total de Dificuldades; SE = Sintomas Emocionais; PC = Problemas de Comportamento; H = Hiperatividade; RC = Problemas de Relacionamento com os Pares; PS = Comportamento Pró-social; EI = Escala de Impacto; DE = Diferenciar Emoções; PVE = Partilhar Verbalmente Emoções; NEE = Não Esconder Emoções; CC = Consciência Corporal; AEO = Atender às Emoções do Outro; AE = Analisar Emoções.

4.10. Relação entre a autoestima e as competências motoras, emocionais e comportamentais, e com a (in)satisfação com a imagem corporal

Com base na literatura foi possível identificar que a autoestima parece estar associada à noção que o adolescente tem das competências motoras, comportamentais e emocionais, relacionais e até mesmo académicas. Ainda que as diferenças entre grupos ao nível da autoestima não sejam significativas ($p = 0.54$), foram realizadas **análises de correlação de Spearman** (controladas para a idade) no sentido de perceber se os resultados eram concordantes com os já existentes.

Foram então encontradas associações positivas baixas³ significativas entre a autoestima e a pontuação *standard* do BOT-2, e também com as dimensões equilíbrio, rapidez e agilidade e coordenação dos membros superiores. O que sugere que maiores níveis de autoestima estão associados a melhores competências nas habilidades motoras (ver tabela 18).

Quanto à relação da autoestima com os sintomas emocionais e comportamentais, verificou-se uma associação negativa moderada³ significativa entre a autoestima e a escala total de dificuldades, e baixa³ entre a autoestima e os problemas de relacionamento

com os pares e com a escala de impacto. Sugerindo que níveis mais altos de autoestima estão associados a menos problemas emocionais e de comportamento, nomeadamente ao nível do estabelecimento de relações saudáveis com os pares (ver tabela 19).

Por último e como era de esperar fôç-oi ainda identificada uma associação negativa baixa¹ significativa entre a autoestima e (in)satisfação com a imagem corporal, pelo que perante uma melhor autoestima, o nível de insatisfação com o próprio corpo é menor (ver tabela 20).

Tabela 18. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre autoestima e as dimensões do BOT-2

		Autoestima
Desenvolvimento Motor (BOT-2)	Pontuação <i>Standard</i>	.259*
	Precisão Motora Fina	.137
	Integração Motora Fina	-.009
	Destreza Manual	.147
	Coordenação Bilateral	.099
	Equilíbrio	.322**
	Rapidez e Agilidade	.237*
	Coordenação Membros Superiores	.254*
	Força	.031

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman.

Tabela 19. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre a autoestima e as dimensões do SDQ

		Autoestima
Desenvolvimento Emocional e do Comportamento (SDQ)	Total de Dificuldades	-.423**
	Sintomas Emocionais	-.029
	Problemas de Comportamento	-.092
	Hiperatividade	-.206
	Problemas de Relacionamento com os Pares	-.371**
	Comportamento Pró-social	.056
	Escala de Impacto	-.381**

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman.

Tabela 20. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre a autoestima e a (in)satisfação com a imagem corporal

	Autoestima
(In)satisfação com a Imagem Corporal	-.251*

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos entre o teste Ró de Spearman.

4.11. Relação entre a (in)satisfação com a imagem corporal e o desenvolvimento motor e emocional e o comportamento

Sabendo da importância da noção do corpo e dos estados emocionais na percepção e satisfação com a imagem corporal, foram igualmente realizadas **análises de correlação de Spearman** (controladas para a idade) entre a satisfação com a imagem do corpo e o IMC, o desenvolvimento motor e o desenvolvimento emocional, das quais resultaram as seguintes associações:

Identificou-se uma associação positiva baixa³ significativa entre o IMC e a (in)satisfação com a imagem corporal, ou seja, quanto maior o IMC, maior é o nível de insatisfação (ver tabela 21);

Associação negativa baixa³ significativa entre a (in)satisfação com a imagem corporal e a pontuação *standard* do BOT e também com o equilíbrio. Sugerindo que face a melhores competências ao nível do domínio motor, maior é a satisfação com a imagem corporal (ver tabela 22);

Associação positiva baixa³ significativa entre a (in)satisfação com a imagem corporal e a escala total de dificuldades, o que parece significar que perante a presença de mais sintomas e dificuldades emocionais e comportamentais a insatisfação com a imagem corporal é aumentada (ver tabela 23).

Tabela 21. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre a (in)satisfação com a imagem corporal e o IMC

	(In)satisfação com a Imagem Corporal
Índice de Massa Corporal	.256*

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman.

Tabela 22. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre a (in)satisfação com a imagem corporal e as dimensões do BOT-2

		(In)satisfação com a Imagem Corporal
Desenvolvimento Motor (BOT-2)	Pontuação <i>Standard</i>	-.278*
	Precisão Motora Fina	-.094
	Integração Motora Fina	-.127
	Destreza Manual	-.211
	Coordenação Bilateral	-.144
	Equilíbrio	-.286*
	Rapidez e Agilidade	-.186
	Coordenação Membros Superiores	-.087
	Força	-.145

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman.

Tabela 23. Correlação (controlada para a idade dos participantes) entre a (in)satisfação com a imagem corporal e as dimensões do SDQ

		(In)satisfação com a Imagem Corporal
Desenvolvimento Emocional e do Comportamento (SDQ)	Total de Dificuldades	.305**
	Sintomas Emocionais	.119
	Problemas de Comportamento	.177
	Hiperatividade	.226
	Problemas de Relacionamento com os Pares	.210
	Comportamento Pró-social	-.084
	Escala de Impacto	.115

Nota. * Correlação significativa para $p < .05$; ** Correlação significativa para $p < .01$. Valores obtidos através do teste Ró de Spearman.

5. DISCUSSÃO

Confrontando estatisticamente os resultados sociodemográficos dos adolescentes de ambos os grupos em estudo, é possível constatar que os mesmos se assemelham na maioria das variáveis, à exceção da frequência escolar, do acompanhamento médico e da medicação. Sendo que os valores obtidos quanto ao acompanhamento médico e ao uso de medicação nesta população são concordantes com os dados apresentados pelo relatório CASA 2016, que ressalta a importância de intervir nesta faixa etária, por ser a que apresenta taxas superiores ao nível destas duas variáveis, bem como, de características específicas como problemas de comportamento e emocionais (ISS, 2017).

As diferenças significativas quanto à escolaridade, por sua vez, podem ser devidas, em parte, ao facto de os adolescentes do grupo experimental terem concretizado as avaliações no período de férias de verão, correspondente à transição de ano letivo, dando como resposta (no questionário sociodemográfico) o ano que concluíram como ano de escolaridade, e os adolescentes do grupo controlo, por sua vez, realizaram as avaliações no presente ano letivo (após o período de férias), assumindo assim o novo ano como o seu ano de frequência escolar. No entanto, esta razão não justifica o elevado número de adolescentes institucionalizados a frequentar o último ano do ensino básico e o 1.º ciclo, sendo estes resultados concordantes com os dados apresentados no relatório CASA 2016 e com a restante literatura, no sentido em que estes jovens se encontram em maior risco para o insucesso e abandono escolar, não apenas por dificuldades cognitivas, como mencionado por Levin e colaboradores (2014), mas também devido à sua desmotivação, desinteresse e desinvestimento pessoal, devido ao absentismo escolar, à dificuldade em manter a atenção e até mesmo pela presença de comportamentos disruptivos que podem inclusive dificultar o relacionamento com o professor e condicionar o processo de aprendizagem (Brandão, 2015). De acordo com o relatório CASA 2016 é fundamental ter em conta que as dificuldades de aprendizagem são características nestes jovens e que é preciso reverter esta situação, uma vez que a escola é um meio de integrar estes adolescentes na sociedade e contribuir para a sua autonomização (ISS, 2017).

No que diz respeito à altura, peso e IMC, apesar de alguns estudos documentarem um efeito negativo forte da institucionalização sobre o crescimento e constatarem que as crianças institucionalizadas são fisicamente mais pequenas e apresentam baixos níveis de percentil da estatura e do peso (Ellis et al., 2014; van IJzendoorn, & Juffer, 2006; Soares

et al., 2014), o mesmo não se verificou quanto a esta amostra. Uma possível justificação para este facto pode residir nas diferenças dos *settings* institucionais entre países (Holický et al., 2015). Além de que nesta população em particular é preciso ter atenção às características culturais e contextuais que podem desempenhar um papel importante nos resultados obtidos de estudo para estudo, fazendo diferença se os estudos se referem a crianças e adolescentes institucionalizados na Europa Ocidental ou Oriental, por exemplo. Até mesmo os motivos de colocação em cuidados institucionais, isto é, o risco a que os adolescentes estavam expostos antes do acolhimento, podem explicar diferenças entre os resultados desta investigação e os resultados de outros trabalhos realizados sobre o acolhimento residencial (Soares et al., 2014).

No presente estudo é possível constatar que os valores obtidos para o IMC, vêm de encontro às teorias de que a institucionalização procura satisfazer as necessidades básicas das crianças e adolescentes ao seu cuidado, no sentido de proporcionar condições de higiene e alimentares favoráveis (Johnson et al., 2006; Cooper et al., 1987; Santos, 2014), compensando por vezes as carências emocionais, através do alimento (Skärderud et al., 2005). No entanto sem atender às necessidades relacionais, vinculativas e psicossociais destas crianças e adolescentes, desencontrando-se da teoria da vinculação desenvolvida por Bowlby que coloca em evidência a importância do cuidador primário para o desenvolvimento normal (Johnson et al., 2006). Algo que se pode verificar pelos resultados obtidos nesta investigação, que enfatizam o longo trabalho que há a fazer, no sentido de atuar a níveis mais específicos que contribuam para o bom desenvolvimento motor, socio-afetivo e bem-estar geral destes jovens.

Após a análise dos resultados é possível verificar as diferenças significativas e acentuadas entre os adolescentes institucionalizados e os adolescentes não institucionalizados ao nível do desenvolvimento, tendo os primeiros evidenciado claras dificuldades motoras na maioria das dimensões, bem como sintomas emocionais e comportamentais exacerbados, consciência emocional e satisfação com a imagem corporal significativamente diminuídas relativamente aos adolescentes do grupo de comparação. Apenas ao nível da autoestima não se verificaram diferenças significativas ($p = .054$). E quando feita a análise de correlação foram encontradas várias associações pertinentes e que serão discutidas mais à frente, nomeadamente entre o desenvolvimento motor e o desenvolvimento emocional, entre este último e a consciência emocional, entre a satisfação com a imagem corporal e áreas desenvolvimentais já mencionadas e também

entre a autoestima e as competências motoras, emocionais e comportamentais e ainda com as competências acadêmicas.

Além destas foram ainda encontradas associações na presente investigação entre algumas dimensões do desenvolvimento e as características inerentes ao acolhimento residencial, colocando a hipótese de que este pode condicionar, aparentemente de forma positiva, o desenvolvimento. Contudo, os coeficientes de correlação para estas associações foram baixos, pelo que seria necessário realizar análises estatísticas mais precisas no sentido de explorar se estas e outras características institucionais parecem prever as aparentes melhorias ao nível desses domínios desenvolvimentais específicos. As associações baixas com as características analisadas, deixam claro a necessidade de investigar mais características institucionais, como por exemplo a vinculação ao cuidador, nesta população, que noutros estudos mostrou ter influência nas variações ao nível do comportamento (Soares et al., 2014; Batista et al., 2014).

