

A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE DESVANTAGEM SOCIOECONÓMICA E RISCO FAMILIAR – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Paula Cristina Martins
Vítor Hugo Oliveira

A relevância do fenômeno da pobreza infantil

A pobreza infantil é uma condição que ao longo do tempo se tem mostrado generalizada e persistente, não obstante as diferenças na sua prevalência e intensidade nos países ditos desenvolvidos e em vias de desenvolvimento (UNICEF, 2012). Em 2013, no mundo, cerca de 385 milhões de crianças viviam em situação de pobreza extrema (UNICEF, 2016). Nos países da América do Sul, para além da diferenciação etária, as desigualdades com base em diferenças geográficas, sociais e étnicas marcam fortemente a população. Nos países ditos desenvolvidos o panorama é mais favorável. Contudo, em 2015, em 20 dos 28 países da União Europeia, 26.9% crianças encontravam-se em risco de pobreza e exclusão social, sendo esta percentagem mais elevada em Portugal (29.6%).

A pobreza na infância reveste-se de particular relevância pela sua especificidade. Diferencia-se da pobreza que afeta os adultos na medida em que:

- As crianças são mais afetadas pela pobreza, nas suas múltiplas formas, do que os adultos. De acordo com a UNICEF (2016), e particularmente nos países em desenvolvimento, as crianças têm mais do dobro de probabilidades de viver em situação de pobreza extrema do que os adultos e são igualmente mais afetadas pela pobreza moderada. Esta desproporção numérica não é explicável pelo tamanho relativo da população infantil.
- A pobreza das crianças pode ter causas distintas da pobreza dos adultos, porque as suas necessidades são diferentes, inscritas numa dinâmica desenvolvimental própria, estando a sua satisfação dependente de terceiros, assim como de uma variedade de fatores ambientais que são críticos para o seu desenvolvimento.
- As crianças são especialmente vulneráveis aos riscos inerentes à condição de pobreza. A pobreza infantil, quando persistente e, se severa, mesmo em curtos períodos de tempo, pode ter efeitos particularmente deletérios na saúde e desenvolvimento da criança, comprometendo o seu funcionamento a curto, médio e longo prazo, com custos individuais e sociais relevantes, muitos dos quais são irreversíveis e se prolongam na idade adulta (DUNCAN *et al.*, 2010).
- As crianças são um veículo privilegiado da transmissão intergeracional da pobreza.

Tradicionalmente, a pobreza na infância tem sido concetualizada a partir de uma perspectiva negativa, material e por referência à pobreza dos adultos. Na verdade, tem dominado uma abordagem de déficit, congruente com o que parece ser o núcleo desta condição: a carência sociofamiliar de recursos económicos. A pobreza traduz-se assim numa condição de privação pela falta de bens e recursos considerados necessários. Contudo, é crescente o reconhecimento das insuficiências das definições do fenómeno em termos monetários e das limitações da abordagem da pobreza infantil a partir do rendimento familiar, tomando como unidade de análise a família e a perspectiva do adulto, uma vez que não tem uma tradução direta e linear nas condições de vida das crianças que vivem nestes agregados (MINUJIN *et al.*, 2006; MAIN; BESSEMER, 2014). A pobreza infantil deve ser compreendida como um fenómeno multidimensional que as crianças “experenciam com as suas mãos, mentes e corações” (UNICEF, 2005). A condição de pobreza cria uma experiência total, relacional e dinâmica: a privação de recursos materiais e de acesso a oportunidades necessárias ao desenvolvimento e funcionamento adequado das crianças limita-as nas suas possibilidades de participação social. Promove assim a sua exclusão social e cultural, potenciando as suas condições de vulnerabilidade (MINUJIN *et al.*, 2006). Neste sentido, a pobreza na infância é estruturante do desenvolvimento, configuradora de trajetórias e condição formativa da personalidade e do lugar social da criança.

O impacto da pobreza

Os fatores associados à pobreza com impacto no bem-estar das crianças não se constituem como causas isoladas (CASAS, 2003), mas combinam-se em diferentes níveis (individual, relacional e contextual) (YOSHIKAWA *et al.*, 2012), contribuindo para a complexidade do fenómeno. Um corpo consolidado de estudos associa a condição de pobreza, operacionalizada no nível socioeconómico (NSE) baixo, a um vasto conjunto de resultados negativos a curto, médio e longo prazo, em várias áreas desenvolvimentais e domínios funcionais das crianças, que estão relacionados entre si:

- Ao nível da saúde física, maior prevalência de problemas pré, peri e pós natais, pior saúde geral durante a infância (ex., problemas respiratórios, défices sensoriais, problemas de crescimento, elevada pressão arterial) e risco mais elevado de lesões (BRADLEY; CORWYN, 2002); na adolescência, surgem marcadores fisiológicos de estresse e alterações no índice de massa corporal (CHEN; PATERSON, 2006).
- Ao nível da saúde psicológica, as crianças provenientes de agregados com NSE baixo têm mais dificuldades do foro emocional e comportamental como ansiedade, depressão, déficit

de atenção, perturbações da conduta (GOODMAN, 1999), comportamento agressivo e hostilidade (CHEN; PATERSON, 2006).

