Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Paulo Zebo Bulaque

Desenvolvimento e Qualidade dos Cuidados em Crianças em Acolhimento Institucional na Beira – Moçambique

setembro de 2019

UMinho|2019 Paulo Zebo Bulaque **Desenvolvimento e Qualidade dos Cuidados em Crianças em Acolhimento Institucional na Beira – Moçambique**

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Paulo Zebo Bulaque

Desenvolvimento e Qualidade dos Cuidados em Crianças em Acolhimento Institucional na Beira – Moçambique

Tese de Doutoramento
Doutoramento em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Isabel Soares
e da
Professora Doutora Joana Baptista

setembro de 2019

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Agradecimentos

Quero em primeiro lugar agradecer as minhas orientadoras, Professora Doutora Isabel Soares e Professora Doutora Joana Baptista, pelo carinho, paciência, disponibilidade, consistência e rigor na orientação da presente tese.

À Universidade Pedagógica de Moçambique pelo financiamento da Bolsa individual de Doutoramento e ao Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi) da Escola de Psicologia da Universidade do Minho pelo protocolo de avaliação, apoio financeiro e equipamento na recolha de dados.

Ao governo Provincial de Sofala, em especial, à Direção Provincial de Género, Criança e Ação Social, às Procuradorias, Provincial e da Cidade da Beira pela apreciação e autorização do estudo em Moçambique.

Aos meus colegas de turma do doutoramento em Psicologia Aplicada pelo companheirismo e cumplicidade académica.

Da mesma forma, agradeço as minhas colegas da Unidade de Investigação em especial a Dr.ª Ana Margarida Capelo, a Dr.ª Sofia Peixoto pelo apoio na organização da base de dados, bem como a Carolina Toscano, a Vanessa Moutinho, a Rita Baião e a Raquel Corval, pela cotação dos vídeos sobre a sensibilidade, pela formação em diversas medidas de avaliação do desenvolvimento da criança e especialmente pela amizade proporcionada nas terras lusas.

Aos gestores e prestadores de cuidados institucionais, aos pais de crianças da comunidade e às crianças de ambos contextos avaliados no presente estudo, por fornecerem informações úteis e que tornaram possível a realização da presente dissertação.

À Dr.ª Odília Vilanculos, a Tamires Mazivila, a Suema Mulima, ao Calmalino Limpo e ao Gervásio Manuel, pelo apoio incondicional no processo de recolha de dados em Moçambique.

Por último à minha esposa Xirica Jaime e às nossas filhas Joelma e Cénete, que souberam enfrentar e supercar a minha ausência e prestar cuidados adequados à nossa família.

A presente tese beneficiou de apoio do governo de Moçambique, através da Universidade Pedagógica, pela concessão de uma bolsa individual de Doutoramento. Além disso, o Centro de Investigação em Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho proporcionou apoio financeiro para deslocações e disponibilizou o equipamento necessário para a recolha de dados.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Desenvolvimento e Qualidade dos Cuidados em Crianças em Acolhimento Institucional na Beira – Moçambique

Resumo

O presente estudo pretende contribuir para o conhecimento científico do impacto do acolhimento institucional no desenvolvimento de crianças entre os 4 e os 6 anos de idade em Moçambique. Este estudo integrou dois grupos de crianças: 46 crianças acolhidas em três instituições na Beira, Moçambique e 46 crianças a viverem com as suas famílias, bem como os cuidadores institucionais e os pais ou mães das crianças da comunidade. Foram recolhidos dados sociodemográficos dos participantes. As crianças foram avaliadas em termos de medidas físicas, nível intelectual, competências de autorregulação e funcionamento emocional/comportamental. Os adultos foram avaliados em termos de sintomatologia psicopatológica, perceção da qualidade de vida e qualidade dos comportamentos interativos com a criança. Procedeu-se, ainda, à avaliação de caraterísticas de ambos os contextos.

Crianças institucionalizadas evidenciaram valores de nível clínico no comprimento/altura, funcionamento cognitivo, e funcionamento emocional/comportamental. A orfandade e o abandono pela família de origem associaram-se a níveis cognitivos inferiores. O HIV na criança, a rotação do horário e a ausência de formação específica dos cuidadores relacionaram-se às dificuldades de autorregulação. O comprimento/altura abaixo do nível normativo, o abandono pela família, e a falta de contactos com a família estavam associados aos problemas emocionais; por seu lado, os problemas comportamentais estavam associados também ao comprimento/altura abaixo do nível normativo e ao abandono, bem como a baixa escolaridade dos cuidadores. Por fim, o comprimento/altura abaixo do nível normativo bem como o abandono estavam relacionados com o total de problemas emocionais e comportamentais.

Crianças da comunidade apresentaram, também, níveis cognitivos, baixos estando a desvantagem socioeconómica cumulativa da família associada a essas dificuldades. Verificou-se que as crianças do sexo masculino evidenciaram mais problemas comportamentais. A sensibilidade parental e a idade das crianças estavam associadas com a autorregulação e a cooperação parental estava relacionada com menores dificuldades emocionais e comportamentais.

Crianças institucionalizadas apresentaram menor QI e maiores dificuldades emocionais/comportamentais do que os seus pares da comunidade. Os prestadores de cuidados revelaram uma perceção mais positiva da sua qualidade de vida do que os pais biológicos. Porém, evidenciaram menor sensibilidade e cooperação na interação com a criança.

Palavras-chave: Criança, Desenvolvimento, Institucionalização, Privação.

Development and Quality of Care in Children in Institutional Care in Beira-Mozambique

Abstract

This study aimed to examine the impact of institutional care in children aged from 4 to 6 years old in Mozambique. This study included two groups: (i) 46 children living in institutions in Beira – Mozambique, and their institutional caretakers; (ii) 46 children living with their families, plus their fathers or mothers. Socio-demographic data has been collected and the children were assessed in terms of physical measures, intellectual level, self-regulation competences, and emotional/behavioral functioning. The adults were assessed in terms of psychopathological symptomatology, perception of the quality of life, and the quality of their interactive behavior with the child. Additionally, the characteristics of the institutional and familial contexts were evaluated.

Institutionalized children showed low levels of height/length and cognitive functioning, and high levels of emotional/behavioral problems. Children who were orphans or have been abandoned by their parents revealed the lowest levels. HIV in children, the caregivers' turnover, and the lack of specific training of the caretakers were related to children's difficulties in self-regulation. Children's height/length below the standard level, family abandonment and lack of contacts with the family of origin were associated with children's emotional problems; children's behavioral problems were related to height/length below the standard level, and the family abandonment was associated with the total number of emotional and behavioral problems.

Children living with their parents also presented low cognitive levels, and the family cumulative socioeconomic adversities were associated to children's low cognitive functioning. Boys presented more behavioral problems than girls. Parental sensitivity and child's age were positively associated to self-regulation. The parental cooperation was associated to lower emotional/behavioral problems displayed by children.

Institutionalized children have presented lower QI and higher emotional/behavioral problems in comparison with children living with their families. Comparing with the biological parents, the institutional caretakers revealed a more positive perception of the quality of life but, showed less sensitivity and cooperation in the interaction with the child.

Keywords: Child Development, Institutionalization, Parental Deprivation

Índice

Agradecimentos iii

Resumo v

Abstract vi

I. INTRODUÇÃO 11

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO 16

CAPÍTULO 1: DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NOS CONTEXTOS DE VIDA 17

1.1 Introdução 17

1.2 Desenvolvimento de Crianças em Idade Pré-Escolar 17

1.3 Psicopatologia do Desenvolvimento 19

1.3.1 Trajetórias de Desenvolvimento 20

1.3.2 Risco, Proteção e Resiliência 21

1.4 Teoria da Vinculação 24

1.4.1 Vinculação, Comportamento de Vinculação e Modelos Internos de Vinculação 25

1.4.2 Desenvolvimento da Vinculação e Padrões de Vinculação 27

CAPÍTULO 2: IMPACTO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS FAMILIARES NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA: EXPERIÊNCIAS ADVERSAS PRECOCES 29

2.1 Introdução 29

2.1.1 Abuso Parental de Substâncias e Desenvolvimento da Criança 29

2.1.2. Efeitos da Pobreza no Desenvolvimento Infantil 31

2.1.3 Efeitos da Psicopatologia Parental no Desenvolvimento Infantil 32

2.1.4 Efeitos de Maus-tratos no Desenvolvimento Infantil 34

2.2 O Contexto Ambiental das Famílias Moçambicanas 37

CAPÍTULO 3: IMPACTO DA PRIVAÇÃO DOS CUIDADOS PARENTAIS NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA 41

3.1 Efeitos da Privação dos Cuidados Parentais e dos Cuidados Institucionais 41

3.2 Efeitos da Institucionalização no Desenvolvimento das Crianças 42

3.2.1 Crescimento Físico 42

3.2.2 Desenvolvimento Mental e Autorregulação 45

3.2.3 Desenvolvimento Socioemocional 49

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO 52

I. INTRODUÇÃO 53

CAPÍTULO 4: OBJECTIVOS, HIPÓTESES E MÉTODO 56

4.1 Objetivos e Hipóteses do Estudo 56
4.2 Método 58
4.3 Instrumentos 64
4.3.1 Informação Sociodemográfica das Crianças e das Famílias 64
4.3.2 Desenvolvimento da Criança 65
4.3.3 Bem-estar Psicológico dos/as Prestadores/as de Cuidados Institucionais e dos/as Pais/mães 69
4.3.4 Qualidade da Interação dos/as Prestadores/as de Cuidados e dos/as Pais/Mães com a Criança 70
4.3.5 Qualidade do Contexto Institucional 71
4.4 Procedimento 72
CAPÍTULO 5: RESULTADOS 75
5.1 Estratégia Analítica 75
5.2 Desenvolvimento da Criança em Acolhimento Institucional 76
5.2.1 Estatísticas Descritivas 76
5.2.2 Associações Entre o Desenvolvimento da Criança e Restantes Variáveis do Estudo 77
5.2.3 Preditores do Desenvolvimento da Criança em Acolhimento Institucional 84
5.3 Desenvolvimento da Criança na Comunidade em Contexto Familiar em Desvantagem Socioeconómica 88
5.3.1 Estatísticas Descritivas 88
5.3.2 Associações Entre o Desenvolvimento da Criança e Restantes Variáveis 89
5.3.3 Preditores do Desenvolvimento da Criança em Desvantagem Socioeconómica 92
5.4 Qualidade dos Cuidados e Desenvolvimento da Criança na Instituição e na Comunidade: Análise Comparativa 94
5.4.1 Desenvolvimento da Criança 94
5.4.2 Bem-estar Psicológico e Sensibilidade e Cooperação Parental 95
CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 96
6.1 Desenvolvimento da Criança em Acolhimento Institucional 96
6.2 Desenvolvimento das Crianças em Famílias com Desvantagem Socioeconómica 102
6.3 Qualidade dos Cuidados e Desenvolvimento da Criança na Instituição e na Comunidade: Análise Comparativa 106
6.3.1 Diferenças no Desenvolvimento das Crianças 106
6.3.2 Diferenças entre Cuidadores e Pais no Bem-estar e na Responsividade Sensível 107
6.4 Próximos Estudos 109