Na literatura é possível constatar que a maioria dos estudos assume que quanto menos estabilidade houver no processo de institucionalização e quanto mais cedo a criança for colocada em acolhimento residencial, assim como quanto mais tempo a criança ou adolescente estiver ao cuidado deste sistema, maior é o risco de apresentar atrasos no desenvolvimento, nomeadamente, no desenvolvimento motor, socioemocional e a nível comportamental (Maclean, 2003; Johnson et al., 2006; Giagazoglou et al., 2012; Holický et al., 2015). Contudo, os resultados obtidos quanto às **características institucionais** na nossa amostra não vão de encontro a estas teorias, uma vez que as poucas variáveis que mostraram associação com estas características revelaram beneficiar com a maior duração na instituição, quer no tempo total, como na instituição atual, bem como com a idade em que ocorreu o primeiro acolhimento. Sendo que os sintomas emocionais e comportamentais parecem causar menos impacto quando o tempo total de institucionalização é superior e no mesmo sentido a autoestima parece beneficiar desta condição. Já os sintomas emocionais parecem igualmente diminuir face a uma maior duração na instituição onde o adolescente reside atualmente, e a autoestima mostra sair novamente aumentada. Esta discordância entre os resultados deste estudo e os resultados de estudos anteriores, pode eventualmente ser devida à diferença entre as especificidades institucionais de país para país (Holický et al., 2015).

Por um lado, estas evidências suportam a importância da estabilidade no processo de institucionalização e a importância da própria institucionalização na proteção destas crianças e adolescentes face aos fatores pré-institucionais que colocam o seu

desenvolvimento em risco (Sá, 2014; Leathers, 2002; Newton et al., 2000; Stott, 2012; Webster et al., 2000). Tendo sido também encontradas associações entre o número de colocações e a hiperatividade, sugerindo que face um maior número de mudanças de colocação o adolescente apresenta maior índice de hiperatividade, o que vem comprovar a importância da estabilidade para o bem-estar emocional.

Por outro lado, sabendo o impacto que todo o conjunto de situações, como as experiências primárias e as condições inerentes à institucionalização, têm no desenvolvimento emocional (Giagazoglou et al., 2012; Soares et al., 2014), os resultados podem sugerir que a resiliência que estes jovens desenvolvem pelo instinto de sobrevivência, e às vezes a própria alienação face ao que acontece na sua vida, sejam acontecimentos positivos ou negativos, levam a que os mesmos se conformem. No entanto, seriam necessárias avaliações mais aprofundadas e cuidadas neste domínio para poder sugerir estas hipóteses com maior segurança e solidez.

Quanto à idade em que os adolescentes foram acolhidos pela primeira vez, as associações encontradas parecem sugerir que quanto mais cedo se der esta entrada melhores são as competências ao nível da coordenação bilateral, bem como ao nível da autoestima. No entanto os coeficientes de correlação entre estas variáveis foram baixos e não permitem inferir a importância das características institucionais nas melhorias relatadas. O que sugere, tal como já foi mencionado, a necessidade de realizar estudos mais abrangentes e eventualmente longitudinais, que incluam outras características institucionais, no sentido de perceber a real influência da institucionalização no desenvolvimento.

Estas descobertas permitem então supor, tal como se esperava, que as dificuldades manifestadas pelos adolescentes institucionalizados são em grande parte devido ao seu historial de experiências traumáticas e situações de negligência ou abandono vivenciadas nos primeiros anos de vida, às quais o sistema de acolhimento parece não ser capaz de responder, no sentido de recuperar os danos causados e alcançar o desenvolvimento normal (Holický et al., 2015; Roeber et al., 2014), ainda que aparentemente evite o seu agravamento. Na verdade, não podemos esquecer que ainda que o acolhimento residencial seja visto como um fator de proteção frente ao risco representado pela família maltratante, o mesmo implica outro tipo de riscos e dificuldades, nomeadamente ao nível do estabelecimento de ligações emocionais e da existência de referências afetivas e espaciais, fundamentais ao bom desenvolvimento (Sá, 2014; Soares et al., 2014). Assim, torna-se importante compreender as alterações ao nível do desenvolvimento nestes

adolescentes, no sentido de propor sugestões e eventuais mudanças nos contextos institucionais que sejam benéficas ao desenvolvimento global dos adolescentes acolhidos.

De acordo com os fundamentos da Psicomotricidade que como é sabido se preocupa com o desenvolvimento holístico do indivíduo, a organização motora e a organização psíquica não podem ser entendidas separadamente. Sendo ambas, essenciais no processo de construção do eu, uma vez que é através da ação que o mesmo toma consciência de si próprio e do mundo que o rodeia (Fonseca, 2001). Pelo que para compreender os resultados obtidos nesta investigação, é fundamental não descorar o conhecimento existente sobre as teorias do desenvolvimento e é necessário saber que as bases neurológicas são essenciais para compreender todo o funcionamento a nível comportamental, seja no comportamento motor ou no comportamento social (Fonseca, 2005). Sabendo que estas bases podem estar significativamente comprometidas devido ao pesado historial de negligência, maus-tratos ou abusos, e até mesmo pela privação da relação parental que muitas vezes acontece quando estas crianças e adolescentes são acolhidos, eram já esperados os problemas manifestados a nível das competências comportamentais e emocionais, assim como outros problemas que lhe estão associados (Sá, 2014; Strecht, 2012; Nelson, Bos, Gunnar, & Sonuga-Barke, 2011).

Além destes problemas, os resultados desta investigação relativamente à presença de dificuldades significativas ao nível do **desenvolvimento motor** destacam a sua importância em todo o desenvolvimento global do indivíduo, dando realce à pertinência de atuar urgentemente a este nível. Até porque é sabido que o processo de desenvolvimento do próprio movimento, que está na base do desenvolvimento motor, tem um papel fulcral na modelação do cérebro pela sua contribuição na formação de conexões necessárias ao desenvolvimento do sistema nervoso, atuando ao nível do fortalecimento das ligações neuronais entre o cérebro e o corpo (Blythe, 2005). Sendo o movimento uma das principais formas de comunicação entre o indivíduo e o mundo exterior, que surge inicialmente como forma de exteriorizar a vida psíquica do bebé, ou seja, a sua atividade interiorizada, comunicando-a através do corpo, é percebida a importância do estudo do desenvolvimento motor, principalmente pela sua influência nas restantes áreas (Blythe, 2005; Fonseca, 2005).

Estes factos acentuam a conhecida ligação entre o desenvolvimento motor e a construção do eu, bem como o desenvolvimento socioemocional e do comportamento (Fonseca, 2005). A própria palavra “emoção” é derivada do latim *emovere* e “movere” significa movimento, que está envolvido nas nossas percepções sensoriais e é parte

integrante da vida, sendo que as experiências motoras da criança vão ter uma grande importância na construção da sua personalidade, dos seus sentimentos e das suas conquistas, culminando do processo de aprendizagem que vai além da leitura, da escrita e do cálculo (Blythe, 2005).

Experiências primárias traumáticas, sejam elas vividas em contexto familiar ou institucional podem implicar falhas nos processos neurológicos e desencadear lacunas no desenvolvimento motor a longo prazo e conseqüentemente em todo o desenvolvimento da criança e do adolescente (Giagazoglou et al., 2012; Johnson et al., 2006; Millar, 2014).

As modificações inerentes à fase da adolescência podem implicar, por si só, descoordenação a nível motor (Fonseca, 2005), ainda assim, é possível constatar pelos resultados apresentados nesta investigação que a proficiência motora em adolescentes institucionalizados se encontra muito aquém dos valores ótimos, comparativamente aos adolescentes que vivem com as suas famílias. Existindo concordância com estudos realizados internacionalmente e que colocam em evidência que crianças e adolescentes ao cuidado de instituições apresentam níveis significativamente mais baixos nas várias dimensões da proficiência motora (Pollak et al., 2010; Roeber et al., 2012; Holický et al., 2015). Alguns estudos mencionam que crianças e adolescentes criados em acolhimento residencial apresentam *scores* significativamente mais baixos no equilíbrio e coordenação bilateral, comparativamente aos seus pares criados pelas suas famílias biológicas (Roeber et al., 2014; Roeber et al., 2012). Outro estudo identificou *scores* mais baixos ao nível da precisão motora fina, em adolescentes institucionalizados, mas *scores* mais elevados nas dimensões rapidez e agilidade e na força. Não tendo sido, neste mesmo estudo, confirmadas diferenças no desenvolvimento motor quanto à dimensão da coordenação bilateral e do equilíbrio, sendo que os autores atribuíram este facto à eventual especificidade do acolhimento residencial, neste caso na República Checa. Além disso, estes autores mencionaram ainda que os seus resultados podiam dever-se ao facto de o estudo ter sido conduzido apenas com adolescentes com 13 anos de idade, sugerindo estudos que incluíssem toda a faixa etária correspondente à adolescência (Holický et al., 2015).

Alguns dos estudos neste domínio relacionam inclusive as dificuldades apresentadas com o tempo total de institucionalização e verificaram que adolescentes que passam 5 anos ou mais em acolhimento institucional apresentam mais dificuldades ao nível das competências finas e globais e no equilíbrio (Pollak et al., 2010), algo que não é corroborado pelos resultados desta investigação quanto à relação entre o tempo de

institucionalização e as dificuldades apresentadas nas várias dimensões da proficiência motora. No entanto, é necessário ter em conta que a média de duração do tempo de institucionalização nesta amostra é de apenas 3 anos e 8 meses e, portanto, reduzida, o que pode justificar o facto de não terem sido encontradas associações com esta variável (tempo de institucionalização) no domínio motor. Outros estudos destacam ainda a possibilidade de haver consequências nas várias áreas do desenvolvimento psicomotor, provocadas pelas várias mudanças de colocação sofridas (Pollak et al., 2010; Roeber et al., 2014; Roeber et al., 2012). Algo que também não foi comprovado nesta investigação, possivelmente porque devido às políticas de proteção de crianças e jovens em Portugal, as mudanças de colocação são evitadas e apenas se deve recorrer a elas em último caso, pelo que os adolescentes desta amostra apenas sofreram entre uma a três colocações. Valores estes, significativamente diferentes dos mencionados na literatura, onde se verifica que alguns adolescentes experienciam várias mudanças de colocação, em alguns casos, 12 ou mais (Stott, 2012).

No entanto, foi encontrada uma associação entre a idade em que ocorreu a primeira colocação em casa de acolhimento residencial e a coordenação bilateral, tendo-se verificado que quanto mais cedo acontecer a colocação, maiores são os valores de coordenação bilateral. Conhecendo os efeitos nefastos da negligência e/ou dos maus-tratos no cérebro, este achado pode dar destaque à importância do acolhimento residencial como forma de proteção face ao ambiente familiar tóxico (Giagazoglou et al., 2012; Millar, 2014). Um estudo semelhante, mas com o objetivo de investigar a influência da adoção no desenvolvimento, evidenciou também esta relação entre a coordenação bilateral e, no caso, a idade de adoção que quanto mais precoce for, mais benefícios revela nesta dimensão motora (Roeber et al., 2014). O facto deste resultado não ir de encontro ao esperado relativamente aos estudos anteriores, que defendem que quanto mais cedo acontecer a colocação em acolhimento residencial maiores são as dificuldades apresentadas, nomeadamente ao nível motor (Maclean, 2003; Johnson et al., 2006; Giagazoglou et al., 2012), pode ser igualmente devido, como no caso de Holický e colaboradores (2015), à especificidade do acolhimento residencial em Portugal, que ainda que tenha limitações e não esteja preparado para atuar na recuperação destas dificuldades, aparentemente não contribui para o seu agravamento. Ainda que esta suposição não possa ser generalizada, pois não foram encontradas mais associações entre a idade da institucionalização e as restantes dimensões da proficiência motora.

Contudo, o facto da idade média de entrada no sistema de acolhimento, nesta amostra, ser de 10 anos e 9 meses, ou seja, quando as estruturas de base já estão formadas, pode justificar o facto de não terem sido encontradas associações com as restantes dimensões da proficiência motora. Pelo que seria interessante desenvolver a mesma investigação com crianças mais novas, nomeadamente no grupo etário pré-escolar e escolar.

É de notar que apesar de existir uma correlação negativa entre o IMC e algumas das dimensões da proficiência motora, como a pontuação *standard*, a rapidez e agilidade e a força, as diferenças entre grupos quanto ao desenvolvimento motor não podem ser justificadas por estas associações. Primeiro porque não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes institucionalizados e os adolescentes não institucionalizados quanto ao IMC, e também porque as mesmas associações foram encontradas para os adolescentes não institucionalizados e estes obtiveram resultados satisfatórios em todas as dimensões. Além de que nas restantes dimensões da proficiência motora não se verificou correlação com esta variável. O que obriga a refletir quanto a possíveis justificações para os resultados pobres no domínio motor.