- Ao nível da aprendizagem, um NSE baixo está associado a um menor desempenho cognitivo (ex., funções executivas, linguagem) e a um desempenho académico inferior (HOCHSCHILD, 2003; NAJMAN *et al.*, 2004). Acresce que o NSE está também relacionado com o absentismo escolar (ZHANG, 2003), sendo o melhor preditor do abandono escolar (BRADLEY; CORWYN, 2002).
- Ao nível do bem-estar da família, as evidências corroboram que as crianças que vivem em agregados de NSE baixo têm um risco acrescido de serem vítimas de práticas parentais de abuso e negligência (BERGER; WALDFOGEL, 2011) e de violência doméstica (PEARLMAN *et al.*, 2004).

A pobreza tem, assim, implicações diretas e mediadas, cumulativas e interativas, ao nível do desenvolvimento e funcionamento das crianças, da sua socialização e redes de apoio social, das suas oportunidades e expectativas de realização, para além dos custos sociais e económicos mais globais. Por isso, trata-se de um fenómeno que se configura não só como um problema social, económico, político e ético mas, como sublinham Gupta, de Wit e McKeown (2007), também de saúde pública.

Se está estabelecido que a pobreza constitui uma condição complexa, multifatorial e sistémica de riscos para as crianças, o seu impacto efetivo depende da dinâmica entre estes fatores de risco e os fatores de proteção existentes na sua ecologia de vida. As interações das crianças nestes contextos e o sentido que lhes atribuem tornam diversas as suas experiências em situações semelhantes, condicionando também o modo como esta condição as afeta. Se a pobreza não captura a sua experiência total nem os seus efeitos, importa que a pesquisa incida nas várias ecologias da pobreza, tendo em conta a perspetiva das crianças e a sua adaptação, de que a qualidade de vida constitui um indicador importante.

Pobreza e Qualidade de Vida

O construto da qualidade de vida insere-se neste racional, juntando à questão crítica “how much” o “how good”. A partir de uma perspetiva positiva, tendo como pano de fundo o que constitui uma “vida boa”, junta à mera quantificação a qualificação das experiências. Desta forma, o construto da qualidade de vida passa a integrar indicadores objetivos e subjetivos, implicando a adoção de uma perspetiva compreensiva e holística que, para além da mensuração de indicadores objetivos, considera a perceção dos indivíduos enquanto protagonistas das suas vidas no quadro dos seus valores pessoais e da sua cultura (WHOQOL GROUP, 1998). A qualidade de vida percebida resulta assim da avaliação que os indivíduos fazem das suas capacidades conjugadas com as suas expectativas de realização, no

quadro da sua relação com o contexto físico e humano e os acontecimentos de vida. Passa a ser concetualizada não apenas em termos da ausência de experiências negativas, mas também da presença de experiências positivas (CUMMINS, 1995) em diversos domínios da vida dos indivíduos.

A importância da qualidade de vida das crianças como tópico social, ético e político decorre do facto de, conforme Wallander e Koot (2016), estar implícita na Convenção sobre os Direitos da Criança. Dada a dependência das crianças face aos adultos para a satisfação das suas necessidades, o cumprimento deste direito é responsabilidade da sociedade como um todo. Pode ainda ser usada como indicador do impacto de medidas políticas, de programas ou outras formas de intervenção junto de crianças e jovens, fornecendo orientações valiosas para a intervenção clínica e educativa.

Dado o carácter multifacetado do construto de qualidade de vida, Montserrat, Casas e Moura (2015) sublinham a importância de obter a perspectiva de diferentes atores, porque aspetos da mesma realidade podem ser entendidos de modos diferentes, contribuindo para uma compreensão mais completa e integrada do fenómeno estudado. Na verdade, a pesquisa sobre o impacto da pobreza na qualidade de vida das crianças tendo em conta o seu próprio entendimento tem sido escassa e relativamente desvalorizada (ATTREE, 2004). Contudo, a perspectiva da população afetada pode ser efetivamente diferente da dos investigadores (TIWARI, 2009). Esta diferença é particularmente mais pregnante quando a população de estudo são as crianças. No que se refere aos indicadores de pobreza, estes têm sido definidos em termos adulto-cêntricos (BRADSHAW; MAIN, 2012), o que pode explicar a fraca relação frequentemente observada na investigação entre pobreza e bem-estar subjetivo (MONTSERRAT *et al.*, 2015). Acresce que, frequentemente, a correlação entre o bem-estar subjetivo e os indicadores objetivos de qualidade de vida é débil ou mesmo inexistente (CUMMINS, 2000), porque se a condição de pobreza pode gerar uma qualidade de vida objetivamente baixa, ela não é necessariamente sinónimo de mal-estar subjetivo.