6.5 Limitações 110
6.6 Implicações Clínicas 110
6.7 Conclusões 112
Referências 114
Anexos 128

Lista de Tabelas

Tabela 1 Associações entre os Domínios do Desenvolvimento da Criança 77
Tabela 2 Diferenças no Desenvolvimento da Criança em Função da Presença versus Ausência de HIV. 79
Tabela 3 Associações entre o Desenvolvimento da Criança em Acolhimento e o Crescimento Físico 79
Tabela 4 Diferenças no Desenvolvimento da Criança em Função do Abandono 80
Tabela 5 Diferenças em Função da Orfandade 80
Tabela 6 Diferenças no Desenvolvimento em Função do Contacto com a Família de Origem 81
Tabela 7 Diferenças no Desenvolvimento da Criança em Função da Rotatividade do Horário dos Cuidadores 82
Tabela 8 Diferenças no Desenvolvimento da Criança em Função da Escolaridade dos Cuidadores 83
Tabela 9 Diferenças no Desenvolvimento em Função da Formação Específica dos Cuidadores 83
Tabela 10 Preditores do Funcionamento Cognitivo 85
Tabela 11 Preditores das Competências de Autorregulação 86
Tabela 12 Preditores do Funcionamento Emocional e Comportamental 87
Tabela 13 Associações entre os Domínios do Desenvolvimento da Criança 89
Tabela 14 Diferenças no Desenvolvimento em Função do Sexo 90
Tabela 15 Associações entre o Desenvolvimento da Criança e a Desvantagem Socioeconómica na Família 90
Tabela 16 Associações entre o Desenvolvimento da Criança e o Bem-Estar Psicológico dos Pais 91
Tabela 17 Associações entre o Desenvolvimento da Criança e a Responsividade Sensível dos Pais 92
Tabela 18 Preditores da Autorregulação 93
Tabela 19 Preditores do Funcionamento Emocional e Comportamental 93
Tabela 20 Diferenças entre Grupos no Desenvolvimento das Crianças 94
Tabela 21 Diferenças entre Grupos no Bem-estar Psicológico e na Sensibilidade e Cooperação 95

I. INTRODUÇÃO

Moçambique está localizado no sudoeste do continente Africano, fazendo parte dos países da África Subsariana, uma região da África situada a sul do Deserto de Sahara, constituída maioritariamente pela população negra. É uma região caracterizada por várias adversidades, com destaque para a pobreza extrema, analfabetismo, precariedade dos sistemas de saúde e de educação pública, várias doenças como a malária e o HIV-SIDA, falta de água potável, sistema de saneamento básico deficiente, corrupção na gestão pública, e conflitos políticos (Save the Children, 2010, 2013). De acordo com a UNESCO (2017), até 2014 registaram-se cerca de 1.543 milhões de pessoas portadoras de HIV/SIDA na África Subsariana. As adversidades mencionadas condicionam a saúde e o bem-estar das crianças nessa região (Bettmann, Mortensen, Akuoko, & Tatum, 2016; Hermenau, Hecker, Elbert, & Ruf-Leuschner, 2014; Kayira, 2016; Walakira, Ochen, Bululuki, & Allian, 2014), e aumentam a probabilidade de exposição das crianças a situações de maior vulnerabilidade. Até 2010, 115.5 milhões de crianças (81%) na África Subsariana apresentavam problemas de desenvolvimento devido à exposição precoce a pobreza extrema (Banco Mundial, 2016; Martinez, Naudeau, & Pereira, 2017). Estima-se que cerca de ¾ de crianças com HIV vivem na África Subsariana, e a maior parte delas vivam em instituições de acolhimento (Bettman et al., 2016).

A maior parte dos países da África Subsariana ratificou a adesão à Convenção sobre os Direitos da Criança. Contudo, muitos destes governos não têm a capacidade financeira para implementar as políticas de proteção de crianças órfãs e vulneráveis (COVs), nomeadamente para a adoção e o acolhimento familiar, o que torna a institucionalização a única alternativa para a proteção e cuidados destas crianças (Save the Children, 2014).

Devido às dificuldades financeiras dos governos, igrejas e organizações não governamentais internacionais têm sido os principais atores no financiamento da construção, funcionamento e manutenção das instituições de acolhimento das COVs (Save the Children, 2013, 2014; Milligan, Withington, Connelly, & Gale, 2017).

Em alguns casos, a institucionalização de crianças na África Subsariana é considerada uma fonte de negócios, pois captam-se fundos de doadores internacionais para financiar a construção e funcionamento das instituições de acolhimento (Save the Children, 2014; Milligan et al., 2017). Tais financiamentos são feitos em função do número de crianças (Save the Children, 2014; Milligan et al., 2017), pelo que se constroem mais instituições de acolhimento e recrutam-se mais crianças e voluntários que recebem baixos incentivos financeiros (Milligan et al., 2017; ROSC, 2016; Save the Children, 2014). Na maioria dos casos, perde-se o foco no superior interesse da criança em detrimento

dos interesses dos promotores e gestores das instituições e desviam-se os fundos (Save the Children, 2014). O desvio de fundos, por sua vez, pode gerar suspeitas e suspensão do financiamento por parte dos doadores, dificultando, assim, o funcionamento das instituições (e.g., verificam-se atrasos no desembolso dos fundos e atrasos no pagamento dos incentivos aos cuidadores e *staff*) e afetando a qualidade dos cuidados institucionais (Save the Children, 2014).

Estudos africanos centrados na avaliação da estrutura e funcionamento das instituições e desenvolvimento das crianças, por exemplo, no Ghana (Bettman et al., 2016) no Malawi (Johnston, 2015; Kayira, 2016), na África do Sul e no Botswana (Nyamutinga & Kang'ethe, 2015), no Quénia (Ucembe, 2015), e no Uganda (Walakira et al., 2014), consideraram que, globalmente, as instituições de acolhimento de COVs oferecem às crianças a oportunidade de terem uma segunda casa e uma figura de vinculação. Para além disso, algumas crianças institucionalizadas consideram-se satisfeitas com condições institucionais, quando comparadas com as condições da família biológica (UNICEF, 2011). No entanto, apontam-se inúmeras dificuldades no funcionamento das instituições de acolhimento na África Subsariana, como a estigmatização das crianças com HIV, os desafios financeiros, a gestão danosa, a baixa escolaridade da maioria dos prestadores de cuidados, e a sua falta de treinamento ou formação específica para a prestação de cuidados adequados ao desenvolvimento e bem-estar das COVs (Johnston, 2015; Nyamutinga & Kang'ethe, 2015; UNICEF, 2011). Por sua vez, as crianças estão frequentemente expostas à privação física, cognitiva, emocional e à ausência de proteção contra várias formas de abuso (Claret, 2008; Milligan et al., 2017; Walakira et al., 2014).

De facto, vários estudos africanos têm evidenciado os efeitos negativos da institucionalização no desenvolvimento das crianças (e.g., Claret, 2008; Hermenau et al., 2014; Walakira et al., 2014). Um estudo na Tanzânia revelou que as crianças com história de maus-tratos na instituição apresentaram graves problemas emocionais e comportamentais (Hermenau et al., 2014). Outro estudo na região sul de Moçambique demonstrou que crianças institucionalizadas expostas à negligência, ao abuso físico e privadas de relações de vinculação evidenciavam sintomas de stress pós-traumático (Claret, 2008).

Segundo os dados preliminares do Censo da População e de Habitação, em 2017 Moçambique apresentava uma população estimada de 28.861.863 (15.061.006 mulheres) e uma Densidade Populacional de 36 (INE, 2017). Os dados estatísticos do relatório das Nações Unidas (United Nations Development Programme, 2018) revelaram que, nesse mesmo ano, Moçambique situava-se no grupo dos 10 países mais pobres do mundo, com um Índice de Desenvolvimento Humano de 0.437, e um Índice de Pobreza Multidimensional (i.e., percentagem da população pobre privada nas dimensões da saúde, educação, emprego, eletricidade, fontes melhoradas de água potável e habitação condigna) de 72,5%. Além disso, 49.2% da população estava exposta à pobreza multidimensional severa,

apresentando uma pontuação de privação de pelo menos 50%, e 62.9% da população vivia abaixo do limiar de pobreza internacional, com menos de US$1.90 de poder de compra por dia (United Nations Development Programme, 2018). Com efeito, cerca de 43% de crianças moçambicanas sofrem de desnutrição crónica e 45% da mortalidade infantil dos 0 aos 5 anos de idade estão associados a desnutrição (UNICEF, 2018).

Em Moçambique, a institucionalização está inserida no âmbito dos programas de proteção de crianças órfãs e vulneráveis, nomeadamente crianças separadas temporariamente ou definitivamente dos seus familiares ou em risco de separação (Ministério da Mulher e da Ação Social, 2010, 2012a). Tais programas incluem o acolhimento familiar, a adoção e, como última alternativa, o acolhimento institucional (Conselho de Ministros, 2015; Ministério da Mulher e da Ação Social, 2010). As instituições de acolhimento têm a função de garantir a proteção, a segurança e o desenvolvimento integral saudável das COVs (Conselho de Ministros, 2015; Ministério da Mulher e da Ação Social, 2010).

A institucionalização em Moçambique está enquadrada num quadro político legal vigente no país e na região austral que privilegia a Proteção e Promoção dos Direitos da Criança (Save the Children, 2010, 2013). À semelhança de vários países africanos, em 1990, o governo moçambicano ratificou a adesão à Convenção sobre os Direitos da Criança através da Resolução n◦19/90, adaptada na 44ª Sessão Ordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 (Assembleia da República, 1990). A Constituição da República, em vigor desde o ano 2004, prioriza a infância e confere direito à proteção da família, da comunidade e do Estado, especialmente em crianças órfãs, portadoras de deficiência, abandonadas e vítimas de diferentes tipos de maus-tratos (ROSC, 2016).

Em 2005, o governo criou o Plano Nacional de Ação para Crianças (PNAC) tendo em vista a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento integral da criança com base nas políticas e estratégias governamentais (Save the Children, 2010, 2013). Devido à elevada prevalência de crianças a viver em situação de vulnerabilidade, em 2006, o governo aprovou o Plano de Ação para Crianças Órfãs e Vulneráveis (PACOV). O referido plano define as COVs como o conjunto de crianças privadas dos direitos fundamentais (i.e., segurança, educação, saúde, alimentação e nutrição, etc), das quais fazem parte agregados familiares chefiados por outras crianças, crianças de rua, crianças com deficiência e crianças deslocadas ou refugiadas, incluindo crianças em acolhimento institucional (Save the Children, 2010). As ações do PACOV incluem o fortalecimento das respostas nacionais e o apoio direto a estas as crianças no sentido de reduzir o impacto de HIV/SIDA, responder às suas dificuldades e problemas, reforçar os recursos comunitários para encontrarem soluções locais de proteção e cuidados a estas crianças e promover a recolha, monitorização e avaliação de dados (Save the Children, 2010, 2013).