Assim, uma das razões consistentemente relatada para justificar estas diferenças deve-se ao facto do ambiente nas instituições não ser suficiente para estimular o desenvolvimento ótimo (Holický et al., 2015). Uma vez que é sabida a importância das interações ambientais nomeadamente ao nível do movimento e do comportamento humano que se desenvolvem por meio da perceção, integração e regulação das diferentes informações sensoriais que recebemos do envolvimento e do nosso próprio corpo, sobretudo nos primeiros anos de vida, associados à infância e à adolescência, mas também ao longo da vida a par com o desenvolvimento do sistema nervoso em geral (Cordovil & Barreiros, 2014; Fonseca, 2005). Pelo que hoje em dia é muito afirmada a importância, além da base biológica, do desenvolvimento em ambientes estimulantes (Cordovil & Barreiros, 2014; Giagazoglou et al., 2012).

De acordo com alguns estudos, o espaço disponível para estas crianças e adolescentes brincarem, jogarem e explorarem, bem como os materiais e estruturas criadas para o efeito, podem ser insuficientes, resultando em dificuldades não só no desenvolvimento motor, como também na socialização, uma vez que a existência de dificuldades ao nível da proficiência motora é a primeira causa de problemas a nível da saúde mental e do desenvolvimento social a longo prazo (Pollak et al., 2010; Roeber et al., 2012; Wiik et al., 2011; Holický et al., 2015; Giagazoglou et al., 2012).

De facto, os vários estudos que se têm debruçado sobre esta população têm dado destaque às limitações dos *settings* institucionais no sentido de estas poderem resultar num desenvolvimento pobre. No entanto, no estudo de Holický e colaboradores (2015), estas descobertas não se confirmaram, algo que os autores atribuem, como anteriormente mencionado, à especificidade do sistema de acolhimento na República Checa que se destaca dos restantes países europeus, na medida em que os educadores são selecionados através de critérios de qualificação rigorosos, e além disso, com o apoio financeiro parcial do estado, as instituições têm maior facilidade em recorrer a instalações como ginásios e *playgrounds* para que as crianças e adolescentes acolhidos se integrem e pratiquem atividades físicas e lúdicas. Também graças a este apoio, podem investir em alguns brinquedos e jogos, para que os mesmos possam usufruir durante o tempo livre. Segundo os mesmos autores, estas características podem desempenhar um papel crucial no desenvolvimento, no sentido de facilitar a aquisição das habilidades motoras básicas e alcançar níveis de atividade física adequados.

No entanto, além do ambiente estimulante, também o forte relacionamento com o cuidador primário é fundamental para alcançar o desenvolvimento ideal. Pelo que alguns autores apontam a ausência desta ligação, como possível causa desta falta de estimulação (Giagazoglou et al., 2012). É já sabido que o número desproporcional de educadores por criança/adolescente, bem como as mudanças rotineiras constantes, geram instabilidade e privam estas crianças e adolescentes de manter relações estáveis, principalmente com os cuidadores. Face a estas condições o desenvolvimento motor pode ficar significativamente comprometido, podendo comprometer os restantes fatores desenvolvimentais (Giagazoglou et al., 2012; Holický et al., 2015). No mesmo sentido, alguns estudos focados na componente neurológica verificaram que crianças privadas de experiências iniciais fundamentais, apresentam mudanças negativas significativas a nível estrutural e funcional de algumas áreas cerebrais, nomeadamente o cerebelo (Holický et al., 2015). Estando este associado ao núcleo vestibular onde, de acordo com várias investigações, se encontra o centro regulador da equilíbrio (Fonseca, 2001; Fonseca, 2010).

Sabe-se que o sucesso na maioria das competências motoras está fortemente associado e dependente das competências ao nível do equilíbrio, pelo facto de a capacidade de manter o equilíbrio ser fundamental para o restante desenvolvimento (Cordovil & Barreiros, 2014). Como é possível verificar, nesta investigação as diferenças encontradas no domínio motor, vão mais além das encontradas noutros estudos que

mencionam maioritariamente a coordenação bilateral e o equilíbrio, e este pode ser um dos motivos, uma vez que estando o equilíbrio significativamente comprometido ($p = .007$), é esperado que as restantes dimensões motoras se encontrem igualmente comprometidas, bem como as dimensões emocionais e comportamentais (Fonseca, 2005; Blythe, 2005), uma vez que é sabido que disfunções ao nível do equilíbrio podem resultar numa grande variedade de sintomas, como perturbações cognitivas e emocionais (Blythe, 2005).

O equilíbrio é um fator psicomotor com um significado psiconeurológico fundamental tanto ao nível da motricidade, como na capacidade de adaptação e na aprendizagem, visto que a sua tarefa passa por facilitar a orientação e o controlo postural, através do qual o indivíduo conhece o lugar do seu corpo no espaço, criando o ponto de referência primário que permite o surgimento de outros ajustamentos espaciais e sucessivas aquisições motoras (Fonseca, 2001; Blythe, 2005). Este fator desenvolve-se em simultâneo com o tónus muscular e é reflexo do desenvolvimento do tronco cerebral e do cerebelo, considerados as estruturas de base do cérebro que preparam as primeiras aquisições, nomeadamente o controlo postural, fundamentais para a construção dos sistemas funcionais mais complexos (Fonseca, 2001; Blythe, 2005). Quando o equilíbrio não é assegurado por estas estruturas, os centros superiores responsáveis pelas aquisições mais complexas como a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal e as praxias, perdem o foco nas suas principais funções para participar no controlo do equilíbrio, o que gera uma desarmonia e descoordenação motora assim como falhas nos processos de aprendizagem. Além de que disfunções ao nível do equilíbrio e controlo postural, têm impacto em toda a atividade mental responsável pelo domínio motor, emocional e social (Fonseca, 2001).

De acordo com as análises de correlação foi possível inferir que adolescentes com mais dificuldades a nível das competências motoras, apresentavam também maior índice de sintomas emocionais, tendo esta variável manifestado associação com quase todas as dimensões que haviam apresentado diferenças significativas entre grupos, à exceção da precisão e da integração motora fina. Podendo estes resultados ser explicados pela intrínseca relação entre o desenvolvimento do equilíbrio postural e do equilíbrio afetivo que como temos verificado, estão intimamente ligados e são cruciais para todo o desenvolvimento e bem-estar geral (Fonseca, 2005). Foi também possível verificar que adolescentes com mais dificuldades ao nível do equilíbrio apresentavam, além de sintomas emocionais, mais dificuldades ao nível do relacionamento com os pares, da

autoestima (ainda que esta não tenha evidenciado diferenças significativas entre grupos) e também valores mais elevados na escala de impacto, o que é concordante com as evidências de que o desenvolvimento motor pobre pode contribuir para dificuldades ao nível da socialização e ao nível da autoestima, muitas vezes devido à exclusão social de que são vítimas (Piek, & Coleman-Carman, 1995; Roeber et al., 2014).

Através da teoria de desenvolvimento de Wallon e do conhecimento dos estádios por ele definidos, é possível compreender a importância da motricidade na organização psíquica e nos estados emocionais do indivíduo, assim como perceber estas ligações e o próprio impacto do ambiente e das relações primárias em todo o desenvolvimento. Uma vez que de acordo com esta teoria, é no estágio tónico-emocional que começam a desenvolver-se as aquisições fundamentais ao restante desenvolvimento motor, sendo fundamental a sua maturação em conjunto com o meio exterior, bem como as relações que decorrem nele, para promover as capacidades exploratórias e expressivas da criança. Esta é uma fase crucial não só para as aquisições motoras primárias como também para o desenvolvimento da afetividade, que se dá através da expressão das emoções na relação com o adulto e principalmente com a mãe, num diálogo tónico-corporal onde são filtradas e integradas emoções que permitirão que a linguagem emocional se instale progressivamente e que o corpo se vá “construindo”, nas variações entre a hipotonicidade e hipertonicidade resultantes da própria interação com o adulto e os efeitos dessa interação que podem influenciar o tônus (Fonseca, 2005).

O desenvolvimento avança pelos restantes estádios, nomeadamente, sensório-motor, personalístico, categorial até à adolescência, ocorrendo até aí um conjunto de aquisições e adaptações, como a noção do corpo, autoimagem, construção da personalidade, consciência do eu e do não eu, individuação, sociabilização, planificação motora mais regulada, até ao desenvolvimento pessoal e social que atinge um equilíbrio afetivo, preparando-se para a transição da personalidade infantil para a personalidade pubertária. Enquanto é atingindo este equilíbrio afetivo, é igualmente alcançado um equilíbrio postural que vai dar suporte às praxias e permitir uma boa coordenação motora. Sendo estes dois, bem como o equilíbrio cognitivo, fundamentais para o adolescente gerir e se adaptar às inquietações inerentes à fase da adolescência (Fonseca, 2005).

Tendo noção de toda esta dinâmica desenvolvimental e da importância das relações primárias, bem como de um ambiente seguro, contentor e estimulante para a mesma, principalmente nos primeiros anos de vida, é possível entender as diferenças significativas encontradas nos adolescentes institucionalizados, não só a nível motor

como também ao nível comportamental, emocional e consequentemente na satisfação com a imagem corporal e até mesmo com a autoestima, que ainda que não apresente diferenças significativas também se revela inferior nesta população.

Por tudo o que já foi referido e com base nas descobertas de estudos anteriores, eram também já esperadas as diferenças manifestadas ao nível do **desenvolvimento emocional e do comportamento** nos adolescentes institucionalizados que constituem esta amostra. Tendo neste domínio, apresentado diferenças significativas em todas as dimensões avaliadas, tanto no questionário de autopreenchimento como no questionário preenchido pelos tutores (à exceção dos sintomas emocionais, que no caso dos tutores não evidenciaram diferenças entre os grupos, o que pode estar associado ao facto de os adolescentes não partilharem os seus sentimentos e emoções com os outros, como é possível constatar pelos resultados obtidos na escala “partilhar verbalmente as emoções”, limitando a perceção que o tutor tem sobre os problemas internalizados do adolescente). Perante estes resultados é possível assumir que os jovens que participaram na presente investigação apresentam, tal como mencionado na literatura, mais sintomas emocionais e problemas de comportamento do que aqueles que vivem com as famílias, bem como maiores níveis de hiperatividade, mais dificuldade em relacionar-se com os pares e apresentam menos disponibilidade para ajudar os outros e atender às suas necessidades (McMillen et al., 2005; Soares et al., 2014; Palacios et al., 2013). Além da presença exacerbada destes sintomas nos adolescentes institucionalizados, verificou-se ainda que o impacto dos mesmos na sua vida é também significativo, causando sofrimento aos próprios, representando uma carga para os outros e afetando as suas competências sociais.

Apesar da evolução dos tempos e das próprias medidas de proteção, os resultados obtidos nesta investigação são concordantes com os resultados de estudos que remontam ainda à década anterior, nos quais se verificou que o comportamento disruptivo em adolescentes institucionalizados é muito superior ao de adolescentes na comunidade (McMillen et al., 2005). Os estudos de Soares et al., (2014) e Batista et al. (2014) são também concordantes com estes achados e um estudo também mais recente de Palacios et al. (2013), que comparou três grupos de crianças (institucionalizadas, adotadas e a viver com as suas famílias biológicas) evidenciou que as primeiras se encontram em grande desvantagem comparativamente às restantes, apresentando mais problemas de relacionamento com os pares e competências sociais mais pobres, e aparentando ser menos preferidas pelos seus pares, o que destaca a exclusão social de que estas crianças e adolescentes muitas vezes são vítimas.

Ao contrário das relações encontradas nesta investigação, no sentido em que maior duração na instituição atual parece contribuir para a existência de menos sintomas emocionais e a maior duração no sistema de acolhimento, por sua vez, parece contribuir para a diminuição do impacto dos sintomas manifestados pelo adolescente, o estudo de Palacios e colaboradores (2013) mostrou que os resultados pobres nas crianças avaliadas parecem ser independentes da duração de tempo que vivem em instituição. Justificando estes achados com base no que fora já relatado, ou seja, assumindo que as instituições aparentemente não contribuem para a presença destas dificuldades, mas também não atuam no sentido contrário, providenciando contextos saudáveis nos quais os problemas causados pelas experiências familiares traumáticas possam ser melhorados.