As limitações do conhecimento sobre as diferenças entre crianças que partilham condições adversas semelhantes e sobre a forma como estas condições as afetam (ATTREE, 2004; 2006) e o facto de a qualidade de vida de crianças expostas a riscos ou vítimas de abuso ou negligência no contexto familiar não receber suficiente atenção por parte da investigação (PROSSER; CORSO, 2007; WEBER *et al.*, 2016) fundamentam a pertinência desta linha de investigação. No quadro das lacunas e necessidades de investigação evidenciadas neste domínio e da escassez de estudos que se debrucem sobre grupos específicos de crianças pertencentes a agregados familiares em situações de desvantagem socioeconómica ou expostas a riscos acrescidos, o estudo aqui apresentado procura dar um contributo, de carácter exploratório, para a avaliação da qualidade de vida de crianças pertencentes a famílias em situação de pobreza, beneficiárias de apoios sociais e sinalizadas aos serviços de proteção pela ocorrência de situações de risco psicossocial ou de abuso/negligência parental.

Estudo empírico

Objetivos

Este estudo procurou explorar a percepção sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) de crianças portuguesas oriundas de famílias em desvantagem socioeconômica e beneficiárias de apoios do Governo e Organizações Não Governamentais (ONG). Mais concretamente foi realizada uma análise diferencial das percepções sobre as dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde em função do sexo, idade, condição crónica de saúde e risco familiar.

Participantes

A amostra do presente estudo, não probabilística, de conveniência, é constituída por 208 crianças (56% do sexo feminino) entre os 8 e os 16 anos ($M = 11.40$, $DP = 2.21$) provenientes de agregados familiares em situação de desvantagem socioeconômica e, por isso, beneficiários de apoios sociais do Governo e de Organizações Não Governamentais (ONG) no Norte de Portugal. A média de anos escolares frequentados era de 5.46 anos ($SD = 1.96$). 22% reportaram ter uma deficiência, doença ou condição física crónica. Em 36% dos casos existia um processo de promoção e proteção¹ (PPP) corrente ou recente (últimos 5 anos) relativo a pelo menos uma criança em perigo no agregado familiar.

Instrumentos

Dados sociodemográficos. Informação relativa à criança (sexo, idade, e escolaridade), aos progenitores (escolaridade, emprego, estado civil) e a ocorrências de risco para as crianças no contexto familiar.

KIDSCREEN-52 (GASPAR; MATOS, 2008). Instrumento de autorrelato de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde de crianças dos 8 aos 18 anos. É constituído por 52 itens (escala tipo Likert de 5 pontos) organizados em 10 dimensões: *Saúde e Atividade Física* (5 itens), *Sentimentos* (6 itens), *Estado de Humor Global* (7 itens), *Autopercepção* (5 itens), *Autonomia e Tempo*

¹ Processo de Promoção e Proteção – processo instaurado por uma Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou por um Tribunal com vista à eventual aplicação de uma medida de promoção dos direitos e de proteção de uma criança ou jovem em perigo.

Livre (5 itens), *Família e Ambiente Familiar* (6 itens), *Questões Económicas* (3 itens), *Amigos* (6 itens), *Ambiente Escolar e Aprendizagem* (6 itens) e *Provocação* (3 itens). Além destes aspetos, a criança fornece informação sobre a existência ou não de uma condição crónica de saúde ou deficiência. A análise de fiabilidade das subescalas (dimensões) na presente amostra indicou alphas de Cronbach aceitáveis, variando entre .70 (*Saúde e Atividade Física*) e .87 (*Estado de Humor Global*), exceto na subescala *Autoperceção* ($\alpha = .57$). Os itens invertidos foram recodificados de forma a que um valor mais alto representasse uma perceção mais elevada da qualidade de vida. Foram computadas médias por cada dimensão e transformadas numa escala equivalente de 100 pontos, em que um valor mais elevado representa uma melhor perceção da qualidade de vida.

Procedimento

O recrutamento dos participantes e a obtenção do consentimento informado dos adultos responsáveis pelas crianças foram mediados pelas ONG que prestavam apoio psicossocial às famílias. O consentimento informado cumpriu todos os requisitos eticamente exigíveis. Às crianças foi pedido o seu assentimento. As sessões de recolha de dados ocorreram nas instalações das ONG, garantindo-se assim facilidade de acesso às famílias. Foram prestados esclarecimentos adicionais sempre que requeridos. As crianças responderam individualmente aos questionários sob a supervisão de profissionais ou investigadores treinados para o propósito numa sessão única. Os dados sociodemográficos solicitados foram fornecidos pelo adulto que as acompanhava (a mãe em 87% dos casos) e pelo técnico responsável pela intervenção psicossocial com a família no âmbito da respetiva ONG. A análise estatística descritiva e inferencial dos dados foi realizada no programa SPSS 24.

Resultados

Na amostra em estudo, os valores médios mais elevados foram obtidos nas dimensões *Sentimentos* (M = 84.13, DP = 13.77), *Autonomia e Tempo Livre* (M = 82.14, DP = 18.93) e *Provocação* (M = 82.09, DP = 23.46). Por outro lado, os valores médios mais baixos foram obtidos nas dimensões *Questões Económicas* (M = 64.06, DP = 30.88), *Ambiente Escolar e Aprendizagem* (M = 73.85, DP = 19.56) e *Saúde e Atividade Física* (M = 75.22, DP = 17.20).