Em 2008, e em conformidade com a Resolução nº 19/90 de 23 de Outubro que ratifica a adesão de Moçambique à Convenção sobre os Direitos da Criança, o governo aprovou a lei n◦7/2008 de 9 de Junho sobre a Promoção e Proteção dos Direitos da Criança. Esta lei confere os direitos de proteção alternativa e assistência especial por parte do Estado às crianças privadas de um ambiente familiar, nos termos fixados por lei (UNICEF, 2013).

Face à necessidade de regulamentação do funcionamento das instituições de acolhimento alternativo, em 2010, através do Diploma Ministerial n◦278/2010, o governo aprovou o Regulamento dos Infantários e Centros de Acolhimento às Crianças em Situação Difícil. Este regulamento estabelece os critérios de criação, constituição e funcionamento das instituições, cabendo aos infantários a responsabilidade de atender as crianças órfãs que necessitam dos primeiros cuidados maternos, e as crianças até aos 7 anos de idade expostas a vulnerabilidade e marginalização (Ministério da Mulher e da Ação Social, 2010).

Reconhecendo a família e as comunidades como contextos ideais para a sobrevivência e desenvolvimento da criança, o acolhimento alternativo foi considerado extensivo ao acolhimento familiar e à adoção. Assim, em 2015, através do Decreto n◦33/2015 de 31 de Dezembro, o governo aprovou o Regulamento de Proteção Alternativa de Menores, dirigido a menores separados temporariamente ou definitivamente dos seus familiares ou em risco de separação, mediante o acolhimento familiar, adoção e, em último recurso, o acolhimento institucional (Conselho de Ministros, 2015). Este regulamento assenta os seus princípios no respeito pelas diferenças e práticas culturais e religiosas que não contrariam os direitos e o superior interesse do menor (i.e., idade, maturidade, desenvolvimento físico, mental, moral e social) (Conselho de Ministros, 2015). Os instrumentos legais criados visam ajustar o acolhimento e prestação de cuidados de crianças às normas das Nações Unidas e prestar serviços de assistência institucional.

Reconhecendo o impacto negativo do acolhimento institucional no desenvolvimento das crianças, o governo moçambicano tem demonstrado preocupação em reduzir o número de crianças institucionalizadas (UNICEF, 2013). No entanto, persiste a permanência e a abertura de um número crescente de Centros de Acolhimento com prestadores de cuidadores sem formação específica (ROSC, 2016). Assiste-se, ainda, ao acolhimento familiar de natureza informal que pode constituir um risco de exposição da criança a várias formas de abuso, negligência, trabalho infantil e discriminação pelos membros da família (Milligan et al., 2017; ROSC, 2016).

Em 2011, cerca de 15000 crianças viviam em 155 centros de acolhimento em Moçambique (Ministério da Mulher e da Ação Social, 2012b). Em 2014, 13 dessas instituições, principalmente na zona centro do país, foram encerradas devido à constatação de fragilidades nas condições de

habitabilidade em termos de saúde, segurança, higiene e saneamento (Ministério da Mulher e da Ação Social, 2012b).

Apesar das evidências supracitadas, há escassez de estudos que avaliem os efeitos da institucionalização no desenvolvimento de crianças em Moçambique e as medidas governamentais no contexto do acolhimento institucional de COVs não têm sido informadas por evidências científicas. Tendo isso em conta, a presente dissertação pretendeu contribuir para o conhecimento do impacto do acolhimento institucional no desenvolvimento de crianças entre os 4 e os 6 anos de idade, na Cidade da Beira, Moçambique.

A presente dissertação é constituída por duas partes. A primeira parte, constituída por três capítulos, incide no enquadramento teórico e empírico da investigação posteriormente apresentada na segunda parte. Assim, o primeiro capítulo aborda o desenvolvimento e os contextos de vida da criança à luz da psicopatologia do desenvolvimento, sublinhando-se a necessidade de uma abordagem multinível e multimétodo para a compreensão do desenvolvimento (in)adaptativo do indivíduo. Numa análise mais detalhada da temática, foram privilegiadas a teoria ecológica e a teoria de vinculação. A teoria ecológica concebe o desenvolvimento como produto da interação entre as caraterísticas individuais e contextuais, e procura explicar o modo como os processos proximais e distais interagem com as caraterísticas individuais ao longo do tempo, de modo a potenciar ou inibir o desenvolvimento individual (Bronfenbrenner, 1979). Por sua vez, a teoria de vinculação destaca a necessidade de construção de uma relação de vinculação segura para o desenvolvimento saudável da criança através da sua interação com um cuidador sensível e responsivo ao longo da infância (Bowlby, 1988). O segundo capítulo apresenta uma revisão da investigação sobre os efeitos das adversidades precoces no desenvolvimento infantil, com destaque para as consequências da exposição pré-natal às substâncias tóxicas, maus-tratos, psicopatologia parental e pobreza. O terceiro capítulo apresenta uma revisão da investigação sobre os efeitos da privação de cuidados parentais no desenvolvimento da criança, com especial foco no impacto da institucionalização no desenvolvimento físico, mental, autorregulação, social e emocional.

A segunda parte da dissertação apresenta o estudo empírico sobre o desenvolvimento das crianças acolhidas em instituições na cidade da Beira, Moçambique, ao longo de três capítulos: primeiramente são abordados os objetivos, hipóteses, método e procedimentos do estudo, em seguida, os resultados e, por fim, a discussão dos resultados, limitações, implicações clínicas e principais conclusões.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO

CAPÍTULO 1: DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NOS CONTEXTOS DE VIDA

1.1 Introdução

O desenvolvimento é um processo de mudanças sequenciais de ordem quantitativa e qualitativa, que ocorrem no indivíduo ao longo do tempo desde a conceção até a morte. Inclui os processos biologicamente programados e os processos pelos quais o organismo se altera ou se transforma através da interação com o meio ambiente, processando-se através da interação entre fatores biológicos e ambientais (Muir, 1999). É um conceito complexo e envolve a capacidade adaptativa individual ao meio ambiente. O desenvolvimento bem-sucedido ocorre quando o meio ambiente é capaz de providenciar à criança o suporte e os recursos necessários e quando a própria criança se revela apta na utilização das suas competências para se adaptar ao meio (Baptista, 2011). Contudo, nem sempre o meio ambiente providencia os recursos e o suporte necessários ao desenvolvimento normativo das crianças. Quando os desafios impostos pelo ambiente são excessivos ou as competências da criança são insuficientes para uma adaptação bem-sucedida, podem ocorrer perturbações no desenvolvimento individual (Baptista, 2011).

O presente capítulo tem como objetivo caraterizar o desenvolvimento nos contextos de vida da criança. Para a operacionalização deste objetivo privilegiou-se a abordagem da Psicopatologia do Desenvolvimento, que aborda o desenvolvimento numa perspetiva multinível dos fatores que influenciam as trajetórias do desenvolvimento individual (Cicchetti, 2006). Adicionalmente, e de acordo com a natureza da temática dessa dissertação, serão abordadas a perspetiva ecológica (Bronfenbrenner, 1979) e a teoria da vinculação (Bowlby, 1988).

1.2 Desenvolvimento de Crianças em Idade Pré-Escolar

As crianças em idade pré-escolar apresentam um avanço significativo na capacidade de exploração do meio ambiente. Brincar é considerado pela literatura como sendo a atividade central desta fase, e que permite estimular o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial (Papalia, Olds, & Feldman, 2009).

O desenvolvimento físico tende a ser mais lento em comparação com a fase anterior, contudo, registam-se alguns avanços desenvolvimentais significativos (Papalia et al., 2009). Estima-se um crescimento médio de cerca de 5 a 7.6 centímetros de comprimento, e um aumento entre 1.8 a 2.7

quilos de peso por ano (Papalia et al., 2009). As crianças tornam-se mais fortes e firmes devido ao desenvolvimento muscular e esquelético acentuado (Papalia et al., 2009). Para além disso, o cérebro evidencia um desenvolvimento significativo ao nível do córtex pré-frontal, permitindo uma maior capacidade do planeamento e organização das ações, bem como o desenvolvimento das habilidades motoras grossa e fina evidenciadas pela expressão artística do desenho e da pintura (Papalia et al., 2009). O cérebro atinge 95% do seu volume máximo e sofre uma mudança gradual no corpo caloso, permitindo a transmissão mais rápida e eficiente da informação, bem como a melhoria da coordenação dos sentidos, dos processos de memória, atenção, concentração, fala e audição (Papalia et al., 2009).

Nesta fase, a criança torna-se capaz de utilizar símbolos ou representações mentais através de palavras, números e/ou imagens, o que é evidente nas brincadeiras de faz de contas (Papalia et al., 2009; Piaget, 1959, 1999). Contudo, apesar destes avanços significativos, a criança ainda não é capaz de construir um pensamento lógico sobre determinados eventos (Papalia et al., 2009; Piaget, 1959, 1999). Ao nível do funcionamento cognitivo, desenvolvem-se as capacidades de compreensão de identidade, causalidade, categorização e a compreensão de números, bem como a teoria da mente (Papalia et al., 2009; Piaget, 1959, 1999). Para além disso, as crianças demonstram maior interesse pelas causas dos fenómenos (i.e., idade dos porquês), distinguem a fantasia da realidade e superam o pensamento animista passando ao artificialismo (Lima, 2004).

Relativamente à linguagem, nesta fase as crianças desenvolvem rapidamente o vocabulário, a gramática e a sintaxe. Para além disso, adquirem a competência pragmática, isto é, o conhecimento prático de utilizar a linguagem para comunicarem em contextos de interação interpessoal, incluindo a habilidade de saber pedir, contar uma história ou uma piada, motivar e continuar uma conversa, e adaptar os comentários à perspetiva do ouvinte (Papalia et al., 2009). O desenvolvimento da linguagem e a socialização permitem progressos significativos no domínio do processamento da informação, especialmente ao nível da memória operacional, do reconhecimento, bem como da memória autobiográfica e memória episódica ligeira (Papalia et al., 2009).