E também neste domínio, à semelhança do desenvolvimento motor, os autores destacam a influência da ausência de relações proximais, além das experiências pré e pós-natais vivenciadas antes da institucionalização, no sentido de desenvolver comportamentos sociais indiscriminados (Soares et al., 2014). Isto porque, apesar do alto risco inerente à exposição à negligência emocional, o estudo de Soares e colaboradores (2014) evidenciou que crianças institucionalizadas que identificaram um educador preferido provaram ser menos suscetíveis de manifestar este tipo de problemas. Sendo estas descobertas claramente consistentes com a teoria da vinculação e com as evidências de um estudo-piloto de Smyke, Dumitrescu e Zeanah (2002) que evidenciam igualmente a potencial influência da qualidade dos cuidados no desenvolvimento. Smyke e colaboradores (2007) verificaram inclusive que as relações proximais e, portanto, a qualidade dos cuidados prestados, se revelaram mais preditoras de várias dimensões do desenvolvimento do que a duração da institucionalização, pelo que estes factos dão destaque à pertinência de realizar mais estudos com esta população, analisando a qualidade da vinculação.

Neste mesmo estudo de Smyke e colaboradores (2007), nem a duração da institucionalização nem a idade de colocação no sistema de acolhimento se revelaram relacionadas ao comportamento indiscriminado. No entanto na presente investigação, foram encontradas associações, ainda que muito fracas, entre a duração total da institucionalização e a escala de impacto, bem como entre a duração na instituição atual e os sintomas emocionais, na medida em que mais tempo ao cuidado do acolhimento residencial parece diminuir o impacto dos sintomas e os próprios sintomas emocionais. Além destas, foram ainda encontradas associações entre o número de mudanças de colocação e a hiperatividade. Estes resultados destacam a importância da estabilidade no

acolhimento para uma melhor estabilidade emocional e comportamental nestes adolescentes. No entanto, continua presente a importância de desenvolver mais estudos que incluam também a ligação ao cuidador, uma vez que também esta ligação é indicadora de estabilidade (Smyke et al., 2007; Smyke et al., 2002; Soares et al., 2014).

Ainda que a ligação ao cuidador não tenha sido analisada nesta investigação, é possível assumir pela literatura a sua importância no desenvolvimento e bem-estar destes adolescentes, evidenciando a importância de a investigar permitindo o desenvolvimento de intervenções a este nível. Segundo Soares et al. (2014), a equipa de investigação de instituições em São Petersburgo demonstrou que o desenvolvimento das crianças e adolescentes ao abrigo do sistema de acolhimento pode ser melhorado através do treino e formação dos cuidadores no sentido de promover interações contentoras, sensíveis e responsivas dentro de um contexto organizado de tal forma que consigam promover o desenvolvimento socio-emocional destas crianças e adolescentes. Sugerindo que os educadores das casas de acolhimento em Portugal, poderiam igualmente beneficiar dessa formação, não só pela importância que têm no desenvolvimento destas crianças e adolescentes, mas também no sentido de melhor conseguirem lidar com as suas próprias angústias e frustrações que normalmente surgem quando se lida com esta população (Santos, 2014). Sendo preciso ter em conta que a ausência destas ligações proximais podem ser resultado da incapacidade de o educador em lidar com os problemas de comportamento e emocionais manifestados por estes adolescentes, que podem desencorajar os educadores a investir no relacionamento com alguns adolescentes em específico (Soares et al., 2014; Santos, 2014).

Além da ligação ao cuidador é também importante desenvolver investigações que tenham em conta todas as experiências de vida do adolescente, nomeadamente as razões que levaram à institucionalização, o tipo de negligência ou maus-tratos sofridos e a duração dos mesmos, no sentido de controlar essas variáveis e analisar apenas o papel dos fatores institucionais no desenvolvimento. No entanto esta é uma tarefa difícil de concretizar por todas as questões metodológicas e éticas que implica, uma vez que por norma os investigadores só conseguem ter acesso a estas informações através dos “relatórios de caso” que nem sempre podem ser acedidos e que nem sempre se encontram “completos” (Soares et al., 2014).

Palacios et al. (2013) e Roeber et al. (2014), levantam ainda o véu quanto a outras respostas possíveis para as crianças e adolescentes em risco, ao debruçarem-se também pela análise da influência da adoção no desenvolvimento e revelando que as experiências

traumáticas na infância podem ser significativas ao ponto de estas crianças e adolescentes não conseguirem recuperar totalmente até ao desenvolvimento normal, mesmo quando adotadas. Ainda assim, ressaltam a importância da adoção como fator protetor relativamente a outros danos causados pelo acolhimento institucional, uma vez que as crianças adotadas mostraram resultados mais próximos com os das crianças da comunidade do que com as crianças institucionalizadas. Sendo que estes resultados destacam a pertinência de realizar investigações no sentido de analisar as várias áreas desenvolvimentais nestes três grupos.

No que diz respeito aos resultados ao nível da **consciência emocional**, os mesmos revelam que esta se encontra diminuída nos adolescentes institucionalizados relativamente aos adolescentes ao cuidado das suas famílias, o que vem de encontro ao que já era esperado e apontado por algumas teorias, no sentido em que estes adolescentes por terem experienciado situações de risco e desfavoráveis ao desenvolvimento da consciência emocional, apresentam dificuldades em compreender e diferenciar as experiências emocionais (Kim, & Cicchetti, 2010; Dvir et al., 2014). Não foram encontradas associações entre a consciência emocional e as características institucionais o que leva a crer que os primeiros anos em que os adolescentes viveram ao cuidado das suas famílias biológicas, fundamentais para o desenvolvimento das competências emocionais (Dvir et al., 2014), foram de facto determinantes quanto ao desenvolvimento da consciência emocional, ao ponto de o processo de institucionalização parecer não conseguir recuperar. No entanto, seriam necessários estudos mais objetivos e detalhados neste sentido, uma vez que a duração total de institucionalização (média 3 anos e 8 meses) é relativamente reduzida e pode não permitir que se verifiquem resultados positivos neste tempo, pelo que estudos em amostras mais alargadas e em faixas etárias mais precoces, assim como estudos experimentais, devem ser ponderados.

Foram ainda encontradas associações entre algumas das dimensões da consciência emocional e os sintomas emocionais, os problemas de comportamento, o comportamento pró-social e ainda com o índice de impacto destes sintomas. O que é concordante com o que já fora evidenciado por Veiga e Rieffe (2015), no sentido em que a consciência emocional parece estar associada aos níveis de socialização e à saúde mental. Sendo que nesta amostra em concreto, adolescentes com maiores dificuldades ao nível da consciência emocional parecem apresentar mais dificuldades emocionais e comportamentais, bem como uma atitude pró-social diminuída, revelando menos preocupação com os outros o que de acordo com Fleming (2010) e Rieffe e colaboradores

(2010) deveria estar aumentado por ser na adolescência que surge esta preocupação com o outro, bem como a importância das relações interpessoais.

No mesmo sentido, a associação encontrada entre a escala de comportamento pró-social e a escala atender às emoções dos outros, colocam em evidência as dificuldades ao nível da empatia nos adolescentes institucionalizados, o que pode significar menor disponibilidade para atender às emoções do outro e de o apoiar face às suas preocupações, que deveriam estar igualmente aumentados nesta fase (Fleming, 2010; Rieffe et al., 2010). Isto pode acontecer devido às experiências traumáticas vivenciadas que podem explicar desadaptações a este nível (Kim, & Cicchetti, 2010), mas também devido ao historial de institucionalização, à instabilidade relacional que se faz sentir devido à ausência de um educador preferido e a todas as mudanças de rotinas e alterações contextuais a que estes adolescentes estão sujeitos e que os fazem tomar uma atitude de indiferença e alienação face às mudanças que vão sucedendo (Soares et al., 2014; Stott, 2012).

Além destas, foram encontradas associações que parecem comprovar que o nível de consciência emocional está relacionado com a presença de sintomas internalizados (Veiga, & Rieffe, 2015), nomeadamente que a capacidade de diferenciar emoções, não as esconder e partilhá-las verbalmente parece estar associada a menos sintomas internalizados (Camodeca, & Rieffe, 2013; Rieffe et al., 2008). No entanto, relativamente à consciência corporal, o mesmo não se verificou. Não tendo sido também encontradas associações entre os sintomas emocionais e a disponibilidade para analisar e atender às emoções do outro, como era esperado (Rieffe et al., 2008; Veiga et al., 2017). No entanto esta situação pode ser devida ao facto de a escala utilizada no sentido de identificar os sintomas internalizados não ser a mesma, uma vez que nos estudos de validação onde foram encontradas estas associações foram utilizados o *Somatic Complaints List* e o *The Worry/Rumination Questionnaire*.

Quanto à **autoestima** e à **satisfação com a imagem corporal**, foi possível verificar que apenas a segunda parece estar afetada nos adolescentes institucionalizados relativamente aos adolescentes do grupo de comparação. O que vem comprovar as teorias de que as experiências traumáticas, como os abusos, a negligência e o abandono ou separação, podem comprometer a forma como o adolescente se percebe e, portanto, o nível de satisfação que o mesmo tem com a sua imagem corporal (Karr et al., 2012). Estas descobertas vêm de encontro ao esperado, uma vez que é conhecida a relação da imagem corporal com o desenvolvimento emocional do indivíduo (Rodgers, 2012) que como já foi discutido, se encontra comprometido nesta população.

Verificou-se ainda pelas análises de correlação desenvolvidas na nossa investigação, que a insatisfação com a imagem corporal parece estar relacionada com um desenvolvimento motor pobre, o que era esperado uma vez que é no corpo que as experiências de vida são percebidas e projetadas (Guiose, 2015; Karr et al., 2012), e com a presença de dificuldades emocionais e comportamentais, bem como, com uma autoestima mais baixa, que em parte vem de encontro à literatura no sentido de que os sintomas internalizados, como a ansiedade, podem estar relacionadas com a aparência e percepção do próprio corpo (Karr et al., 2012). Os resultados encontrados neste domínio vêm também de encontro aos estudos de Skärderud e colaboradores (2005), na medida em que esta população parece estar em maior risco de manifestar problemas emocionais associados a perturbações da imagem corporal. O que revela a pertinência de investigar mais pormenorizadamente esta variável nesta população, através de instrumentos de avaliação mais precisos.

Por último, e ainda que não tenha sido encontrada diferença entre grupos na autoestima, verificou-se que a mesma está relacionada com as várias dimensões do desenvolvimento analisadas. No sentido em que melhores competências académicas, motoras, comportamentais e emocionais, bem com uma maior satisfação com a imagem corporal estão associadas a uma melhor autoestima, o que comprova as evidências relatadas por investigações anteriores que mencionam tanto a importância da noção das boas competências para uma autoestima adequada, como a importância de uma boa autoestima no desenvolvimento dessas competências (Quiles, & Espada, 2014; Naranjo, & Gonzáles, 2012).

Apesar de na adolescência a autoestima se encontrar diminuída devido a todas as alterações fisiológicas, cognitivas e emocionais inerentes a esta fase (Quiles, & Espada, 2014), eram esperadas diferenças entre grupos para esta variável (Pechorro et al. 2011), contudo, as suas relações positivas com as características do processo de institucionalização, como a idade da primeira colocação, a duração total, a duração atual e o número de colocações, sugerem que a autoestima sai melhorada face a uma maior estabilidade na colocação bem como com uma entrada atempada no sistema de acolhimento. Podendo ser este um dos motivos para o facto de, ainda que diminuída a autoestima nos adolescentes institucionalizados comparativamente aos seus pares, esta não apresente uma diferença significativa. Isto é, os resultados parecem sugerir que o processo de institucionalização pode, em certa medida, ao proteger o adolescente do

ambiente agressor, contribuir para que as lacunas provocadas na sua autoestima não sejam tão acentuadas.