Comparando os rapazes com as raparigas quanto à sua QdVRS (Tabela 1), verifica-se que a perceção dos participantes do sexo masculino é mais elevada em cinco das dez dimensões: *Saúde e Atividade Física*, *Sentimentos*, *Autoperceção*, *Autonomia e Tempo Livre*, e *Amigos*. Nas dimensões *Estado de Humor Geral*, *Família e Ambiente Familiar*, *Questões Económicas*, *Ambiente Escolar e*

Aprendizagem, e *Provocação* não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Contudo, os rapazes apresentaram melhores resultados na dimensão *Estado de Humor global*.

Tabela 1. Diferenças nas Dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Função do Sexo

Dimensões QdVRS	Rapazes (n = 92)	Raparigas (n=116)	U	d
	Mdn (IIQ)	Mdn (IIQ)		
<i>Saúde e Atividade Física</i>	85.00 (25.00)	70.00 (25.00)	3478.50***	.63
<i>Sentimentos</i>	91.67 (16.67)	87.50 (25.00)	4310.00*	.34
<i>Estado de Humor Global</i>	89.29 (21.43)	82.14 (30.36)	4574.50	.22
<i>Autoperceção</i>	90.00 (20.00)	80.00 (35.00)	4321.50*	.31
<i>Autonomia e Tempo Livre</i>	90.00 (20.00)	80.00 (30.00)	4142.00**	.37
<i>Família e Ambiente Familiar</i>	83.33 (25.00)	83.33 (25.00)	5249.50	.01
<i>Questões Económicas</i>	75.00 (58.33)	66.67 (45.83)	4663.50	.14
<i>Amigos</i>	87.50 (16.67)	83.33 (25.00)	4425.50*	.28
<i>Ambiente Escolar e Aprendizagem</i>	79.17 (29.17)	79.17 (25.00)	4932.50	.12
<i>Provocação</i>	91.67 (25.00)	91.67 (33.33)	5036.00	.08

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p \leq .001$. Mdn = Mediana; IIQ = Intervalo Interquartil. Diferenças significativas e mediana mais elevada a bold. *d* de Cohen: tamanho do efeito baixo (.20 - .49), tamanho do efeito moderado (.50 - .79), tamanho do efeito elevado (.80 - 1.29) (COHEN, 1988; FRITZ *et al.*, 2012).

No que se refere à idade, os participantes mais novos (8-12 anos) apresentaram uma perceção mais favorável sobre a sua qualidade de vida relacionada com a saúde nas dimensões *Sentimentos*, *Estado de Humor Geral*, *Autoperceção*, e *Ambiente Escolar e Aprendizagem* (Tabela 2). Nas dimensões *Saúde e Atividade física*, *Autonomia e Tempo Livre*, *Família e Ambiente Familiar*, *Questões Económicas*, *Amigos*, e *Provocação* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Ainda assim, os adolescentes (13-16 anos) apresentaram níveis mais elevados de *Autonomia e Tempo Livre* e níveis mais baixos de *Saúde e Atividade Física* relativamente às crianças (8-12 anos).

Tabela 2. Diferenças nas Dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Função da Idade

	Idade 8-12 (n = 149)	Idade 13-16 (n=59)
--	----------------------	--------------------

Dimensões QdVRS	<i>Mdn</i> (IIQ)	<i>Mdn</i> (IIQ)	<i>U</i>	<i>d</i>
<i>Saúde e Atividade Física</i>	80.00 (25.00)	75.00 (20.00)	3993.50	0.14
<i>Sentimentos</i>	87.50 (16.67)	79.17 (20.83)	3084.00***	0.48
<i>Estado de Humor Global</i>	89.29 (23.21)	75.00 (28.57)	2950.00***	0.50
<i>Autopercepção</i>	90.00 (25.00)	80.00 (25.00)	2875.00***	0.52
<i>Autonomia e Tempo Livre</i>	85.00 (30.00)	90.00 (27.50)	4101.00	0.07
<i>Família e Ambiente Familiar</i>	83.33 (20.83)	83.33 (31.25)	4029.00	0.11
<i>Questões Económicas</i>	66.67 (50.00)	66.67 (54.17)	3878.00	0.14
<i>Amigos</i>	83.33 (27.08)	83.33 (25.00)	3909.50	0.16
<i>Ambiente Escolar e Aprendizagem</i>	83.33 (20.83)	66.67 (31.25)	2249.00***	0.82
<i>Provocação</i>	91.67 (33.33)	91.67 (29.17)	4108.50	0.09

Notas. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p \leq .001$. *Mdn* = Mediana; IIQ = Intervalo Interquartilico. Diferenças significativas e mediana mais elevada a bold. *d* de Cohen: tamanho do efeito baixo (.20 - .49), tamanho do efeito moderado (.50 - .79), tamanho do efeito elevado (.80 - 1.29) (COHEN, 1988; FRITZ *et al.*, 2012)

Comparando a QdVRS das crianças com e sem uma condição crónica de saúde/deficiência, os resultados indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na generalidade das dimensões, com exceção da dimensão *Saúde e Atividade Física* ($U = 2864.50$, $p = .02$; $d = .18$), que distinguiu os participantes com condição crónica de saúde ($Mdn = 70.0$, $IIQ = 21.25$) e sem condição crónica de saúde ($Mdn = 80.0$, $IIQ = 25.00$). Ainda que as diferenças não sejam significativas, o grupo sem condição crónica de saúde ou deficiência reportou níveis mais elevados de *Sentimentos*, *Estado de Humor Global*, *Ambiente Escolar e Aprendizagem*, e *Provocação*.