No entanto, apesar de um conjunto variado de avanços desenvolvimentais significativos, neste período pré-operatório, de acordo com Piaget (1959, 1999), as crianças manifestam egocentrismo ao nível do pensamento e linguagem, nas brincadeiras e nos jogos, e não são ainda capazes de reversibilidade ao nível do pensamento. Para Piaget (1959, 1999), o desenvolvimento psicossocial, bem como o desenvolvimento das funções intelectuais, progride de modo articulado neste período pré-operatório. Assim, o desenvolvimento cerebral no córtex pré-frontal, especialmente das funções executivas, permite efetuar o controlo consciente de pensamentos, emoções e ações para atingir metas ou resolução de problemas (Papalia et al., 2009; Piaget, 1959). Ao nível da vida afetiva, Piaget (1959,

1999) destacou o desenvolvimento dos sentimentos interpessoais ligados à socialização da ação, e o surgimento de sentimentos morais resultantes das relações entre a criança e os adultos de referência, bem como a regulação dos interesses e valores ligados ao pensamento intuitivo. Nas interações no grupo de pares, os rapazes tendem a evidenciar mais problemas do comportamento do que as raparigas (e.g., Buil, Koot & van Lier, 2019; Chen, 2010; Deater-Deckard & Dodge, 2009; Maguire Niens, McCann & Connolly, 2016). Nesta fase, as crianças não compreendem as causas dos fenómenos da natureza, por isso tendem a ter medo dos trovões, relâmpagos, escuridão, ruídos e silêncio. Em particular, a privação da companhia materna tem sido apontada como a principal fonte do medo (Gross, 2004).

Em síntese, as crianças em idade pré-escolar apresentam uma maior capacidade de exploração do meio ambiente. A socialização, especialmente os jogos e brincadeiras, contribuem para o desenvolvimento de habilidades motoras grossas e finas, funcionamento cognitivo e socioemocional, no âmbito de diversos contextos e no seio das interações com outros significativos, adultos e pares (Papalia et al., 2009; Piaget, 1959). Assim, fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais interagem neste processo e contribuem para a qualidade das trajetórias de desenvolvimento, adaptativas ou inadaptativas (Bronfenbrenner, 1979; Cicchetti, 2006; Cowan & Cowan, 2006; Hayden & Mash, 2014).

A Psicopatologia do Desenvolvimento consituti uma abordagem integrativa que possibilita uma melhor compreensão dos mecanismos de interação entre os diferentes fatores no desenvolvimento individual (Cicchetti, 2006) e será, por isso, abordada em seguida.

1.3 Psicopatologia do Desenvolvimento

A Psicopatologia do Desenvolvimento fornece um quadro amplo e integrador do desenvolvimento individual (Cicchetti, 2006; Mash & Dozois, 2003), sublinhando a interação entre os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais no desenvolvimento (in)adaptaitvo ao longo da vida (Cicchetti, 2006). A Psicopatologia do Desenvolvimento assume uma visão integrada e multinível para a compreensão do desenvolvimento individual, na qual o conhecimento do desenvolvimento normal é considerado fundamental para a compreensão da psicopatologia (Cicchetti, 2006). O desenvolvimento normal é caracterizado pelo aumento da complexidade da organização em termos da emergência de novas propriedades e competências estruturais e funcionais nos vários níveis de análise, como consequência da interação contínua entre um organismo ativo, dinâmico e o meio ambiente (Cicchetti, 2006).

A Psicopatologia do Desenvolvimento considera o desenvolvimento individual como um processo dinâmico e complexo que resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Cicchetti, 2006; Hayden & Mash, 2014; Wilmshurst, 2009). Neste âmbito, o estudo do desenvolvimento

individual requer uma abordagem eclética sustentada (i) no conhecimento sobre o desenvolvimento e expectativas de desenvolvimento, (ii) no conhecimento das diversas fontes de influências, relativamente às caraterísticas da criança e às caraterísticas ambientais e (iii) no conhecimento dos modelos teóricos que explicam o desenvolvimento da criança (Hayden & Mash, 2014; Mash & Dozois, 2003; Wilmshurst, 2009). Esta abordagem contribui para a compreensão da psicopatologia enquanto desvio do desenvolvimento normativo e adaptivo (Cicchetti, 2006).

À luz da Psicopatologia do Desenvolvimento, abordam-se, de seguida, as trajetórias desenvolvimentais individuais, fatores de risco e de proteção e resiliência, nos contextos de vida da criança.

1.3.1 Trajetórias de Desenvolvimento

De acordo com a Psicopatologia do Desenvolvimento, ao longo da trajetória de desenvolvimento, os indivíduos podem evoluir entre o desenvolvimento adaptativo e inadaptivativo (Davies & Cummings, 2006) através da influência de diversos fatores biológicos, psicológicos e/ou sociais (Hayden & Mash, 2014; Mash & Dozois, 2003). Esta perspetiva sublinha a interação dinâmica e recíproca entre as características individuais e contextuais na trajetória de desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979), concebendo o indivíduo como um agente ativo, processador da experiência (Cicchetti, 2006; Davies & Cummings, 2006), que seleciona, integra e afeta ativamente o seu próprio desenvolvimento e o ambiente de forma dinâmica (Cicchetti, 2006).

Assim, o desenvolvimento é visto como resultante da interação contínua entre um individuo ativo e um contexto mutável e dinâmico (Cicchetti, 2006). Neste sentido, Messick (1983), ao analisar as variáveis contextuais com implicações no desenvolvimento individual, considerou: a) *a criança como contexto*, na medida em que as características da criança (i.e., predisposições e traços) podem influenciar a trajetória do desenvolvimento; b) *a criança do contexto*, no sentido em que a criança faz parte de um contexto de influências inter-relacionadas (i.e., famílias, pares, sala de aulas, professores, comunidade e cultura) e; c) *a criança em contexto*, pois é concebida como uma entidade dinâmica e em mudança, em interação permanente com os diversos elementos do contexto em que está inserida.

A Psicopatologia do Desenvolvimento, com base no princípio de equifinalidade, considera que um mesmo resultado desenvolvimental pode advir de múltiplos fatores (Cicchetti, 2006; Hayden & Mash, 2014; Wilmshurst, 2009). Por exemplo, a depressão infantil pode resultar, entre outros fatores, tanto da privação dos cuidados parentais como da rejeição de pares (Cicchetti, 2006). Por outro lado, de acordo com o princípio de multifinalidade, um único fator de risco pode produzir resultados desenvolvimentais

diferentes (Cicchetti, 2006; Hayden & Mash, 2014; Wilmshurst, 2009). Por exemplo, a privação dos cuidados parentais podem conduzir a diferentes tipos de problemas, como problemas de conduta ou problemas de internalização, como a depressão (Cicchetti, 2006).

Por essa razão, a Psicopatologia do Desenvolvimento considera que a análise das trajetórias de desenvolvimento deve ser baseada numa abordagem multidimensional e multinível de fatores de risco e de proteção, que podem favorecer ou inibir o desenvolvimento normativo (Cicchetti, 2006; Hayden & Mash, 2014; Mash & Dozois, 2003; Wilmshurst, 2009). Por isso, abordam-se de seguida os fatores de risco, de proteção e resiliência ao longo da trajetória desenvolvimental individual.

1.3.2 Risco, Proteção e Resiliência

Tal como referido anteriormente, diferentes eventos ou circunstâncias podem inibir a adaptação positiva (fatores de risco) ou, pelo contrário, reduzir o efeito adverso dos fatores de riscos (fatores de proteção) (Cicchetti, 2006).

Um fator de risco é concebido como uma variável ou condição antecedente associada a uma probabilidade elevada de um resultado negativo específico numa população, ao passo que um fator de proteção é a variável ou condição que reduz a probabilidade do resultado negativo, apesar da presença do risco (Cowan & Cowan, 2006). Um fator de vulnerabilidade é definido como uma variável ou condição que aumenta a probabilidade de um resultado negativo associado a um dado risco (Cowan & Cowan, 2006). Assim, existem indivíduos expostos a maior risco e com poucos recursos de proteção, o que implica uma maior vulnerabilidade (Cicchetti, 2006). Por exemplo, no caso de uma criança exposta a pobreza e privada dos cuidados parentais, a pobreza constitui um fator de risco e a privação dos cuidados parentais pode resultar da incapacidade parental de adaptação às dificuldades socioeconómicas, implicando uma maior vulnerabilidade para a criança.

Acredita-se, no entanto, que um único fator de risco pode não operar e produzir um resultado psicopatológico, mas um conjunto de fatores de risco aumenta o potencial de produzir resultados disfuncionais e/ou psicopatológicos (Cicchetti, 2006; Mayes & Suchman, 2006). Este pressuposto sugere o modelo de risco cumulativo, segundo o qual a interação entre diferentes fatores de risco aumenta o potencial e a probabilidade de resultados psicopatológicos no indivíduo (Cicchetti, 2006; Mayes & Suchman, 2006; Wilmshurst, 2009). Assim, espera-se uma maior probabilidade de ocorrência de resultados psicopatológicos numa criança exposta a uma multiplicidade de fatores de risco (Cicchetti, 2006; Hayden & Mash, 2014; Wilmshurst, 2009).

Os fatores de risco e de proteção são estabelecidos com base numa matriz de análise múltidomínios - genéticos, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afetivos, experiências intrafamiliares, socioeconómicas e culturais – e operam em diversos contextos (Bronfenbrenner, 1979; Cicchetti, 2006).

A abordagem ecológica de Bronfenbrenner (1979) é elucidativa ao demonstrar a forma como as características individuais interagem com os diferentes níveis dos contextos para produzir resultados desenvolvimentais adaptativos ou desadaptativos, destacando:

a) *o microsistema*, formado pelos contextos proximais onde ocorrem interações diretas entre a criança e outros elementos, nomeadamente a família. No seio familiar ocorrem vários eventos e circunstâncias que podem constituir pontenciais fatores de risco ou de proteção no desenvolvimento da criança. Por exemplo, elevada insensibilidade parental, negligência, conflitos parentais e abuso físico e/ou psicológico são alguns dos fatores de risco associados a problemas do desenvolvimento na criança (Bronfenbrenner, 1979). Por outro lado, a sensibilidade parental, o afeto positivo, e o atendimento às necessidades de saúde e de educação promovem a adaptação da criança (Bronfenbrenner, 1979; Moraes & Dias, 2015);
b) *o mesossitema*, formado por um conjunto de microssistemas, que a criança frequenta e onde estabelece relações (e.g., grupo de pares, vizinhança, escola, bairro, família alargada), e onde ocorrem, também, situações de risco ou protetoras para o desenvolvimento da criança. Por exemplo, o *bullying* no contexto escolar constitui um fator de risco neste contexto, enquanto que a aceitação dos pares, pelo contrário, constitui um fator protetor (Bronfenbrenner, 1979; Cecconello & Koller, 2003; Moraes & Dias, 2015);
c) *o exossistema*, formado pelos ambientes onde a criança não é um participante ativo, mas que exercem influência sobre o seu desenvolvimento (e.g., o local de trabalho dos pais, as redes sociais familiares, a comunidade onde a família está inserida). Pode-se apontar, por exemplo, o nível de violência comunitária, o baixo nível salarial dos pais, ou o *stress* laboral como fatores de risco. Por outro lado, a segurança e o sentido de comunidade do bairro, ou o sucesso laboral dos pais poderão ser apontados como fatores protetores (Bronfenbrenner, 1979; Cecconello & Koller, 2003; Moraes & Dias, 2015);
d) *o macrossistema*, formado pelos ambientes mais distais com influência no desenvolvimento da criança (e.g., conjunto de ideologias, valores, crenças culturais, religiosas, políticas governamentais, etc) (Bronfenbrenner, 1979; Cecconello & Koller, 2003; Moraes & Dias, 2015). Desta forma, as políticas públicas que privilegiam a saúde e a educação de qualidade às crianças podem possibilitar a adaptação positiva da criança (fator protetor), enquanto que

práticas culturais que incentivam a violência na gestão de conflitos representam um risco para o desenvolvimento normativo (fator de risco).