Em suma, todas estas descobertas deixam claro que apesar de o acolhimento residencial ser considerado um fator protetor relativamente ao ambiente agressor, como anteriormente mencionado, o mesmo parece não estar estruturado de maneira a conceder a estas crianças e adolescentes os cuidados e estimulação necessária para um desenvolvimento físico, psíquico e socio-emocional saudável (van IJzendoorn et al., 2011; Sá, 2014; Soares et al., 2014).

Pelo que, além de tudo o que já foi discutido até ao momento, as descobertas nesta investigação evidenciam ainda a importância de intervir urgentemente e o mais precocemente possível, através de uma intervenção reparadora, securizante, estável e planeada de acordo com as necessidades individuais de cada criança e adolescente ao cuidado do sistema de acolhimento, no sentido de atuar ao nível das funções reparadoras que vão diminuindo ao longo do seu crescimento, aumentando assim o risco de comprometimento significativo do desenvolvimento (Strecht, 2012; ISS, 2017).

Além da importância de criar estruturas institucionais mais estimulantes e contentoras (Holický et al., 2015), como tem sido largamente mencionado. Seria igualmente importante ter atenção ao número de crianças e adolescentes por casa de acolhimento, uma vez que o elevado número dificulta a capacidade de resposta que lhes concede a estabilidade que precisam, além de que suprir as suas necessidades relacionais e psicossociais se torna numa tarefa quase impossível uma vez que o número de adolescentes por educador também limita significativamente o suprimento das suas necessidades (Holický et al., 2015; Soares et al., 2014). Os próprios critérios de admissão dos educadores devem ser rigorosos e os mesmos devem receber formação e apoio contínuo no sentido de melhor saberem lidar com as dificuldades inerentes a esta população, não só as dos adolescentes em específico, mas também com as dificuldades que podem surgir na interação com os adolescentes, face aos seus comportamentos e projeções no adulto (Soares et al., 2014; Millar, 2014).

No entanto, há mais a fazer. Para intervir nesta área é fundamental possuir uma grande sensibilidade relacional e esquecer os diagnósticos e avaliações (Sá, 2014). É fundamental intervir de acordo com o funcionamento mental do adolescente e com as suas necessidades individuais, tendo presente que além das dificuldades comumente apresentadas por estes adolescentes, há uma história própria de cada um (Costa, & Fernandes, 2012), premissa esta que acenta nas bases da intervenção em

Psicomotricidade. A melhor forma de avaliar e intervir com os mesmos é ouvindo as suas histórias, reais e imaginárias, e as suas angústias, frustrações e emoções numa atitude de escuta que só se consegue pela relação (Millar, 2014). Tendo noção que algumas delas são demasiado dolorosas para ser contadas, sendo necessário colocar em ação estratégias de intervenção que permitam ao adolescente expressar-se pelo movimento espontâneo num ambiente contentor e numa relação terapêutica segura, onde o mesmo sinta confiança e estabilidade ao ponto de expressar os seus sentimentos e emoções, até que progressivamente os consiga falar (Millar, 2014; Veiga, 2012; Costa, & Fernandes, 2012).

É conhecida a atuação da Psicomotricidade no desenvolvimento holístico do indivíduo, no sentido de recuperar desde as funções primárias fundamentais associadas ao equilíbrio e tonicidade, que tal como já mencionado têm um papel fulcral na construção corporal e psíquica que deve ser reparada nestes adolescentes, até às funções mais complexas que em conjunto procuram resultar numa harmonia emocional e ao nível do comportamento, bem como na autonomização e bem-estar geral destes adolescentes (Fonseca, 2001; Fonseca, 2005). Através da intervenção psicomotora é possível atuar além do domínio motor, ao nível das perturbações emocionais e do comportamento, e consequentemente na reparação narcísica e da autoestima, bem como na forma como o adolescente se percebe e sente o seu corpo, tendo em consideração a origem do problema e os múltiplos significados inerentes a determinado comportamento (Veiga, 2012; Fonseca, 2001; Fonseca, 2005). Mesmo ao nível da consciência emocional, a terapia psicomotora assume um papel fundamental no sentido de ajudar a criança e o adolescente a expressar as suas emoções, que muitas vezes se manifestam através de comportamentos agressivos, de uma forma regulada e adaptativa, pela consciencialização das emoções e pela noção das alterações corporais inerentes às mesmas, autorregulando-as e comunicando o que sente (Veiga, & Rieffe, 2015). Tudo isto acontece por meio do corpo, que na Psicomotricidade é utilizado como forma de comunicar os estados emocionais internalizados, através da representação e da simbolização (Veiga, & Rieffe, 2015). Ainda assim, o ideal seria comprovar os efeitos da intervenção psicomotora em adolescentes em situação de acolhimento residencial, pelo que sugerimos o desenvolvimento de estudos experimentais neste sentido.

6. CONCLUSÃO

Face ao propósito desta investigação, é possível assumir que os objetivos delineados foram em parte alcançados, uma vez que foi possível confirmar as diferenças ao nível do desenvolvimento entre adolescentes em situação de acolhimento residencial comparativamente ao de adolescentes ao cuidado das suas famílias, consistentemente apresentadas na literatura. Tendo sido encontradas diferenças significativas a nível motor e emocional, no comportamento e também ao nível da satisfação com a imagem corporal, com os adolescentes institucionalizados a apresentar resultados mais baixos ao nível da proficiência motora, maior índice de problemas de comportamento, de sintomas emocionais, hiperatividade, mais problemas de relacionamento com os pares e menos disponibilidade para atender às necessidades do outro, bem como consciência emocional diminuída e maior nível de insatisfação com a imagem corporal, comparativamente aos adolescentes que vivem com as suas famílias. Apenas não foram encontradas diferenças significativas relativamente à autoestima, o que pode ser devido, além do próprio impacto das alterações inerentes à fase da adolescência, à diferença do número da amostra entre um grupo e o outro. Limitação esta que deve ser ultrapassada em investigações futuras, uma vez que o número de participantes do grupo de comparação deve ser igual ou superior ao grupo de estudo.

No entanto, apesar das diferenças existentes entre os grupos de adolescentes, os resultados obtidos não permitem tirar inferências consistentes quanto à influência da institucionalização no desenvolvimento dos adolescentes institucionalizados, uma vez que as suas dificuldades são significativamente acentuadas mas as relações com as características institucionais são baixas, o que leva a supor que as dificuldades apresentadas são maioritariamente devido aos fatores pré-institucionais, e portanto, que levaram à institucionalização e que, ainda que, aparentemente, não sejam agravadas pelo processo de institucionalização também não são melhoradas pelo mesmo. Ainda assim, ao contrário do que aconteceu em estudos anteriores, nesta investigação verificou-se a existência de relações positivas entre as características institucionais e algumas áreas do desenvolvimento, o que pode ser devido à especificidade do processo de acolhimento residencial em Portugal, no sentido de proteger as crianças e adolescentes dos riscos a que estão expostos ao viver com as suas famílias.

O facto de se tratar de um estudo transversal pode limitar as inferências quanto à influência da institucionalização, uma vez que não permite analisar variações nas

variáveis desenvolvimentais investigadas, em função de um determinado período de tempo de institucionalização. Sendo por isso recomendados mais estudos de carácter longitudinal com esta população, pela importância de analisar o desenvolvimento em dois momentos distintos e verificar se houve alterações entre cada um deles, monitorizando a influência das experiências pré-institucionais nos resultados obtidos. Como alternativa aos estudos longitudinais, uma vez que estes também detêm limitações nomeadamente ao nível da extensão de tempo necessário entre avaliações, poderão ser realizados estudos igualmente de carácter transversal em crianças mais novas ou com critérios de seleção mais rigorosos, por exemplo, com adolescentes que tenham sido institucionalizados em idades precoces, uma vez que o tempo de exposição a fatores pré-institucionais será menor nestas condições e eventualmente poderá facilitar a obtenção de inferências quanto à influência da institucionalização no desenvolvimento.

Além desta limitação, o facto de ter sido analisada uma amostra de conveniência e apenas no Sul de Portugal Continental, não permite generalizar devidamente os resultados obtidos à população em geral, pelo que surge a importância de concretizar investigações semelhantes em amostras aleatórias, pelos vários pontos do país, no sentido de poder generalizar as evidências encontradas.

No futuro, tendo em conta as diferenças ao nível da escolaridade, e pelo confronto, com base na literatura analisada, com a importância das capacidades cognitivas e a sua relação com o restante desenvolvimento, são também recomendadas investigações que se dediquem à avaliação das funções cognitivas nestes adolescentes, como concretizado em alguns estudos. Tendo sempre em conta a implicação que esta avaliação tem nos adolescentes por se tratar de um procedimento algo demorado, pelo que sugerimos a aplicação desta avaliação com apenas algumas das escalas utilizadas na presente investigação, ou então numa avaliação por fases, de maneira a evitar que a mesma se torne exaustiva ao ponto de causar desconforto aos adolescentes e condicionar o seu desempenho nos restantes domínios.

Os resultados obtidos ao longo desta investigação destacam ainda a importância de melhorar o acolhimento residencial, tornando-o num ambiente mais estável, seguro e contentor e disponibilizando mais meios e estruturas às crianças e adolescentes ao abrigo do sistema de proteção, no sentido de contribuir para o seu normal desenvolvimento e inclusão na sociedade, sendo que além do envolvimento é fundamental apostar na promoção de terapias adequadas às necessidades individuais de cada um. Revelam também a importância de atuar com rapidez face às situações de perigo, de maneira a

evitar a exposição das crianças e dos adolescentes aos episódios de negligência e maus-tratos. Não querendo com isto dizer que o acolhimento residencial é a melhor solução, mas sim que as medidas de proteção e intervenção devem ser melhoradas no sentido de reabilitar as famílias e quando não é possível, investir na colocação das crianças e adolescentes em perigo em acolhimento familiar ou adotivo, uma vez que é sabida a importância do lar e da família no desenvolvimento, sendo que mesmo estas medidas devem ser devidamente analisadas. Ainda que neste estudo, o contexto familiar não tenha sido analisado, sugere-se a importância de realizar estudos de comparação entre adolescentes institucionalizados, adolescentes adotados e adolescentes a viver com as suas famílias biológicas nas várias dimensões do desenvolvimento por nós investigadas, uma vez que de acordo com as investigações anteriores, os adolescentes adotados parecem apresentar menos comprometimento do desenvolvimento comparativamente aos adolescentes institucionalizados.

Ao nível do acolhimento residencial, que se sabe que em grande parte dos casos é o tipo de resposta mais adequado, revela-se pertinente repensar o número de crianças e adolescentes por casa de acolhimento, bem como o rácio de educador por número de crianças e adolescentes, contribuindo para que a disponibilidade do educador para as necessidades dos mesmos seja aumentada. Além disso a seleção cuidada e criteriosa dos educadores é fundamental bem como o investimento na sua formação contínua, no sentido de melhor saber lidar com as angústias e frustrações que podem surgir ao trabalhar nesta área, bem como saber assumir posturas e atitudes contentoras, cuidadoras e responsivas, dando a estes adolescentes estabilidade relacional e a segurança que é fulcral para o bom desenvolvimento global. Ainda que a vinculação ao educador não tenha sido analisada nesta investigação, o levantamento da literatura permite destacar a importância da mesma para o desenvolvimento psicossocial destes adolescentes pelo que sugerimos a realização de investigações neste sentido. Uma vez que os resultados apresentados e discutidos nesta investigação dão destaque à importância de investigar mais características institucionais, além da idade em que o adolescente foi colocado no sistema de acolhimento residencial, do tempo de institucionalização e do número de mudanças de colocação, no sentido de perceber a sua influência no desenvolvimento.