Quando se analisa a variável Processo de Promoção e Proteção (PPP), que decorre da sinalização de crianças e jovens considerados em situação de perigo e consequente abertura de um processo pelos Serviços de Proteção portugueses, verifica-se que os participantes sem PPP apresentaram níveis significativamente mais elevados apenas nas dimensões *Saúde e Atividade Física* ($U = 4061$, $p = .04$; $d = .29$), e *Provocação* ($U = 3864$, $p = .01$; $d = .36$). Nas dimensões *Sentimentos* ($U = 4148$, $p = .06$; $d = .26$), e *Ambiente Escolar e Aprendizagem* ($U = 4099.50$, $p = .06$; $d = .27$), as diferenças observadas são marginalmente significativas, com melhores resultados para os participantes sem PPP. Nas restantes dimensões não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Ainda assim, os participantes sem PPP também reportaram níveis mais elevados de satisfação na dimensão *Questões Económicas*.

Discussão

O objetivo central deste estudo consistiu em avaliar a QdVRS de crianças e jovens provenientes de famílias em desvantagem socioeconómica, assistidas por instituições governamentais e não governamentais, algumas das quais sinalizadas por terem filhos em situação de risco. Utilizando uma medida estruturada de autorrelato, procurou-se compreender a perceção da qualidade de vida destas crianças nas suas diferentes dimensões, considerando os fatores sexo, idade, condição crónica de saúde/deficiência e risco familiar.

Os participantes neste estudo manifestaram uma QdVRS, nas várias dimensões, ligeiramente superior à da população portuguesa e à da amostra normativa de nível socioeconómico baixo da mesma população (GASPAR; MATOS, 2008). Constituíram exceção a dimensão *Família e Ambiente Familiar*, em que o resultado foi idêntico, e a dimensão *Questões Económicas*, onde se obteve um resultado médio mais baixo. Não dispomos de dados que permitam aferir a magnitude destas diferenças. Importa, ainda assim, salientar as tendências: por um lado, traduzem a insatisfação relativa destas crianças e jovens com o dinheiro de que dispõem para as suas despesas pessoais e atividades no contexto do grupo de pares, uma perceção que pode ser explicada pela condição objetiva de carência económica das suas famílias. Por outro lado, as demais dimensões da sua qualidade de vida parecem não ser afetadas pela situação de pobreza, o que, a verificar-se, seria uma evidência de que esta condição não determina a experiência subjetiva das crianças e jovens em todos os seus domínios de vida. Estes dados, carecendo de aprofundamento, parecem corroborar os de outras investigações (CUMMINS, 2000; MONTSERRAT *et al.*, 2015) que apontam para uma frágil relação entre pobreza e qualidade de vida percebida.

No que se refere à variável sexo, as raparigas reportaram perceções relativamente depreciadas da sua saúde e atividade física, das emoções positivas no quotidiano e satisfação com a vida, da capacidade de escolha do seu tempo livre e atividades de lazer, e uma menor satisfação com a sua aparência e as relações com os pares. Outros estudos sugerem a mesma tendência na avaliação subjetiva da qualidade de vida associada ao sexo feminino (GASPAR *et al.*, 2009; GASPAR *et al.*, 2010; MONTSERRAT; CASAS; MOURA Jr., 2015), com exceção para a satisfação com os amigos que, no presente estudo, foi mais baixa nas raparigas. No que concerne as dimensões da aprendizagem, ambiente escolar e aceitação social, que outros estudos indicam como pontos fortes na qualidade de vida das raparigas (GASPAR; MATOS, 2008; GASPAR *et al.*, 2009; GASPAR *et al.*, 2010; FREIRE; FERREIRA, 2016), tais diferenças não se verificaram nesta pesquisa. A saúde física e psicológica das adolescentes tem sido descrita como relativamente mais baixa do que a dos rapazes, estando associada a menor atividade física e queixas somáticas, a comportamentos internalizantes e a níveis mais baixos de satisfação com a vida (MATOS; EQUIPA DO PROJETO

AVENTURA SOCIAL, 2003). Contudo, no presente estudo as raparigas reportaram não só terem o mesmo nível de satisfação com a escola e a aprendizagem que os rapazes, como também uma menor satisfação com as suas relações interpessoais, o que constituem resultados diferentes de investigações anteriores. Estes resultados associados a níveis mais baixos nas perceções sobre o uso do tempo livre podem indicar um maior risco para o desenvolvimento psicossocial das raparigas, num período em que tais dimensões se constituem como tarefas desenvolvimentais centrais (TARRANT *et al.*, 2005).