Relativamente à resiliência, a Psicopatologia do Desenvolvimento procura responder a determinadas questões sobre: a) o desenvolvimento normativo face à exposição a riscos; b) o desenvolvimento de perturbação face a condições que facilitam a adaptação positiva (Cowan & Cowan, 2006). A literatura tem demonstrado, de modo consistente, que nem todos os indivíduos expostos às situações adversas apresentam problemas desenvolvimentais (Cicchetti, 2006; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Noltemeyer & Bush, 2013). Há evidências de que algumas crianças demostram uma capacidade adaptativa substancialmente positiva em circunstâncias de alto risco (Cicchetti, 2006; Hayden & Mash, 2014; Luthar et al., 2000; Noltemeyer & Bush, 2013), revelando-se resilientes às adversidades.

A resiliência representa, assim, a adaptação positiva em situações de adversidades (Luthar, 2006). No entanto, não deverá ser encarada como uma qualidade rara, um atributo universal, uma categoria ou traço fixo de uma criança (Hayden & Mash, 2014). Evidências científicas revelam que as crianças podem ser resilientes em determinados domínios e noutros não; por exemplo, crianças expostas à pobreza podem revelar uma elevada competência cognitiva, porém, apresentarem problemas de regulação emocional (Hayden & Mash, 2014; Luthar, 2006; Noltemeyer & Bush, 2013).

A resiliência resulta da interação entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais (Hayden & Mash, 2014; Luthar, 2006; Luthar et al., 2000; Noltemeyer & Bush, 2013), no sentido em que os processos de desenvolvimento (e.g., desenvolvimento cerebral, cognitivo, da personalidade, relações entre cuidador-criança, regulação emocional e comportamental, motivação para a aprendizagem, etc.) interagem com o contexto sociocultural para conferir a resiliência individual (Hayden & Mash, 2014; Luthar, 2006; Luthar et al., 2000; Noltemeyer & Bush, 2013).

A resilência é concebida como o produto da interação entre fatores de risco e de proteção, onde os fatores de proteção moderam o impacto negativo dos fatores de risco (Bronfenbrenner, 1979; Luthar, 2006; Luthar et al., 2000; Noltemeyer & Bush, 2013). Assim, as variáveis proximais e distais podem funcionar como moderadores e potenciar capacidades para: a) evitar resultados negativos e/ou alcançar resultados positivos, apesar do indivíduo estar em alto risco para o desenvolvimento de psicopatologia; b) demonstrar competência substancial sob *stress* crónico ou; c) mostrar recuperação do trauma (Bronfenbrenner, 1979; Hayden & Mash, 2014).

O conceito de resiliência constitui um contributo significativo para a investigação no âmbito da Psicopatologia do Desenvolvimento, pois facilita a identificação de fatores de risco e fatores de proteção - proximais e distais - e poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção para a

promoção da adaptação positiva em situações de adversidade (Cicchetti, 2006; Hayden & Mash, 2014; Luthar et al., 2000; Noltemeyer & Bush, 2013).

Assim, as experiências afetivas precoces, vivenciadas no contexto de interação entre a criança e o cuidador, afiguram-se relevantes na explicação do desenvolvimento normativo ou psiopatológico, atual e posterior. A teoria de vinculação, apresentada de seguida, constitui um quadro conceptual e empírico muito relevante neste âmbito.

1.4 Teoria da Vinculação

A teoria da vinculação valoriza a necessidade e o impacto dos contactos emocionais próximos entre um cuidador disponível, sensível e responsivo e a criança, desde o nascimento, como uma condição indispensável para o desenvolvimento saudável (Bowlby, 1988). Bowlby (1988) observou que as crianças em situações de ameaça e desconforto tendiam a procurar os seus cuidadores principais em busca de conforto, proteção e segurança e que a ausência e/ou indisponibilidade dessa figura de referência era motivo de perturbação na criança. Essas observações levaram-no a defender a parentalidade sensível como sendo um factor fundamental para a saúde mental da criança.

Apartir das suas experiências profissionais como psiquiatra, Bowlby (1988) interessou-se em compreender os efeitos das experiências familiares no desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida. Durante as suas observações, constatou que as experiências ocorridas no contexto familiar determinavam as perturbações de personalidade que as crianças e adolescentes vinham mais tarde a evidenciar (Bowlby, 1969/1982, 1988; Soares, 1996). Bowlby (1980, 1988) observou, ainda, que os comportamentos que as crianças manifestavam em situações de privação materna eram muito semelhantes aos que observava nos seus clientes em psicoterapia, perturbados pelas experiências precoces de separação (e.g., evidenciavam ansiedade e/ou raiva em situações de frustração).

Na infância, a vinculação desenvolve-se no contexto das interações entre a criança e o seu cuidador primário (Bowlby, 1988). Assim, a figura parental ou outro cuidador primário assume a função de figura de vinculação, especialmente quando é disponível, sensível, responsiva, consistente e estável, proporcionando afeto, conforto, proteção e segurança à criança em situações de ameaça ou mal-estar (Bowlby, 1988).

À luz da investigação da vinculação, a sensibilidade parental na prestação dos cuidados assume uma grande relevância no contexto de interação entre a criança e o cuidador, sendo concebida como a capacidade do cuidador em perceber, interpretar e responder de modo adequado e contingente às necessidades da criança (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1988). Uma figura de

vinculação sensível, responsivo(a), disponível, consistente e estável constitui-se como uma base segura ao conferir segurança à criança para a exploração do meio ambiente, condição essencial para o seu desenvolvimento (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988; Marrone, 2014; Soares, 1996). Pelo contrário, a insensibilidade da figura de vinculação nos cuidados tende a ter implicações desfavoráveis no desenvolvimento da criança, nomeadamente ao nível da qualidade da vinculação, da autorregulação, e do funcionamento mental, sócio-emocional e comportamental (Bowlby, 1980, 1988; Doyle & Cicchetti, 2017; Zeanah, Humphreys, Fox, & Nelson, 2017).

Analisaremos, em seguida, com mais detalhe, os principais conceitos da teoria da vinculação.

1.4.1 Vinculação, Comportamento de Vinculação e Modelos Internos de Vinculação

Desde os primeiros meses de vida, o bebé estabelece uma relação privilegiada com uma figura particular que, em princípio, lhe confere segurança, proteção, conforto e a satisfação das suas necessidades através dos seus comportamentos de cuidados (Bowlby, 1969/1982, 1988; Soares, 1996). Tal como refere Soares (1996), "esta relação desenvolve-se no âmbito de um sistema interativo, que se articula em dois papeis distintos: o do bebé, em busca de cuidados e atenção que lhe garantam a satisfação das suas necessidades de segurança e proteção, e o do adulto disponível capaz de responder as solicitações da criança através da prestação de cuidados" (p.31). Desempenhando esse papel, o adulto tende a tornar-se uma figura de vinculação para a criança (Soares, 1996). A ausência ou separação da criança da figura de vinculação pode causar um estado de ansiedade, e até mesmo inibir a implementação de atividades de exploração do mundo externo (Bowlby, 1988; Soares, 1996).

No contexto da interação entre a criança e um adulto particular, o comportamento de vinculação é definido como qualquer comportamento que tem como resultado o estabelecemento ou manutenção de proximidade entre a criança e e o adulto (Bowlby, 1969/1982, 1988; Soares, 1996). Bowlby (1969/1982, 1973, 1988) e Ainsworth et al. (1978) distinguiram três condições que podem ativar o comportamento de vinculação no contexto interativo: a) *as condições internas, relativas à própria criança* (e.g., doença, fome, dor, frio, sede etc); b) *as condições ambientais relacionadas com a figura de vinculação* (e.g., a ausência, distância, saída ou retorno da figura de vinculação, ou a sua rejeição ou falta de resposta); e c) *condições ambientais relacionadas com eventos stressantes ou ameaçadores de todos os tipos*, incluindo pessoas estranhas ou desconhecidas.

Para além das condições de ativação, a teoria de vinculação refere-se às condições que podem restabelecer o equilíbrio psicológico da criança face à ameaça - *condições de terminação do comportamento de vinculação*, variando de acordo com a intensidade de ativação (i.e., alta ou baixa)

(Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988). Em condições de ameaça extrema, o contacto físico com a figura de vinculação constitui a condição fundamental de terminação do comportamento de vinculação na criança (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988). Em condições de baixa ativação, um olhar, um sorriso ou a proximidade da figura de vinculação pode terminar o comportamento de vinculação, e a criança pode retornar à exploração do meio ambiente (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969/1982, 1988). Dependendo das condições de ativação, os comportamentos de vinculação ao longo da vida podem ser manifestados de diferentes modos e em diferentes circunstâncias (Bowlby, 1988). Por seu lado, a vinculação é considerada um atributo pessoal, uma forte disposição afetiva de busca de proximidade e contacto com um indivíduo (Ainsworth et al., 1978). O vínculo é, assim, duradouro e reporta-se a um número reduzido de indivíduos, preferencialmente, figuras de referência afetiva (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988).

A distinção entre *vinculação* e *comportamento de vinculação* é evidente em circunstâncias de longa separação entre uma criança e a sua figura de vinculação. As evidências demonstram que, durante a separação, uma figura substituta sensível pode reduzir a angústia e a ansiedade de separação, e a criança é capaz de direcionar o comportamento de vinculação a essa figura (Ainsworth et al., 1978). Porém, o vínculo com a sua figura de vinculação não diminui, e irá facilitar o restabelecimento de relacionamentos normais na reunião com essa figura quando há uma clara ativação do comportamento de vinculação (Ainsworth et al., 1978).