Como já discutido, as descobertas desta investigação revelam ainda a pertinência de investir ao nível das terapias fornecidas às crianças e adolescentes que se encontram no sistema de acolhimento, nomeadamente ao nível da intervenção psicomotora uma vez que a mesma procura atuar ao nível do desenvolvimento integral do indivíduo, pelo

conhecimento da influência do desenvolvimento motor e emocional no seu desenvolvimento global e bem-estar geral. Sendo já conhecidas as suas capacidades de atuação a estes níveis, bem como ao nível da consciência emocional, autoestima e satisfação com a imagem corporal. Ainda assim, e de forma a garantir de forma consistente a sua atuação nesta população específica, seria importante desenvolver estudos com um período experimental onde é aplicada uma intervenção psicomotora, no sentido de analisar eventuais variações no desenvolvimento dos adolescentes sujeitos a esta prática terapêutica.

Em suma, conhecendo as dificuldades que estes adolescentes manifestam ao nível do comportamento e do desenvolvimento motor e emocional, e sabendo a ligação entre todos estes domínios explicada à luz das teorias desenvolvimentais sobre as quais a Psicomotricidade se foca e atua, é possível justificar a pertinência da sua intervenção com estes adolescentes, cujas competências motoras estão significativamente comprometidas e cujos comportamentos e instabilidade emocional manifestados, levam muitas vezes a dificuldades ao nível do estabelecimento de relações sociais e conseqüentemente ao isolamento e a outros problemas associados com repercussões a longo prazo e que o acolhimento residencial não está apto a recuperar.

7. BIBLIOGRAFIA

- Aarons, G. A., James, S., Monn, A., Raghavan, R., Wells, R. S., & Leslie, M. D. (2010). Behavior Problems and Placement Change in a National Child Welfare Sample: A Prospective Study. *Journal of the American Academy of Child, & Adolescent Psychiatry*, 49(1), 70-80. doi:10.1016/j.jaac.2009.09.005
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709–716. doi:10.1037/0003-066X.44.4.709
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Assembleia da República (1999). Lei n.º 147/99, de 1 de setembro: Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. *Diário da República*, 1.ª série A, n.º 204, 6115-6132.
- Assembleia da República (2017). Lei n.º 23/2017 de 23 de maio: Terceira alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 99, 2494 - 2494.
- Auslander, W. F., McMillen, J. C., Elze, D., Thompson, R., Jonson-Reid, M., & Stiffman, A. (2002). Mental health problems and sexual abuse among adolescents in foster care: Relationship to HIV risk behaviors and intentions. *AIDS and Behavior*, 6(4), 351-359.
- Banfield, S., & McCabe, M. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37, 373-393.
- Baptista, J., Belsky, J., Marques, S., Silva, J. R., Oliveira, P., Mesquita, A., ... Soares, I. (2014). The interactive effect of maltreatment in the family and unstable institutional caregiving in predicting behavior problems in toddlers. *Child abuse, & neglect*, 38(12), 2072-2079. doi:10.1016/j.chiabu.2014.10.015
- Barber, J. G., & Delfabbro, P. H. (2003). Placement stability and the psychosocial well-being of children in foster care. *Research on Social Work Practice*, 13(4), 415–431. doi:10.1177/1049731503013004001

- Barreiros, J., & Cordovil, R. (2014a). Desenvolvimento motor inicial. In R Cordovil, & J Barreiros (Eds.), *Desenvolvimento Motor na Infância* (pp. 65 – 80). Lisboa: FMH Edições.
- Barreiros, J., & Cordovil, R. (2014b). Movimentos rudimentares. In R Cordovil, & J Barreiros (Eds.), *Desenvolvimento Motor na Infância* (pp. 81 – 108). Lisboa: FMH Edições.
- Bayle, F., & Martinet, S. (Eds.). (2008). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-30. doi:10.1017/S095457940000585X
- Blythe, S. G. (Ed.). (2005). *The Well Balanced Child – Movement and Early Learning*. Stroud: Hawthorn Press.
- Bowlby, J., & World Health Organization [WHO]. (1952). *Maternal care and mental health: A report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Brandão, R. (2015). *Sucesso Escolar de Crianças e Jovens Institucionalizadas: Intervenção do Assistente Social*. Dissertação de Mestrado não publicada apresentada para obtenção do grau de mestre em Serviço Social, ISCTE - Instituto universitário de Lisboa.
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2005). BOT2 Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency: manual. Minneapolis: Pearson Assessments.
- Bruininks, R. H. (1978). Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency: Examiner's manual. Circle Pines, Minn: American Guidance Service.
- Camodeca, M., & Rieffe, C. (2013). Validation of the Italian emotion awareness questionnaire for children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 10(3), 402-409. doi:10.1080/17405629.2012.694609

- Carvalho, M. J. (2013). *Sistema Nacional de Acolhimento de Crianças e Jovens*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cashmore, J., & Paxman, M. (2006). Predicting after-care outcomes: The importance of ‘felt’ security. *Child and Family Social Work, 11*(3), 232–241. doi:10.1111/j.1365-2206.2006.00430.x
- Clausen, J. M., Landsverk J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies, 7*, 283–296. doi:10.1023/A:1022989411119
- Coimbra de Matos, A. (Ed). (2002). *Adolescência: o triunfo do pensamento e a descoberta do amor*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Cole, M., & Cole, S. (Eds). (2004). *O Desenvolvimento da Criança e do Adolescente*. São Paulo: ARTMED.
- Cole, P. M., Llera, S. J., & Pemberton, C. K. (2009). Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality. *Development and psychopathology, 21*(4), 1293-1310. Doi: 10.1017/S0954579409990162
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal, 320*, 1-6. doi:10.1136/bmj.320.7244.1240
- Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D., & Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal, 335*, 1-8. doi:10.1136/bmj.39238.399444.55
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders, 10*(2), 199-208. doi: 10.1002/1098-108X (199103)
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPJC]. (2017). Relatório de Avaliação da Atividade – 2016. Acedido a 20 de julho de 2017, em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=6508&m=PDF

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390–398. doi:10.3928/00485713-20050501-05
- Cools, W., De Martelaer, K., Samaey, C., & Andries, C. (2009). Movement skill assessment of typically developing preschool children: A review of seven movement skill assessment tools. *Journal of Sports Science and Medicine*, 8(2), 154-168.
- Cooper, C. S., Peterson, N. L., & Meier, J. H. (1987). Variables associated with disrupted placement in a select sample of abused and neglected children. *Child abuse, & neglect*, 11(1), 75-86. doi:10.1016/0145-2134(87)90035-4
- Cordovil, R. & Barreiros, J. (2014). Desenvolvimento perceptivo-motor. In R Cordovil & J Barreiros (Eds.), *Desenvolvimento Motor na Infância* (pp. 143 – 172). Lisboa: FMH Edições.
- Costa, J. (Ed). (2011). *Adoles Ser - Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J., & Fernandes, J. (2012). Psicomotricidade e crianças hiperativas. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade – Abordagens emergentes*. São Paulo: Manole.
- Coutinho, C. P. (2016). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Deitz, J. C., Kartin, D., & Kopp, K. (2007). Review of the Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition (BOT-2). *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 27(4), 87-102. doi:10.1080/J006v27n04_06
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). Maus Tratos em Crianças e Jovens. Acedido a 20 de julho de 2017, em <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/conceito.aspx>
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335. doi:10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x

- Duarte, C. (2011). *Análise do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky como instrumento de avaliação de crianças e jovens com Trissomia 21*. Dissertação não publicada apresentada para a obtenção de grau de mestre em Reabilitação Psicomotora, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149-161. doi:10.1097/HRP.0000000000000014
- Ellis, B. H., Fisher, P. A., & Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared Romanian children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1283-1292. doi:10.1097/01.chi.0000136562.24085.160
- Escobar, M. J., Pereira, X., & Santelices, M. P. (2014). Behavior problems and attachment in adopted and non-adopted adolescents. *Children and Youth Services Review*, 42, 59–66. doi:10.1016/j.childyouth.2014.04.001
- Ethier, L. S., & Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 57, 136–145.
- Factor, P. I., Rosen, P. J., & Reyes, R. A. (2013). The relation of poor emotional awareness and externalizing behavior among children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 20, 168–177. doi:10.1177/1087054713494005
- Fisher, P. A., Stoolmiller, M., Mannering, A. M., Takahashi, A., & Chamberlain, P. (2011). Foster placement disruptions associated with problem behavior: Mitigating a threshold effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 481. doi:10.1037/a0024313
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, M. (2005). *Questionário de capacidades e de dificuldades (SDQ-Por)* [strengths and difficulties questionnaire, Portuguese version]. Retirado de www.sdqinfo.org a 23 de março de 2017

- Fleming, M. (Ed.). (2010). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer – Psicologia da Adolescência* (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Fonseca, V. (Ed.). (2001). *Psicomotricidade – perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editores.
- Fonseca, V. (Ed.). (2005). *Desenvolvimento Motor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (Ed.). (2010). *Manual de Observação Psicomotora – Significação psiconeurológica dos seus factores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fortes, L. S, Cipriani, F. M., Coelho, F. D., Paes, S. T., & Ferreira, M. E. C. (2014). A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino?. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(3), 236-240.
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2010). Body image assessment: A review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 48 (2), 107-111. doi:10.1016/j.paid.2009.08.017
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M. A., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 409-418. doi:10.1097/00004583-200104000-00009
- Giagazoglou, P., Kouliousi, C., Sidiropoulou, M., & Fahantidou, A. (2012). The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children. *Research in Developmental Disabilities*, 33(3), 964–970. doi:10.1016/j.ridd.2011.12.016
- Giagazoglou, P., Sidiropoulou, M., Kouliousi, C., & Kokaridas, D. (2013). Motor developmental delays of institutionalised preschool-aged children. *Early Child Development and Care*, 183(5), 726–734. doi:10.1080/03004430.2012.689760
- Goldfarb, W. (1943). The effects of early institutional care on adolescent personality. *The Journal of experimental education*, 12(2), 106-129. doi:10.1080/00220973.1943.11010296

- Goldfarb, W. (1945). Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation. *American Journal of Psychiatry*, 102(1), 18-33. doi:10.1176/ajp.102.1.18
- Goodman R, Renfrew D, & Mullick M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 129-134. doi:10.1007/s007870050008
- Goodman, A., Lamping, D., & Ploubidis, G. (2010). "When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children." *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1179-1191. doi: 10.1007/s10802-010-9434-x
- Goodman, R. (1997). "The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, R. (1999). "The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799. doi:10.1111/1469-7610.00494
- Goodman, R. (2001). "Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11): 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). "Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful?" *Journal of Abnormal Child Psychology* 27(1), 17-24. doi: 10.1023/A:1022658222914
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). "The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version." *European Child & Adolescent Psychiatry* 7(3), 125-130. doi: 10.1007/s007870050057
- Guiose, M. (2015). Esquema corporal e imagem do corpo. In J Fernandes, & P Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 29 – 52). Rio de Janeiro: Wak Editora.

- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 55-73. doi:10.1016/S0190-7409(99)00073-0
- Hill, A. J. (2011). Body image of assessment of children. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice and prevention* (pp. 138-145). New York: The Guilford Press.
- Hill, M., & Hill, A. (Eds.). (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo
- Hochstadt, N. J., Jaudes, P. K., Zimo, D. A., & Schachter, J. (1987). The medical and psychosocial needs of children entering foster care. *Child Abuse, & Neglect*, 11(1), 53–62. doi:10.1016/0145-2134(87)90033-0
- Holický, J., Kokštejn, J., & Musálek, M. (2015). Psychomotor development differences between Czech adolescents from orphanages and adolescents from majority society. *Acta Gymnica*, 45(3), 147–154. doi:10.5507/ag.2015.018
- Hyde, J., & Kammerer, N. (2009). Adolescents' perspectives on placement moves and congregate settings: Complex and cumulative instabilities in out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 31(2), 265–273. doi:10.1016/j.childyouth.2008.07.019
- Instituto da Segurança Social I.P. [ISS]. (2017). Relatório CASA 2016 – Caracterização Anual das crianças e jovens em Situação de Acolhimento em 2016. Lisboa: Instituto da Segurança Social I.P.
- Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 184-194.
- James, S., Landsverk, J. A., & Slymen, D. J. (2004). Placement movement in out-of-home care: patterns and predictors. *Children and Youth Services Review*, 26, 185–206. doi:10.1016/j.childyouth.2004.01.008

- Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, violence, & abuse*, 7(1), 34-60. doi:10.1177/1524838005283696
- Johnson-Reid, M., & Barth R. (2000). From maltreatment to juvenile incarceration: uncovering the role of child welfare services. *Child Abuse Neglect*, 24, 505–520.
- Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2007). Adoptees do not lack self-esteem: a meta-analysis of studies on self-esteem of transracial, international, and domestic adoptees. *Psychological bulletin*, 133(6), 1067–1083. doi:10.1037/0033-2909.133.6.1067
- Karr, T. M., Simonich, H., & Wonderlich, S. A. (2012). Psychological Trauma and Body Image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp.700-706). Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-384925-0.00115-2
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692–700. doi:10.1037/0022-006X.71.4.692
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2000). Comparing the German Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(4), 271-276. doi:10.1007/s007870070030
- Kools, S. (1999). Self-protection in adolescents in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 12(4), 139–152. doi:10.1111/j.1744-6171.1999.tb00063.x
- Kools, S. M. (1997). Adolescent identity development in foster care. *Family Relations*, 46(3), 263–271. doi:10.2307/585124

- Leathers, S. J. (2002). Foster children's behavioral disturbance and detachment from caregivers and community institutions. *Children and Youth Services Review*, 24(4), 239-268. doi:10.1016/S0190-7409(02)00175-5
- Leathers, S. J. (2006). Placement disruption and negative placement outcomes among adolescents in long-term foster care: The role of behavior problems. *Child abuse, & neglect*, 30(3), 307-324. doi:10.1016/j.chiabu.2005.09.003
- Leiria, J. (2013). *Adolescentes de Aldeias SOS: Capacidades, Dificuldades, Suporte Social e Satisfação com a Vida*. Dissertação de Mestrado não publicada apresentada para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Lengua, L. J., & Long, A. C. (2002). The role of emotionality and self-regulation in the appraisal-coping process: Tests of direct and moderating effects. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23(4), 471-493.
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*, 2, 524-531. doi:10.1016/S2215-0366(15)00165-0
- Levin, A. R., Zeanah, C. H., Fox, N. A., & Nelson, C. A. (2014). Motor outcomes in children exposed to early psychosocial deprivation. *Journal of Pediatrics*, 164(1), 123-129. doi:10.1016/j.jpeds.2013.09.026
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13, 233-254. doi:10.1017/S0954579401002036
- Maclean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15(4), 853-884. doi:10.1017.S0954579403000415
- Malina, R. (2004). Motor Development during Infancy and Early Childhood: Overview and Suggested Directions for Research. *International Journal of Sport and Health Science*, 2, 50-66. doi:10.5432/ijshs.2.50

- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, *13*, 759–782.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (Eds.). (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Di Pietro, M., Duran Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M. F., Hamilton, H., Pithon, G., Simoes, A., & Therond, C. (2004). "The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries." *European Child & Adolescent Psychiatry*, *13* (2), 40-46. doi:10.1007/s00787-004-2007-1
- McIntyre, A., & Keesler, T. Y. (1986). Psychological disorders among foster children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *15*(4), 297–303. doi:10.1207/s15374424jccp1504_2
- McMillen, J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T., & Spitznagel, E. (2005). Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of the American Academy of Child, & Adolescent Psychiatry*, *44*(1), 88-95. doi:10.1097/01.chi.0000145806.24274.d2
- Melo, M. M., & Lopes, V. P. (2013). Associação entre o índice de massa corporal e a coordenação motora em crianças. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, *27*(1), 7-13.
- Mestre, V., & Frías, D. (1996). La mejora de la autoestima en el aula. Aplicación de un programa para niños en edad escolar (11-14 años). *Revista de psicología general y aplicada*, *49*(2), 279-290.
- Millar, D. (2014). Acolhimento residencial de crianças – A profissão impossível. In T. S. Mendes, & P. V. Santos (Eds.), *Acolhimento de Crianças e Jovens em Perigo* (pp.37-47). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Ministério da Justiça - Gabinete do Ministro (1966). Decreto-Lei n.º 47344 de 25 de novembro. *Diário do Governo*, 1.ª série, n.º 274, 1883 – 2086.

- Monteiro, P., & Confraria, L. (2014). Adolescência. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 59-79). Lisboa: LIDEL.
- Naranjo, C. R., & González, A. C. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3).
- Nelson, C. A., Bos, K., Gunnar, M. R., & Sonuga-Barke, E (2011). V. The neurobiological toll of early human deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 127 – 146.
- Nelson, C. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Marshall, P. J., Smyke, A. T., & Guthrie, D. (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318, 1937–1940. doi:10.1126/science.1143921
- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse and Neglect*, 24(10), 1363–1374. doi:10.1016/S0145-2134(00)00189-7
- Organização das Nações Unidas [ONU] (1989). *Convenção sobre os Direitos das Crianças*. Genebra: ONU.
- Palacios, J., Moreno, C., & Román, M. (2013). Social competence in internationally adopted and institutionalized children. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(2), 357-365. doi:10.1016/j.ecresq.2012.08.003
- Palmer, S. E. (1996). Placement Stability and Inclusive Practice in Foster Care: An Empirical Study. *Children and Youth Services Review*, 18(7), 589-601. doi:10.1016/0190-7409(96)00025-4
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Arquivos de Medicina*, 25, 174-179.
- Pechorro, P., Poiares, C., & Vieira, R. (2011). Propriedades psicométricas do Questionário de Capacidades e de Dificuldades na versão portuguesa de auto-resposta. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 16, 99-109.

- Pechorro, P., Silva, R., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2012). Auto-estima e narcisismo na adolescência: Relação com delinquência auto-relatada em contexto forense e escolar. *Análise Psicológica*, *30*(3), 329–339.
- Piek J. P., & Coleman-Carman, R. (1995). Kinaesthetic sensitivity and motor performance in children with developmental co-ordination disorder. *Developmental Medicine, & Child Neurology*, *37*, 976–984.
- Pollak, S. D., Nelson, C. A., Schlaak, M. F., Roeber, B. J., Wewerka, S. S., Wiik, K. L., ... Gunnar, M. R. (2010). Neurodevelopmental effects of early deprivation in post-institutionalized children. *Child Development*, *81*, 224–236. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01391.x
- Proch, K., & Taber, M. (1985). Placement disruption: A review of research. *Children and Youth Services Review*, *7*, 309–320. doi:10.1016/S0190-7409(85)80004-9
- Quiles, M. J., & Espada, J. P. (Eds.). (2014). *A autoestima na infância e na adolescência - Superar o défice de autoestima, melhorar o rendimento escolar e aumentar a autoconfiança*. Lisboa: Bookout.
- Rieffe, C., & Camodeca, M. (2016). Empathy in adolescence: Relations with emotion awareness and social roles. *British journal of developmental psychology*, *34*(3), 340-353.
- Rieffe, C., & De Rooij, M. (2012). The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood. *European child & adolescent psychiatry*, *21*(6), 349-356. doi:10.1111/bjdp.12133
- Rieffe, C., Ketelaar, L., & Wiefferink, C. H. (2010). Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Personality and individual differences*, *49*(5), 362-367. doi:10.1016/j.paid.2010.03.046
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Petrides, K. V., Cowan, C., Miers, A. C., & Tolland, A. (2007). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*, *43*, 95–105. doi:10.1016/j.paid.2006.11.015

- Rieffe, C., Oosterveld, P., Miers, A. C., Meerum Terwogt, M., & Ly, V. (2008). Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The Emotion Awareness Questionnaire revised. *Personality and Individual Differences, 45*, 756–761. doi:10.1016/j.paid.2008.08.001
- Rodgers, R. (2012). Body Image: Familial Influences. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp.219-225). Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-384925-0.00040-7
- Rodrigues, E., & Lobo-Fernandes, M. J. (2014) Maus-tratos a crianças e jovens. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 423-432). Lisboa: LIDEL.
- Rodrigues, L. P., Saraiva, L., & Cordovil, R. (2014). Avaliação Motora. In R. Cordovil & J. Barreiros (Eds.), *Desenvolvimento Motor na Infância* (pp. 293-308). Lisboa: Edições FMH.
- Roeber, B. J., Gunnar, M. R., & Pollak, S. D. (2014). Early deprivation impairs the development of balance and bilateral coordination. *Developmental Psychobiology, 56*(5), 1110–1118. doi:10.1002/dev.21159
- Roeber, B. J., Tober, C. L., Bolt, D. M., & Pollak, S. D. (2012). Gross motor development in children adopted from orphanage settings. *Developmental Medicine and Child Neurology, 54*(6), 527–531. doi:10.1111/j.1469-8749.2012.04257.x
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rubin, D. M., O'Reilly, A. L. R., Luan, X., & Localio, A. R. (2007). The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care. *Pediatrics, 119*, 336–344. doi:10.1542/peds.2006-1995
- Sá, T. (2014). Casas e Pessoas. In T. S. Mendes, & P. V. Santos (Eds.), *Acolhimento de Crianças e Jovens em Perigo* (pp.ix-xi). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Santos, M. G. D. (2015). Corpo e relação. In J Fernandes, & P Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 53 – 66). Rio de Janeiro: Wak Editora.

- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Santos, P. V. (2014). Tarefa primária e sistema social em organizações de acolhimento de crianças e jovens. In T Mendes & P Santos, (Eds.) *Acolhimento de Crianças e Jovens em Perigo*. Lisboa: Climepsi Editores
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Paris: Gallimard.
- Sebastião, D. (2014). *Validação do Questionário de Consciência Emocional para crianças na população portuguesa*. Dissertação não publicada apresentada para a obtenção do grau de mestre em Psicomotricidade Relacional, Escola de Ciências e Tecnologias, Universidade de Évora.
- Shipman, K., Edwards, A., Brown, A., Swisher, L., & Jennings, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context: A pilot study examining child neglect. *Child Abuse, & Neglect*, 29(9), 1015-1029. doi:10.1016/j.chiabu.2005.01.006
- Shipman, K., Zeman, J., Penza, S., & Champion, K. (2000). Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. *Development and psychopathology*, 12(1), 47-62. doi:10.1017/S0954579400001036
- Simms, M. D. (1989). The foster care clinic: a community program to identify treatment needs of children in foster care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10, 121–128. doi:10.1097/00004703-198906000-00001
- Simms, M. D., Dubowitz, H., Szilagyi, M. A. (2000). Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics*, 106(4), 909–918.
- Simões, A. (2014). *Avaliação da (in)satisfação com a Imagem Corporal: Estudo de validação da Escala de Silhuetas de Collins para crianças e adolescentes Portugueses*. Dissertação de Mestrado não publicada apresentada para a obtenção de grau de mestre em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

- Skårderud, F., Nygren, P., & Edlund, B. (2005). “Bad Boys” Bodies: The Embodiment of Troubled Lives. Body Image and Disordered Eating Among Adolescents in Residential Childcare Institutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(3), 395–411. doi:10.1177/1359104505053757
- Smyke, A. T., Koga, S. F., Johnson, D. E., Fox, N. A., Marshall, P. J., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2007). The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 210-218.
- Smyke, A., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. (2002). Attachment disturbances in young children I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 972–982. doi:10.1097/00004583-200208000-00016
- Soares, I., Belsky, J., Oliveira, P., Silva, J., Marques, S., Baptista, J., & Martins, C. (2014). Does early family risk and current quality of care predict indiscriminate social behavior in institutionalized Portuguese children?. *Attachment, & Human development*, 16(2), 137-148. doi:10.1080/14616734.2013.869237
- Stott, T. (2012). Placement instability and risky behaviors of youth gaining out of foster care. *Journal of Child and Adolescent Social Work*, 29, 61-83. doi:10.1007/s10560-011-0247-8
- Stott, T., & Gustavsson, N. (2010). Balancing permanency and stability for youth in foster care. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 619–625. doi:10.1016/j.childyouth.2009.12.009
- Strecht, P. (Ed.). (2012). *Crescer Vazio – Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes* (5ª ed.). Lisboa: Assírio, & Alvim.
- Stunkard, A. J., Sorenson, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W. Matthysse (Eds.), *Genetics of neurological and psychiatric disorders* (pp. 115–120). New York: Raven Press.