No que concerne à idade, os adolescentes (13-16 anos) reportaram não só perceções mais baixas relativas ao seu bem-estar psicológico e ao seu estado de humor quotidiano, como também uma menor satisfação consigo próprio, com o seu desempenho académico e na relação com os professores. Estas respostas sugerem maiores dificuldades ao nível da experiência de emoções positivas e satisfação com a vida, assim como uma prevalência de emoções estressantes no seu quotidiano. Dificuldades nestes domínios constituem-se como riscos desenvolvimentais que poderão ter implicações na saúde na idade adulta (NAJMAN *et al.*, 2004). Estes resultados são convergentes com os de outros estudos que confirmam a tendência de os adolescentes apresentarem níveis de qualidade de vida e bem-estar genericamente mais baixos do que as crianças mais novas, com exceção das dimensões relativas aos recursos financeiros e à aceitação social (GASPAR; MATOS, 2008; GASPAR *et al.*, 2009; GASPAR *et al.*, 2010; FREIRE; FERREIRA, 2016). A diminuição significativa do bem-estar dos adolescentes é observada também por outros estudos em dimensões como a satisfação com a vida, imagem corporal, níveis de estresse (essencialmente relacionados com exigências escolares), depressão (em contextos urbanos) e comportamentos saudáveis (CASAS, 2016). Além destes aspetos, a perceção desvalorizada da vivência escolar, na dupla vertente da aprendizagem e da relação com os professores, pode ser explicada pela associação existente entre o rendimento familiar e o desempenho académico das crianças (DUNCAN *et al.*, 2010), que correlaciona o nível socioeconómico baixo das famílias com a baixa preparação e realização escolar das crianças, uma relação que se aprofunda ao longo do desenvolvimento, acentuando a diferença entre crianças de famílias com e sem recursos socioeconómicos (ENGLE; BLACK, 2008; MORRISSEY *et al.*, 2014). Estes dados podem ser explicados à luz das mudanças biopsicossociais que ocorrem na adolescência e das condicionantes socioeconómicas deste grupo de estudo, que têm implicações acrescidas ao nível da integração social destes jovens em desvantagem social.

As crianças portadoras de uma condição crónica de saúde ou com deficiência reportaram uma menor aptidão e energia física no quotidiano e uma perceção mais baixa de saúde, possivelmente associada a queixas somáticas (FREIRE; FERREIRA, 2016). Estes resultados são convergentes com os de outras investigações, em que a existência de uma doença crónica está igualmente associada a uma avaliação menos positiva da qualidade de vida na generalidade das dimensões (BARLOW; ELLARD, 2006; GASPAR

et al., 2010; RIVERA *et al.*, 2015). Contudo, ao contrário de outras pesquisas (GASPAR; MATOS, 2008; GASPAR *et al.*, 2010), não foram encontradas diferenças significativas relativamente às restantes dimensões da qualidade de vida no que concerne a esta variável. De acordo com Cummins, Lau e Davern (2012), a existência de um problema de saúde não tem necessariamente uma tradução direta na QdVRS do indivíduo afetado. Esta avaliação depende do grau de interferência do problema na funcionalidade do sujeito, da preocupação que suscita e da sua relação recíproca com outras componentes do bem-estar subjetivo. Ainda assim, o grupo de crianças sem uma condição crónica de saúde apresentou níveis mais elevados de emoções positivas e satisfação com a vida, menos estresse, maior satisfação com a escola e níveis mais elevados de aceitação social. Este dado, ainda que careça de significância estatística, pode sugerir que a experiência quotidiana de um problema de saúde pode exercer, em alguma medida, uma influência negativa em vários domínios da vida das crianças e adolescentes, constituindo-se como um constrangimento ao seu bem-estar (BARLOW; ELLARD, 2006; RIVERA *et al.*, 2015).

As crianças oriundas de famílias a quem tinha sido instaurado um PPP evidenciaram perceções mais baixas da sua qualidade de vida, especificamente nas dimensões relativas à saúde e atividade física e à provocação/aceitação social. Nas restantes dimensões as diferenças não foram significativas, embora tenham apresentado níveis ligeiramente mais baixos nas perceções acerca do ambiente escolar e da sua capacidade de aprendizagem, e do bem-estar psicológico. Está amplamente estabelecido que experiências adversas na infância estão associadas a maior morbilidade física e mental na adolescência e idade adulta (KEATING; HERTZMAN, 1999; BOIVIN; HERTZMAN, 2012), tendo sido observadas associações negativas entre maltrato infantil e QdVRS (PROSSER; CORSO, 2007; WEBER *et al.*, 2016). No que se refere à dimensão da aceitação social (ter medo dos outros, ser ridicularizado, ser provocado), estes dados podem traduzir as repercussões pessoais e emocionais que a vivência em contextos sociofamiliares fortemente marcados pela adversidade e privação económica tem nestas crianças, sobretudo ao nível das relações interpessoais e da participação social, dominadas pelo receio da exclusão social (RIDGE, 2011). As crianças em desvantagem socioeconómica experimentam, relativamente aos seus pares, sentimentos fortes de discriminação, *bullying*, isolamento e baixa autoestima, que poderão ser aumentados na presença de risco familiar (RIDGE, 2002). Ainda que a magnitude do efeito do risco familiar seja reduzida, foi observado algum impacto na QdVRS das crianças. Note-se, todavia, que as famílias destas crianças eram beneficiárias de uma variedade de apoios (financeiros, bens e serviços) do Governo e de ONG. Por outro lado, a abertura de um PPP que culmine na aplicação de uma medida de promoção e proteção implica a mobilização de um conjunto de apoios psicossociais, educativos e, se necessário, de saúde em favor da criança cuja integridade, desenvolvimento ou bem-estar estão comprometidos e, na maior parte das vezes, em favor do seu agregado familiar, visando a redução dos riscos e a promoção do funcionamento familiar. Por isso, o