Segundo Bowlby (1988), a partir das interações com a figura de vinculação, a criança vai construíndo uma organização interna com caraterísticas específicas que incluem *modelos internos dinâmicos,* de representação do *self* e das figuras de vinculação. Para Bowlby (1988), os modelos internos que a criança constrói nos primeiros anos de vida têm uma relação estreita com a maturação das estruturas mentais. É o desenvolvimento das capacidades cognitivas que torna possível prever a ocorrência de uma variedade de situações suscetíveis de serem sentidas como ameaçadoras, e solicitar a proximidade com a figura de vinculação. Assim, a criança determina os sentimentos em relação aos outros e em relação a si mesma, incluindo expectativas sobre o modo como os outros a irão tratar, e o planeamento do seu próprio comportamento em relação às figuras de vinculação (Bowlby, 1988).

Para Bowlby (1988), os modelos internos são dinâmicos, no sentido em que, à medida que a criança cresce, esta vai atualizando os modelos gradualmente, de acordo com a forma como é tratada pelas figuras de referência. Uma vez construídos estes modelos internos representacionais, a criança torna-se mais capaz de sustentar a sua relação com a figura de vinculação por períodos cada vez mais longos de ausência (Ainsworth et al., 1978).

1.4.2 Desenvolvimento da Vinculação e Padrões de Vinculação

À luz da teoria da vinculação (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969/1982, 1988; Soares, 1996), destacam-se quatro fases no desenvolvimento da vinculação:

a) *Orientação e sinais com uma discriminação limitada das figuras*. Decorre desde o nascimento até às primeiras 12 semanas de vida, ou mais em condições desfavoráveis. Nesta fase, o bebé revela capacidade limitada de discriminação das pessoas e está equipado de comportamentos de sinalização para busca ativa de proximidade (e.g., orientação para a pessoa com o movimento dos olhos, agarrar e alcançar, sorrir, balbuciar) (Ainsworth et al., 1978);

b) *Orientação e sinais dirigidos para uma (ou mais) figura(s) discriminada(s)*. O bebé manifesta ainda comportamentos da fase anterior, no entanto a orientação e discriminação tendem a ser mais evidentes em relação à figura parental do que aos outros membros da família. O bebé já discrimina claramente figuras familiares de figuras não familiares. Essa fase pode estender-se até aos 6 meses de idade ou mais de acordo com as circunstâncias (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988; Soares, 1996);

c) *Manutenção da proximidade com uma figura discriminada através de locomoção e de sinais*. Inicia-se por volta dos 6-7 meses de vida e decorre até os 2-3 anos de idade. O bebé torna-se cada vez mais discriminante na forma como trata as pessoas, sendo cada vez mais ativo na procura de proximidade e contacto com as suas figuras discriminadas e preferidas. A locomoção e a linguagem tornam-se suportes desenvolvimentais significativos para o sucesso da interação. Para além disso, utiliza a figura de vinculação como base de exploração do meio, e seleciona outros membros da família como figuras alternativas da vinculação (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988; Soares, 1996);

d) *Formação de uma relação recíproca corrigida por objetivos*. A criança torna-se capaz de percecionar as coisas do ponto de vista da figura de vinculação e, assim, inferir os sentimentos, motivos, metas e planos que podem influenciar o seu comportamento. Esta capacidade permite o desenvolvimento de relações mais complexas, visto que pressupõe uma organização mais flexível corrigida por objetivos (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988; Soares, 1996).

Bowlby (1969/1982,1988) considerou que a vinculação permanece ao longo do ciclo de vida, e que nas fases de desenvolvimento subsequentes é alargada a outras figuras. Contudo, há diferenças individuais na qualidade da vinculação que já são evidentes no final do primeiro ano de vida, como irá ser abordado em seguida.

Ainsworth et al. (1978), através da observação naturalista de díades mãe-bebé ao longo do primeiro ano de vida, com intervalos de 3 semanas, elaborou um procedimento experimental designado

Situação Estranha (SE), que foi posteriormente administrado aos 12 meses de idade da criança em contexto laboratorial. Com base na SE foram identificados três padrões de vinculação na interação diádica mãe-bebé:

a) Padrão A (*inseguro-evitante*) – Nos episódios de reunião que se seguiam após uma separação breve, o bebé ignorava ou afastava-se da mãe e não revelava uma tendência nem para resistir ativamente ao contacto físico com a mãe, nem para protestar a sua ausência;

b) Padrão B (*seguro*) – O bebé evidenciava uma procura ativa de proximidade e de interação com a sua mãe, especialmente nos episódios de reunião. Para além disso, não exibia resistência e/ou evitamento do contacto e interação com a mãe;

c) Padrão C (*inseguro ambivalente/resistente*) – O bebé manifestava, simultaneamente, elevados comportamentos de resistência ativa ao contacto e elevada procura de proximidade na interação com a mãe, sobretudo nos episódios de reunião. Tais comportamentos inibiam o bebé face à exploração do meio ambiente.

No âmbito desta investigação, Ainsworth et al. (1978) observaram que, em casa, as mães de crianças do grupo seguro eram aquelas que proporcionavam aos seus bebés respostas mais sensíveis e responsivas. Pelo contrário, as mães de bebés dos restantes grupos tendiam a proporcionar respostas insensíveis, confirmando as implicações do comportamento da figura materna no desenvolvimento da vinculação.

Estes resultados corroboraram a perspetiva de Bowlby (1988) ao considerar que a ausência de uma figura de vinculação constitui uma ameça para a criança. Perante a separação, o bebé resiste, protesta, chora, revelando ansiedade e sentimento de ameaça de perda da pessoa amada (Bowlby, 1980, 1988). Pelo contrário, no reencontro, perante uma figura de vinculação disponível e sensível que representa uma base segura, a criança sente-se livre e segura para explorar o mundo (Ainsworth et al., 1978).

Em síntese, a teoria da vinculação defende a necessidade de proximidade entre a criança e um adulto sensível, responsivo e disponível como condição essencial para o funcionamento adaptativo da criança em vários domínios. Por outro lado, a ausência da figura de vinculação e/ou a privação de cuidados parentais está associada a perturbações do desenvolvimento da criança em vários domínios (Bowlby, 1980, 1988; Doyle & Cicchetti, 2017; Zeanah et al., 2017). Neste sentido, no próximo capítulo será abordado o impacto da qualidade dos cuidados familiares no desenvolvimento da criança, com enfoque no contributo das experiências adversas precoces.

CAPÍTULO 2: IMPACTO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS FAMILIARES NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA: EXPERIÊNCIAS ADVERSAS PRECOCES

2.1 Introdução

A família é o contexto social básico do desenvolvimento (Serafina & Vargas, 2006). O funcionamento do sistema familiar, através da cultura onde está inserida, influencia o desenvolvimento (Serafina & Vargas, 2006).

Segundo Serafina e Vargas (2006), a cultura, enquanto conjunto de normas, valores, atitudes e crenças, tem implicações na qualidade do desenvolvimento e suas trajetórias, na medida em que: a) define os critérios de tratamento do feto em desenvolvimento; b) designa o principal cuidador e o modo como os restantes membros da família e do grupo devem contribuir para o cuidado da criança; c) prescreve os contextos de cuidado apropriados para bebés, crianças e adolescentes; d) estabelece os objetivos de socialização, priveligiando objetivos mais compatíveis com os valores culturais; e e) determina as práticas de educação infantil para alcançar os resultados desenvolvimentais. Estas práticas podem facilitar ou inibir o desenvolvimento de processos cognitivos, emocionais, sociais e outros que tenham implicações para o surgimento de psicopatologia (Serafina & Vargas, 2006).

No contexto familiar e social onde a criança cresce, a exposição precoce a adversidades como abuso de substâncias e/ou drogas na gestação, ambientes stressantes, conflitos parentais, pobreza, violência doméstica e do bairro, privação dos cuidados parentais e/ou maus-tratos é frequentemente associada a problemas do desenvolvimento em vários domínios (Boris, 2009; Boutwell & Beaver, 2010; Linnet et al., 2003; Nomura, Marks, & Halperin, 2010).

Tendo em conta o impacto da família e da cultura no desenvolvimento da criança, o presente capítulo, com base na investigação empírica, aborda o impacto das adversidades precoces no desenvolvimento, com destaque para a exposição fetal às substâncias tóxicas, bem como os efeitos dos maus-tratos e a psicopatologia parental. Por fim, apresenta-se o panorama sociocultural das famílias moçambicanas, com base num quadro conceptual antropológico.

2.1.1 Abuso Parental de Substâncias e Desenvolvimento da Criança

O abuso parental de substâncias tem sido configurado como um problema de saúde pública e considerado um fator de risco para o desenvolvimento infantil (Boris, 2009; Young, Boles, & Otero,

2007). Estima-se que muitas crianças no mundo estejam expostas à ambientes marcados pelo abuso parental de substâncias (Boris, 2009).

A exposição pré-natal às substâncias tóxicas tem efeitos negativos em vários domínios do desenvolvimento (Boris, 2009; Linnet et al., 2003; Nomura et al., 2010; Young et al., 2007). O álcool, o tabaco e as drogas psicoativas são as substâncias mais estudadas (Boris, 2009; Boutwell & Beaver, 2010; Lester & Padbury, 2009; Nomura et al., 2010). O consumo de substâncias na gestação tem sido associado ao baixo peso ao nascimento, à prematuridade e a problemas neurocomportamentais (Nix & Ansertmet, 2009).

Uma revisão de 24 estudos sobre os efeitos do tabagismo parental, publicados entre 1973 a 2002, revelou que a nicotina constituía um fator de risco para problemas de hiperatividade e défice de atenção em crianças (Linnet et al., 2003).

Por sua vez, o álcool - substância mais estudada e mais consumida no mundo - é considerado uma potente neurotoxina, com efeitos adversos no desenvolvimento cerebral (Boris, 2009). Através do mecanismo de transmissão placentário, a exposição fetal precoce ao álcool está associada à morte de maiores quantidades de neurónios, bem como à desnutrição precoce (Boris, 2009). Ao nível do funcionamento cognitivo, a exposição ao álcool afeta três componentes principais, nomeadamente: a inteligência verbal e não verbal, a redução na velocidade do processamento, e défices na memória de trabalho (Boris, 2009). Ao nível comportamental e social, a exposição fetal ao álcool está relacionada com alterações do comportamento social durante a infância e com problemas de aprendizagem em idade pré-escolar (Boris, 2009).

A exposição fetal às substâncias tóxicas, através do mecanismo placentário, altera a programação fetal, afetando o desenvolvimento e funcionamento cerebral e endócrino, podendo alterar a expressão dos principais genes na interação com o meio ambiente, eliminar determinados neurónios, e aumentar a atividade neuroendócrina do eixo-hipotálamo-pituitário-adrenal (Bauer et al., 2011; Boris, 2009; Lester & Padbury, 2009). Estas alterações têm implicações na produção do cortisol, dificultando, assim, a capacidade regulatória emocional e comportamental durante a infância e conferindo uma maior vulnerabilidade de consumo de substâncias durante a adolescência (Bauer et al., 2011; Boris, 2009; Lester & Padbury, 2009).