- Surugiu, S. I., & Moşoiu, C. (2013). The Aggressive Behavior of Adolescents in Institutionalized System. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 546–550. doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.348
- Tavares, M. (Ed). (2003). *Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento*. São Paulo: Manole.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20. doi:10.1176/foc.1.3.322
- UNICEF Portugal. (2015). Manifesto da UNICEF Portugal pelas Crianças – Dar Prioridade à Infância e Adolescência. Acedido a 20 de julho de 2017 em https://www.unicef.pt/docs/pdf/Manifesto_da_UNICEF_Portugal_pelas_Crianças_2015.pdf
- van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socioemotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1228–1245. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01675.x
- van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J. S., Gunnar, M. R., Vorria, P., McCall, R. B., ... Juffer, F. (2011). Children in institutional care: Delayed development and resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 8–30. doi:10.1111/j.1540-5834.2011.00626.x
- van Rijn, S., Schothorst, P., van't Wout, M., Sprong, M., Ziermans, T., van Engeland, H., ... Swaab, H. (2011). Affective dysfunctions in adolescents at risk for psychosis: emotion awareness and social functioning. *Psychiatry research*, 187(1), 100-105. doi:10.1016/j.psychres.2010.10.007
- Veiga, G. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. In J. Fernandes, & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade – Abordagens Emergentes* (pp. 45-57). São Paulo: Manole.
- Veiga, G., & Rieffe, C. (2015). Ligar o corpo à emoção – intervenção psicomotora na promoção de crianças emocionalmente competentes. In J. Fernandes, & P. Filho

- (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 67-80). Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Veiga, G., Oosterveld, P., Fernandes, J., & Rieffe, C. (2017). Validation of the Portuguese emotion awareness questionnaire for children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 1-10. doi:10.1080/17405629.2017.1344124
- Viveiro, C., Brito, S., & Moleiro, P. (2016). Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 30-37. doi:10.1016/j.rpsp.2015.07.004
- Webster, D., Barth, R. P., & Needell, B. (2000). Placement stability for children in out-of-home care: A longitudinal analysis. *Child Welfare*, 79(5), 614-632.
- Wekerle, C., Wolfe, D. A., Hawkins, L., Pittman, A., Glickman, A., & Lovald, B. E. (2001). Childhood maltreatment, posttraumatic stress symptomatology, and adolescent dating violence: Considering the value of adolescent perceptions of abuse and a trauma mediational model. *Development and Psychopathology*, 13, 847-871.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229.
- Wiik, K. L., Loman, M. M., Van Ryzin, M. J., Armstrong, J. M., Essex, M. J., Pollak, S. D., & Gunnar, M. R. (2011). Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 52(1), 56-63. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02294.x
- Wilbarger, J., Gunnar, M., Schneider, M., & Pollak, S. (2010). Sensory processing in internationally adopted, post-institutionalized children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1105-1114. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02255.x
- Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., & Pittman, A. (2001). Child Maltreatment: Risk of Adjustment Problems and Dating Violence in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 282-289. doi:10.1097/00004583-200103000-00007

ANEXOS

Anexo I. Pedido de Autorização para Investigação

Prof.^a Dr.^a Gabriela Almeida
Mestranda Inês Rosário
Universidade de Évora
Departamento de Desporto e Saúde

Évora, __ de ____ de 2017

Assunto: Pedido de autorização para investigação científica

À Direção Técnica,

No âmbito da dissertação de Mestrado em Psicomotricidade Relacional na Universidade de Évora, encontro-me, de momento a realizar uma investigação onde pretendo analisar a Proficiência Motora, os Problemas Emocionais e de Comportamento, a Perceção da Imagem Corporal e a Autoestima em adolescentes institucionalizados, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos.

Vimos por este meio solicitar a autorização da recolha de dados, onde serão aplicados aos jovens acolhidos: um questionário sociodemográfico, uma bateria de proficiência motora, três questionários de auto perceção e um inventário de silhuetas, perfazendo uma duração total de, aproximadamente, 45 minutos. Será também recolhida a informação do peso e altura, para o cálculo do Índice de Massa Corporal. O Questionário de Sintomas e Dificuldades (25 itens), de rápida aplicação, deve também ser preenchido pelo tutor de cada jovem.

Asseguramos que a participação dos jovens será inteiramente voluntária e confidencial, sendo garantida a recolha dos dados de forma anónima e meramente para efeitos de tratamento estatístico. Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que surja por parte dos jovens, equipa técnica e direção. A aplicação das avaliações será feita por uma equipa de investigação em data a combinar, estando previsto para o efeito os meses de maio, junho e julho.

Desde já, agradecemos a atenção. Com os nossos melhores cumprimentos,

A Mestranda:

A Docente Orientadora:

(Inês Rosário, Lic.)

(Gabriela Almeida, PhD)

Anexo II. Declaração de Consentimento Informado para os Tutores

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Serve o presente documento para solicitar a sua colaboração no desenvolvimento duma investigação a realizar pela Mestranda Inês Isabel Melo do Rosário, sob orientação da Professora Doutora Gabriela Almeida, no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicomotricidade Relacional, na Universidade de Évora. O objetivo geral da investigação é analisar o impacto da institucionalização no desenvolvimento motor, emocional e comportamental de adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, em regime de acolhimento.

Para esse propósito, serão administrados instrumentos quer ao adolescente (um questionário sociodemográfico, uma bateria de avaliação da proficiência motora, três questionários de auto-perceção e um inventário de silhuetas; peso e altura, para o cálculo do Índice de Massa Corporal), quer ao seu responsável (um questionário de auto-resposta), prevendo-se uma duração total de, aproximadamente, 45 e 10 minutos, respetivamente. A recolha dos dados será feita na instituição, individualmente.

A participação na investigação não traz qualquer risco. Mais informamos que será garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes, e asseguramos que os dados recolhidos serão utilizados para propósitos exclusivamente académicos.

O consentimento pode ser retirado a qualquer momento, se assim o entender.

Eu abaixo assinado _____, responsável por (nome do adolescente) _____ DECLARO, ao assinar a presente declaração de consentimento, que li e compreendi as características da investigação, confirmando assim o meu e meu consentimento em participar. Mais declaro que me foi dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e que de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi explicada integrou os objetivos, os métodos e eventuais situações de desconforto. Além disso, fui informado/a do direito de recusar a sua e minha participação no estudo, em qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. _____, ____ de _____ de 2017

Assinatura do responsável: _____

A Mestranda:

A Docente Orientadora:

(Inês Rosário, Lic.)

(Gabriela Almeida, PhD)

Anexo III. Declaração de Consentimento Informado para os Pais

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Serve o presente documento para solicitar a sua colaboração no desenvolvimento duma investigação a realizar pela Mestranda Inês Isabel Melo do Rosário, sob orientação da Professora Doutora Gabriela Almeida, no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicomotricidade Relacional, na Universidade de Évora. O objetivo geral da investigação é analisar o impacto da institucionalização no desenvolvimento motor, emocional e comportamental de adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, em regime de acolhimento. Para alcançar o objetivo é necessário proceder à comparação dos resultados do grupo em estudo com um grupo de controlo constituído por adolescentes não institucionalizados, ou seja, que não tenham sido retirados do seu contexto familiar.

Para esse propósito, serão administrados instrumentos para a avaliação, sendo eles: uma bateria de avaliação da proficiência motora e três questionários de auto-perceção, prevendo-se uma duração total de, aproximadamente, 30 minutos. Será também recolhida a informação do peso e altura, para o cálculo do Índice de Massa Corporal.

A participação na investigação não traz qualquer risco. Mais informamos que será garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes, e asseguramos que os dados recolhidos serão utilizados para propósitos exclusivamente académicos.

O consentimento pode ser retirado a qualquer momento, se assim o entender.

Eu abaixo assinado _____, responsável por (nome do adolescente) _____ DECLARO, ao assinar a presente declaração de consentimento, que li e compreendi as características da investigação, confirmando assim o meu e o consentimento em participar. Mais declaro que me foi dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e que de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi explicada integrou os objetivos, os métodos e eventuais situações de desconforto. Além disso, fui informado/a do direito de recusar a sua e minha participação no estudo, em qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo.

_____, ____ de _____ de 2017

Assinatura do responsável: _____

A Mestranda:

A Docente Orientadora:

(Inês Rosário, Lic.)

(Gabriela Almeida, PhD)

Anexo IV. Declaração de Consentimento Informado para os Adolescentes Institucionalizados

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Serve o presente documento para solicitar a sua colaboração no desenvolvimento duma investigação a realizar pela Mestranda Inês Isabel Melo do Rosário, sob orientação da Professora Doutora Gabriela Almeida, no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicomotricidade Relacional, na Universidade de Évora. O objetivo geral da investigação é analisar o impacto da institucionalização no desenvolvimento motor, emocional e comportamental de adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, em regime de acolhimento.

Para esse propósito, serão administrados instrumentos para a avaliação, sendo eles: um questionário sociodemográfico, uma bateria de avaliação da proficiência motora, três questionários de auto-perceção e um inventário de silhuetas, prevendo-se uma duração total de, aproximadamente, 45 minutos. Será também recolhida a informação do peso e altura, para o cálculo do Índice de Massa Corporal. A recolha dos dados será feita na instituição, individualmente.

A participação na investigação não traz qualquer risco. Mais informamos que será garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes, e asseguramos que os dados recolhidos serão utilizados para propósitos exclusivamente académicos.

O consentimento pode ser retirado a qualquer momento, se assim o entender.

Eu, _____, DECLARO, ao assinar a presente declaração de consentimento, que li e compreendi as características da investigação, confirmando assim o meu consentimento em participar. Mais declaro, que me foi dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e que de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi explicada integrou os objetivos, os métodos e eventuais situações de desconforto. Além disso, fui informado/a de que tenho o direito de recusar a participação no estudo, em qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo.

_____, ____ de _____ de 2017

Assinatura do adolescente/participante: _____

A Mestranda:

A Docente Orientadora:

(Inês Rosário, Lic.)

(Gabriela Almeida, PhD)

Anexo V. Declaração de Consentimento Informado para os Adolescentes não Institucionalizados

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Serve o presente documento para solicitar a sua colaboração no desenvolvimento duma investigação a realizar pela Mestranda Inês Isabel Melo do Rosário, sob orientação da Professora Doutora Gabriela Almeida, no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicomotricidade Relacional, na Universidade de Évora. O objetivo geral da investigação é analisar o impacto da institucionalização no desenvolvimento motor, emocional e comportamental de adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, em regime de acolhimento. Para alcançar o objetivo é necessário proceder à comparação dos resultados do grupo em estudo com um grupo de controlo constituído por adolescentes não institucionalizados, ou seja, que não tenham sido retirados do seu contexto familiar. Assim, vimos solicitar a sua colaboração para o Grupo de Controlo.

Para esse propósito, serão administrados instrumentos para a avaliação, sendo eles: uma bateria de avaliação da proficiência motora e três questionários de auto-perceção, prevendo-se uma duração total de, aproximadamente, 30 minutos. Será também recolhida a informação do peso e altura, para o cálculo do Índice de Massa Corporal.

A participação na investigação não traz qualquer risco. Mais informamos que será garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes, e asseguramos que os dados recolhidos serão utilizados para propósitos exclusivamente académicos.

O consentimento pode ser retirado a qualquer momento, se assim o entender.

Eu, _____, DECLARO, ao assinar a presente declaração de consentimento, que li e compreendi as características da investigação, confirmando assim o meu consentimento em participar. Mais declaro, que me foi dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e que de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi explicada integrou os objetivos, os métodos e eventuais situações de desconforto. Além disso, fui informado/a de que tenho o direito de recusar a participação no estudo, em qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo.

_____, ____ de _____ de 2017

Assinatura do adolescente/participante: _____

A Mestranda:

A Docente Orientadora:

(Inês Rosário, Lic.)

(Gabriela Almeida, PhD)