efeito destas intervenções poderá ter contribuído para minorar o impacto do risco familiar no bem-estar e qualidade de vida destas crianças.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa, de natureza exploratória, permitiram identificar não só um conjunto de aspetos comuns entre a qualidade de vida relacionada com a saúde do grupo de estudo e a dos seus pares, como também diversas diferenças que poderão constituir especificidades resultantes das características desta população de crianças e jovens em situação de desvantagem socioeconômica e em risco psicossocial. Contudo, esta linha de investigação carece de estudos futuros que prossigam em sentidos definidos: i) constituindo amostras representativas da população e subgrupos; ii) identificando a natureza, duração, intensidade e impacto dos apoios recebidos pelas famílias nas variáveis da qualidade de vida das crianças; iii) apurando a sensibilidade e especificidade dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde; iv) adotando métodos de investigação mistos que, a par da utilização de instrumentos padronizados, recorram a técnicas qualitativas de recolha de dados que permitam aprofundar o quadro de significados, valores, motivações e necessidades e os acontecimentos relevantes na ecologia de vida dos participantes; v) com desenhos de investigação quase-experimentais, que permitam avaliar a qualidade de vida das crianças e jovens em risco antes e depois das intervenções de apoio e proteção junto das famílias.

Esta pesquisa sugere que a vivência da pobreza e do risco não sobredetermina todas as dimensões da vida das crianças e jovens. Importa, contudo, identificar as áreas críticas, compreender os mecanismos subjacentes e os processos mediadores e envidar esforços no sentido de promover a saúde e o bem-estar das crianças em desvantagem e risco social. Ao invés de programas generalistas, estas intervenções devem considerar os diferentes impactos, necessidades e riscos identificados pela literatura e pela investigação, adequando o seu desenho à especificidade dos grupos a que se destinam e dos seus contextos socioculturais, integrando as perspetivas das crianças e jovens na promoção do seu bem-estar.

Referências

- ATTREE, P. Growing up in disadvantage: a systematic review of the qualitative evidence. **Child Care Health and Development**, v. 30, n. 6, p. 679-689, 2004.
- ATTREE, P. The social costs of child poverty: a systematic review of the qualitative evidence. **Children and Society**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2006.

BARLOW, J. H.; ELLARD, D. R. The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview of the research evidence base. **Child: care, health and development**, v. 32, n. 1, p. 19-31, 2006.

BERGER, L. M.; WALDFOGEL, J. **Economic determinants and consequences of child maltreatment**. OECD. Paris. 2011.

BOIVIN, M.; HERTZMAN, C. **Early childhood development: adverse experiences and developmental health**. RSC - Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel. Ottawa. 2012.

BRADLEY, R. H.; CORWYN, R. F. Socioeconomic status and child development. **Annual Review of Psychology**, v. 53, p. 371-399, 2002.

BRADSHAW, J.; MAIN, G. A child material deprivation index. **Child Indicators Research**, v. 5, n. 3, p. 503-521, 2012.

CASAS, F. Redes, calidad de vida y complejidad. **Araucaria**, v. 5, n. 10, p. 44-48, 2003.

CASAS, F. Children, adolescents and quality of life: the social sciences perspective over two decades. In: MAGGINO, F. **A life devoted to quality of life**. New York: Springer, 2016. P. 3-21.

CHEN, E.; PATERSON, L. Q. Neighborhood, family, and subjective socioeconomic status: how do they relate to adolescent health? **Health Psychology**, v. 25, p. 704-714, 2006.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd Edition)**. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. 1988.

CUMMINS, R. A. On the trail of the gold standard for life satisfaction. **Social Indicators Research**, v. 35, p. 179–200, 1995.

CUMMINS, R. A. Objective and subjective quality of life: an interactive model. **Social Indicators Research**, v. 52, p. 55–72, 2000.

CUMMINS, R. A.; LAU, A. L.; DAVERN, M. T. Subjective wellbeing homeostasis. In: LAND, K. C.; MICHALOS, A. C., *et al.* **Handbook of social indicators and quality of life research**. New York: Springer, 2012. p.79–98.

DUNCAN, G. J.; ZIOL-GUEST, K. M.; KALIL, A. Early-childhood poverty and adult attainment, behavior, and health. **Child Development**, v. 81, n. 1, p. 306-325, 2010.

ENGLE, P. L.; BLACK, M. M. The effect of poverty on child development and educational outcomes. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1136, n. 1, p. 243-256, 2008.

EUROSTAT. **One in four children at risk of poverty or social exclusion in the EU**. Eurostat Press Office, 2016.

FERGUSON, H. B.; BOVAIRD, S.; MUELLER, M. P. The impact of poverty on educational outcomes for children. **Paediatrics Child Health**, v. 12, n. 8, p. 701–706, 2007.

FREIRE, T.; FERREIRA, G. Health-related quality of life of adolescents: relations with positive and negative psychological dimensions. **International Journal of Adolescence and Youth**, p. 1-14, 2016.