A exposição fetal ao tabaco e ao álcool predizem o funcionamento e a saúde mental parental e o desenvolvimento socioemocional na infância (Cataldo, Azhari, Coppola, Bornstein, & Esposito, 2019; Marceau et al., 2019; Porreca et al., 2018). O abuso de substâncias afeta o funcionamento neuropsiquiátrico parental e tem impacto negativo na qualidade da relação pais-filhos (Porreca et al., 2018), afeta a regulação emocional materna (Cataldo et al., 2019), e está associado a insensibilidade e

hostilidade na interação com a criança (Marceau et al., 2019; Porreca et al., 2018), contribuindo para problemas de conduta na criança (Marceau et al., 2019).

A literatura demonstra, ainda, que o efeito do abuso de substâncias na gestação tem maior impacto quando combinado com outros fatores contextuais, por exemplo, a pobreza familiar (Bauer et al., 2011; Lester & Padbury, 2009; Nix & Ansertmet, 2009), que será abordada de seguida.

2.1.2. Efeitos da Pobreza no Desenvolvimento Infantil

O conceito de pobreza varia de acordo com as perspetivas teóricas e áreas de investigação. A perspetiva culturalista considera a pobreza como um conjunto de valores, normas e comportamentos que representa um problema social marcado pela segregação social e oportunidades limitadas de acesso a recursos devido a obstáculos externos que restringem as vidas dos indivíduos (Lever, Pinol, & Uralde, 2005). A pobreza não se reduz apenas à ausência de bens materiais ou condições socioeconómicas e de saúde, mas engloba também a ausência de capacidades e oportunidades pessoais como, por exemplo, a pertença social, a identidade cultural, o respeito e a dignidade, a informação, e a educação (Engle & Black, 2008; Lever et al., 2005). A pobreza tem implicações no bem-estar do indivíduo devido a um conjunto de privações que ameaçam a integridade física e psicológica (Engle & Black, 2008; Lever et al., 2005).

No contexto familiar, três fatores sociodemográficos têm sido considerados quando se analisam os efeitos da pobreza no desenvolvimento da criança, nomeadamente o nível educacional, o estatuto profissional e o estado civil dos pais (Kneitzer & Perry, 2009). A literatura têm demonstrado que o nível educacional dos pais, especialmente da mãe, tem impacto no desenvolvimento de crianças em idade pré-escolar (Kneitzer & Perry, 2009). Estima-se que existe um número elevado de crianças no mundo cujos pais têm baixa escolaridade e salários insuficientes para sustentar a família acima do limiar de pobreza (Kneitzer & Perry, 2009).

Nos países em desenvolvimento, a pobreza é responsável pela exposição das crianças à várias adversidades precoces, como por exemplo doenças, atraso no crescimento intra-uterino, prematuridade, baixo peso ao nascimento, falta de amamentação, depressão materna, exposição à violência doméstica, conflitos parentais, e a privação dos cuidados parentais (Engle & Black, 2008; Evans & Kim, 2013; Lam et al., 2017; Park, Turnbull & Turnbull, 2002). Estas adversidades têm sido frequentemente associadas a défices no funcionamento cognitivo e na linguagem, a baixo desempenho escolar, a perturbações de vinculação, e a problemas emocionais e comportamentais (Engle & Black, 2008; Kneitzer & Perry, 2009; Lever et al., 2005; Magnuson, 2013).

A pobreza afeta o desenvolvimento cerebral, especialmente nos primeiros anos de vida, considerado um período sensível, podendo reduzir o volume da massa cinzenta e branca, o hipocampo e a amígdala e, quando combinada com a privação dos cuidados parentais, contribui para problemas no funcionamento emocional e comportamental, habilidades cognitivas e académicas da criança (Evans & Kim, 2013; Luby et al., 2013; Votruba-Drzal, Miller, & Coley, 2016). Um estudo realizado por Kim et al. (2019) verificou uma associação significativa entre a pobreza e a redução dos padrões normativos de conexão das redes cerebrais. Na mesma linha, um outro estudo examinou o efeito da pobreza no desenvolvimento cerebral num grupo de participantes entre os 4 e os 22 anos, a viver abaixo do limiar de pobreza, e verificou uma redução significativa do volume cerebral em 8% a 9% (Hair et al., 2015).

A investigação tem reportado, ainda, menores competências de autorregulação em crianças expostas à pobreza (Allee-Herdon & Roberts, 2019; Blair & Raver, 2016; Evans & Kim, 2013; Ford & Stein, 2017; Palacios-Barrios & Hanson, 2019). Desta forma, através de mecanismos neuroendócrinos e ambientais, a pobreza tem implicações nas alterações funcionais das funções executivas (Allee-Herndon & Roberts, 2019; Blair & Raver, 2016; Ford & Stein, 2017; Palacios_Barrios & Hanson, 2019). Uma revisão sistemática de 19 estudos sugeriu que a pobreza exerce efeitos negativos nas funções executivas e é um forte preditor do insucesso escolar (Allee-Herndon & Roberts, 2019).

Para elucidar os efeitos da pobreza no desenvolvimento das crianças, duas perspetivas teóricas têm sido frequentemente destacadas. A *perspetiva de investimento familiar* postula que o rendimento familiar é uma variável que afeta o futuro dos elementos da família. Assim, pais com um rendimento mais elevado estão em melhores condições de investir nos seus filhos, podendo, por exemplo, comprar livros, brinquedos e jogos estimulantes, bem como fornecer maior qualidade de cuidados e educação e habitação condígna do que pais com dificuldades socioeconómicas (Kneitzer & Perry, 2009). Por sua vez, o *modelo do processo familiar* considera que os principais mediadores do efeito do rendimento familiar nos resultados de desenvolvimento da criança são o baixo nível de bem-estar dos pais, particularmente das mães, o nível de *stress* e a menor qualidade das suas interações com a criança (Kneitzer & Perry, 2009). Nestes contextos de desvantagem sócioeconómica, a psicopatologia parental tem recebido grande atenção por parte da literatura (Evans & Kim, 2013; Kneitzer & Perry, 2009; Luby et al., 2013; Votruba-Drzal et al., 2016) e será, por isso, abordada seguidamente.

2.1.3 Efeitos da Psicopatologia Parental no Desenvolvimento Infantil

Nem sempre todas as crianças desfrutam de um ambiente familiar adaptativo. Além da pobreza que perturba as relações familiares, outros fatores como o desemprego, transições familiares (ex.:

transição para a parentalidade), a entrada da criança na escola, ou desastres naturais, aumentam a probabilidade de perturbações (Cowan & Cowan, 2006), especialmente a psicopatologia parental (Belsky & Jaffee, 2006; Cowan & Cowan, 2006; Marrone, 2014). Por seu lado, a psicopatologia parental afeta a relação pai-filho e tende a estar associada à disrupção da prestação dos cuidados parentais (Belsky & Jaffee, 2006).

A literatura revela que mães deprimidas tendem a evidenciar cognições, afetos e comportamentos negativos em relação aos seus filhos, como por exemplo críticas hostis ou atribuições negativas (Belsky & Jaffee, 2006). Ao nível relacional, mães deprimidas, tendem a revelar-se menos sensíveis/responsivas na interação com a criança, sendo a depressão apontada como um stressor que afeta o funcionamento familiar e conjugal e a autoeficácia parental (Goodman & Brand, 2009; Johnston & Mash, 2001).

Um estudo longitudinal de Maughan, Cicchetti, Toth, e Rogosh (2007) sobre os efeitos da depressão materna e dos comportamentos parentais negativos nos padrões de regulação emocional e funcionamento emocional em crianças entre 1 e 5 anos de idade, revelou a depressão materna como sendo um preditor de dificuldades acentuadas na regulação emocional das crianças aos 4 anos de idade, e de menor competência percebida aos 5 anos de idade. Crianças cujas mães tinham dificuldade na regulação do comportamento dos seus filhos apresentavam maior dificuldade de envolvimento em atividades e maior dificuldade de regulação socioemocional e interação social. Num outro estudo, problemas de internalização manifestados ao nível paterno revelaram serem preditoras de sintomas de internalização nos filhos e a externalização materna revelou ser preditora quer de problemas emocionais, quer comportamentais nos filhos (van der Pol et al., 2016). Na mesma linha, Wesseldijik et al. (2018) verificaram que crianças cujos pais apresentavam sintomatologia psicopatológica apresentavam também sintomas psicopatológicos semelhantes (e.g., depressivos, de ansiedade, défice de atenção/hiperatividade, personalidade antissocial).

Na perspetiva de risco cumulativo, a psicopatologia parental quando combinada com maus-tratos aumenta a probabilidade de resultados de desenvolvimento negativos na infância. Nesta linha, o estudo de Walker, Downy e Bergman (1989) evidenciou que crianças com pais com esquizofrenia e que eram vítimas de maus-tratos na família apresentavam um aumento de problemas de externalização ao longo do tempo. Outro estudo, com 10438 crianças Ucranianas, focado na relação entre a psicopatologia parental, estratégias disciplinares parentais e perturbações psiquiátricas na infância, revelou associações significativas entre a psicopatologia parental, castigos e perturbações psiquiátricas na infância, especialmente perturbações do comportamento (Vostanis et al., 2006). Um estudo longitudinal que examinou o efeito da sintomatologia depressiva materna e paterna no desenvolvimento de problemas

emocionais e comportamentais nos filhos, identificou a sintomatologia depressiva de ambos os pais como sendo preditora de problemas emocionais nos filhos. A longo prazo, a sintomatologia depressiva paterna previu níveis mais elevados de problemas emocionais e comportamentais nos filhos (Psychologiou et al., 2017). Na mesma linha, Burslтein, Ginburg e Tein (2010) verificaram uma associação significativa entre sintomas de ansiedade e externalização parental e sintomas de ansiedade nas crianças.

As relações entre psicopatologia parental e disrupção nos cuidados parentais jusitificam uma análise mais atenta à questão dos maus-tratos, que será abordada de seguida.

2.1.4 Efeitos de Maus-tratos no Desenvolvimento Infantil

O abuso parental de substâncias, as dificuldades socioeconómicas, a psicopatologia parental, tem sido associado às práticas parentais negativas, em particular aos maus-tratos familiares às crianças. Tal como vários estudos têm demonstrado, os maus-tratos representam um ambiente relacional patogénico que confere um risco significativo a adaptação da criança (Belsky & Jaffee, 2006; Cicchetti, 2006).