FRITZ, C. O.; MORRIS, P. E.; RICHLER, J. J. Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. **Journal of Experimental Psychology: General**, v. 141, n. 1, p. 2-18, 2012.

GASPAR, T.; MATOS, M. G., Eds. **Qualidade de vida em crianças e adolescentes: versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen-52**. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde, p.101. 2008.

GASPAR, T. et al. Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. **Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies**, v. 9, n. 1, p. 33-48, 2009.

GASPAR, T. et al. Quality of life: differences related to gender, age, socio-economic status and health status in portuguese teens. **Journal of Child and Adolescent Psychology**, v. 2, p. 87-103, 2010.

GOODMAN, E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in U.S. adolescents' health. **American Journal of Public Health**, v. 89, p. 1522-1528, 1999.

GUPTA, R.; DE WIT, M. L.; MCKEOWN, D. The impact of poverty on the current and future health status of children. **Paediatric Child Health**, v. 12, n. 8, p. 667-672, 2007.

HOCHSCHILD, J. L. Social class in public schools. **Journal of Social Issues**, v. 59, p. 821-840, 2003.

KEATING, D. P.; HERTZMAN, C. **Developmental health and the wealth of nations: social, biological and educational dynamics**. N.Y.: The Guilford Press. 1999.

MAIN, G.; BESSEMER, K. Children's material living standards in rich countries. In: BEN-ARIEH, A.; CASAS, F., et al. **Handbook of child well-being**. New York: Springer, 2014. p.1445-1477.

MATOS, M. G.; EQUIPA DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL. **A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)**. Lisboa: Edições FMH, 2003.

MINUJIN, A. et al. The definition of child poverty: a discussion of concepts and measurements. **Environment & Urbanization**, v. 18, n. 2, p. 481-500, 2006.

MONTSERRAT, C.; CASAS, F.; MOURA JR., J. **Children's subjective well-being in disadvantaged situations**. Springer. London, p.111-126. 2015

MORRISSEY, T.; HUTCHISON, L.; WINSLER, A. Family income, school attendance, and academic achievement in elementary school. **Developmental Psychology**, v. 50, n. 3, p. 741-753, 2014.

NAJMAN, J. M. et al. The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. **Social Science & Medicine**, v. 58, n. 6, p. 1147-1158, 2004.

OECD. **Poverty in society at a glance**. OECD Social Indicators. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2014_soc_glance-2014-en: OECD Publishing. 2014.

PEARLMAN, D. N. et al. Neighborhood environment, racial position, and risk of police-reported domestic violence: A contextual analysis. **Public Health Reports**, v. 118, p. 44-58, 2004.

PROSSER, L. A.; CORSO, P. S. Measuring health-related quality of life for child maltreatment: A systematic literature review. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 5, n. 42, p. 1-10, 2007.

RIDGE, T. **Childhood poverty and social exclusion**. Bristol: Policy Press, 2002.

RIDGE, T. The everyday costs of poverty in childhood: a review of qualitative research exploring the lives and experiences of low-income children in the UK. **Children & Society**, v. 25, n. 1, p. 73-84, 2011.

RIVERA, C. et al. Health-related quality of life in children with and without chronic conditions: A multicenter study. **Archivos argentinos de pediatría**, v. 113, n. 5, p. 404-410, 2015.

SÉGUIN, L. et al. Duration of poverty and child health in the Quebec Longitudinal Study of Child Development: longitudinal analysis of a birth cohort. **Pediatrics**, v. 119, p. 1063–1070, 2007.

TARRANT, M.; MACKENZIEB, L.; HEWITT, L. A. Friendship group identification, multidimensional self-concept, and experience of developmental tasks in adolescence. **Journal of Adolescence**, v. 29, n. 4, p. 627–640, 2005.

TIWARI, M. Poverty and wellbeing at the ‘grassroots’ – how much is visible to researchers? **Social Indicators Research**, v. 90, n. 1, p. 127–140, 2009.

UNICEF. **The state of the world’s children 2005 – Childhood under threat**. https://www.unicef.org/publications/index_24432.html. UNICEF Publications. 2005.

UNICEF. **Measuring child poverty: New league tables of child poverty in the world’s rich countries**. UNICEF Innocenti Research Centre. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc10_eng.pdf. UNICEF Publications. 2012.

UNICEF. **Ending extreme poverty: A focus on children**. https://www.unicef.org/publications/files/Ending_Extreme_Poverty_A_Focus_on_Children_Oct_2016.pdf. UNICEF Publications. 2016.

WALLANDER, J. L.; KOOT, H. M. Quality of life in children: a critical examination of concepts, approaches, issues, and future directions. **Clinical psychology review**, v. 45, p. 131-143, 2016.

WEBER, S.; JUD, A.; LANDOLT, M. A. Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: A systematic review. **Quality of life research**, v. 25, n. 2, p. 237-255, 2016.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. **Social Science and Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

YOSHIKAWA, H.; ABER, J. L.; BEARDSLEE, W. R. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. **American Psychologist**, v. 67, n. 4, p. 272-284, 2012.

ZHANG, M. Links between school absenteeism and child poverty. **Pastoral Care in Education**, v. 21, p. 10-17, 2003.