Têm sido apontadas 4 categorias que caraterizam os maus-tratos na infância (Cicchetti, 2016; Cicchetti & Valentino, 2006), designadamente:

a) *o abuso sexual*, que se refere ao contacto ou tentativa de contacto sexual entre um cuidador ou outro adulto responsável e uma criança para fins de gratificação sexual ou benefício financeiro do próprio cuidador. Os atos variam desde a exposição à criança a pornografia ou a atividade sexual adulta, ao toque sexual e carícias, ao sexo forçado com a criança (Cicchetti, 2016; Cicchetti & Valentino, 2006; Wekerle, Wolf, Dunston, & Alldred, 2014);
b) *o abuso físico* caraterizado pela imposição não acidental de lesões físicas na criança como, por exemplo, contusões, queimaduras, asfixia, tortura (Cicchetti, 2016; Cicchetti & Valentino, 2006);
c) *a negligência,* considerada como o fracasso do cuidador principal em proporcionar padrões mínimos de cuidados e supervisão adequada, por exemplo, alimentação adequada, vestuários, habitação condígna, cuidados de saúde, negligência moral, legal e educacional (Cicchetti, 2016; Cicchetti & Valentino, 2006; Wekerle et al., 2014);
d) *o abuso emocional ou psicológico*, que consiste no impedimento persistente e extremo das necessidades emocionais básicas de uma criança quanto à segurança física e psicológica, autoestima e aceitação apropriada à idade. Os atos podem incluir, desprezo, ridicularização,

negatividade e hostilidade extremas, exposição à violência conjugal grave, abandono, ameaças suicidas ou homicidas (Cicchetti, 2016; Cicchetti & Valentino, 2006; Wekerle et al., 2014).

Na etiologia dos maus-tratos conforme têm sido considerados três modelos explicativos (Belsky, 1978):

a) *o modelo psiquiátrico ou psicológico*, o qual enfatiza o papel dos pais como principais protagonistas dos maus-tratos infantis (Freud, 1970; Winnicott, 1975). Defendem que a personalidade dos pais determina a natureza da parentalidade e da relação pais-filho e, por sua vez, o desenvolvimento da criança (Freud, 1970; Winnicott, 1975). O modelo foi criticado por não considerar as condições ambientais stressantes que podem mediar o comportamento parental (Gelles, 1973, 1975);

b) *o modelo sociológico* defende que os pais são vítimas das forças sociais as quais, por sua vez, afetam o funcionamento parental (Belsky, 1978). Baseiam-se na premissa segundo a qual, certas caraterísticas sociais favorecem os maus-tratos infantis (Belsky, 1978). Assim, altos níveis de violência e o seu uso frequente como estratégia para resolução de problemas nas relações humanas, a conceção de crianças como propriedade dos seus pais são exemplos de tais crenças (Belsky, 1978);

c) *o modelo do efeito da criança no cuidador*, segundo o qual, determinadas caraterísticas individuais da criança contribuem para os maus-tratos (Belsky, 1978). Por exemplo, a saúde e o comportamento da criança desempenham um papel determinante na qualidade da relação entre pais-filhos (e.g., a prematuridade e o baixo peso ao nascimento) e caraterizaram as histórias perinatais de um número desproporcional de crianças vítimas de abuso (Belsky, 1978). Além disso, as crianças vítimas de maus-tratos tendem a exibir desvios comportamentais nas interações sociais e no funcionamento geral (Belsky, 1978) que influenciam o comportamento parental e, em interação com outras variáveis parentais e sociais contribuem para a ocorrência dos maus-tratos na infância (Belsky & Jaffee, 2006; Cicchetti, 2006, 2016; Cicchetti & Valentino, 2006; Doyle & Cicchetti, 2017).

Em síntese, a etiologia dos maus-tratos envolve múltiplas variáveis e que, em interção, potenciam os sues efeitos, tais como características psicológicos dos pais e funcionamento parental, as caraterísticas individuais da criança e caraterísitcas dos contextos proximais e distais e suporte social (Belsky & Jaffee, 2006; Bronfenbrenner, 1979).

Os maus-tratos estão associados a problemas em vários domínios desenvolvimentais da criança. Há evidências de que os maus-tratos afetam regiões cerebrais especificas: córtex-pré-frontal, incluindo o córtex orbito frontal, o córtex cingulado anterior e a amigdala, criando anormalidades nas estruturas do

corpo caloso e no cerebelo, reduzindo o volume da massa cinzenta e branca (Cicchetti, 2016). Além disso, os maus-tratos estão associados a hiperatividade do córtex-pré-frontal, devido a uma ativação atípica durante as tarefas do controlo inibitório, memória operacional e processamento de emoções (Cicchetti, 2016). Mesmo em contextos culturuas cuja práticas educativas normalizam a disciplina física, crianças vítimas de maus-tratos tendem a evidenciar dificuldades emocionais, cognitivas e de saúde física. Por exemplo, uma investigação no Vietname identificou associações entre os diferentes tipos dos maus-tratos e problemas emocionas e cognitivos nas crianças, sendo que as experiências de abuso físico e sexual e negligência estavam relacionadas com a perceção negativa da saúde física. (Tran, van Berkel, van IJendoorn & Alink, 2017).

Além dos efeitos imediatos, os maus-tratos exercem efeitos indiretos físicos, psicológicos e comportamentais a longo prazo (e.g., Child Welfare Information Gateway, 2019; Dahake et al., 2018). Uma recente revisão sistemática da literatura revelou que os maus-tratos estão relacionados com danos cerebrais que alteram funções metabólicas e fisiológicas causando diabetes, desnutrição, problemas visuais, cefaleia, artrite, ataque cardíaco, pressão alta, bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica, doenças intestinais, síndrome de fadiga crónica (Child Welfare Information Gateway, 2019). Além disso, as alterações desenvolvimentais traduzem-se em problemas de processamento e regulação emocional, problemas cognitivos e de aprendizagem, sintomas psicoaptológicos de stress-pós-traumático, depressão e ansiedade, bem como delinquência juvenil e criminalidade, abuso de substâncias na adolescência, juventude e na idade adulta (Child Welfare Information Gateway, 2019; Dahake et al., 2018).

Comparativamente aos seus pares em famílias com funcionamento adaptativo, as crianças vítimas de maus-tratos exibem mais emoções negativas, incluíndo episódios de hostilidade intensa e ameaça interpessoal (Cicchetti, 2016; Cicchetti & Valentino, 2006). Ao nível da vinculação, os maus-tratos afetam negativamente os modelos internos dinâmicos (Cicchetti, 2016). Por exemplo, a investigação tem revelado que, quando as crianças são expostas a cuidados insensíveis e perturbados, tendem a desenvolver expetativas negativas em relação à disponibilidade e confiança dos outros e, em termos de representações mentais do *self,* tendem a autopercecionar-se como sendo incompetentes e indígnas e a revelar menor autonomia do *self* (Cicchetti, 2016). Estima-se que 80 a 90% de crianças com desorganização da vinculação sejam vítimas de maus-tratos (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2010).

Ao nível emocional e comportamental, as crianças vítimas de maus-tratos apresentam problemas de internalização e de externalização, tais como sintomas depressivos, ansiedade, agressividade,

incumprimento marcado de normas sociais, dificuldades relacionais com pares, entre outros problemas (Cicchetti, 2016; Morretti & Craig, 2013; Schechter & Willheim, 2009; Wekerle et al., 2014).

Os maus-tratos podem alterar a expressão genética na interação com o meio ambiente (Cicchetti, 2016). Ao nível dos domínios físico e cognitivo, as crianças vítimas de maus-tratos tendem a apresentar um crescimento físico comprometido, nível inferior de desenvolvimento da linguagem e de inteligência, dificuldades na aprendizagem e nas funções executivas, na resolução de problemas, e no raciocínio moral (Cicchetti, 2016; Wekerle et al., 2014).

Como já referido, a literatura tem demonstrado, de modo consistente, que a qualidade dos cuidados familiares, além das caraterísticas psicológicas dos pais, pode ser influenciada por eventos ambientais stressantes, como por exemplo, o desemprego e a pobreza (Belsky & Jaffee, 2006; Cowan & Cowan, 2006; Engle & Black, 2008; Lever et al., 2005). Neste âmbito, irão ser abordadas no próximo ponto.

2.2 O Contexto Ambiental das Famílias Moçambicanas

Numa perspetiva antropológica cultural, as famílias moçambicanas tendem a ser classificadas maioritariamente como extensas, ao serem constituídas por um número elevado de pessoas ligadas pelo parentesco (Aghassian, Augé, Grandian, Héritier, & Marie, 1975; Leite, 1995/1996). Na sua maioria, a sua estrutura física é constituída pelo patriarca-chefe, a sua esposa ou esposas e filhos. De seguida irmãos, mulheres e filhos destes; tios, sobrinhos solteiros ou viúvos, assim como filhos destes últimos (Leite, 1995/1996). Além do casamento civil e religioso, muitas famílias são formadas pelo casamento tradicional, isto é, através do lobolo que é uma cerimónia matrimonial em que a mulher é entregue à família do marido em troca de bens materiais e financeiros. Por vezes, o homem/noivo é sujeito a cumprir determinadas obrigações na família da noiva (e.g., abertura de machambas, construção de habitação) (José, 2016).

Devido a várias circunstâncias, existem ainda em Moçambique, famílias monoparentais, especialmente chefiadas por mulheres, bem como agregados familiares chefiados por crianças (e.g., crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV/SIDA).

Tal como em qualquer sociedade, as famílias africanas e, em especial, as famílias moçambicanas, estão estruturadas num sistema de parentesco, cuja função visa assegurar a permanência do grupo social ao nível das relações consanguíneas e das relações baseadas na aliança (Aghassian et al., 1975). Em particular, as famílias africanas tendem a ser organizadas pelo princípio de

filiação unilinear, isto é, o parentesco com filiação patrilinear e matrilinear, que nem sempre coincide com a consanguinidade biológica (Aghassian et al., 1975).

O sistema de parentesco de filiação patrilinear é característico de famílias das províncias da zona sul (Maputo, Gaza e Inhambane) e centro de Moçambique (Sofala, Manica, Tete e sul da Zambézia). Nestas famílias, o parentesco transmite-se de pai para filhos, ou seja, os filhos obrigatoriamente, fazem parte do grupo do parentesco do pai e não do da mãe. Assim, a mulher constitui apenas uma fonte de reprodução dos descendentes do marido (Aghassian et al., 1975; Colleyn, 1998; Leite, 1995/1996).

Por sua vez, as famílias das províncias da zona norte (Nampula, Niassa e Cabo-Delgado e norte da Zambézia) são constituídas pelo sistema de parentesco de filiação matrilinear, no qual o parentesco formula-se pelos laços de sangue (Aghassian et al., 1975; Leite, 1995/1996). Assim, a mulher é a única fonte que legitima a descendência, tal como refere Leite (1995/1996).

Importa sublinhar que, nas famílias moçambicanas, confere-se aos homens o poder e a autonomia de garantir o funcionamento dos sistemas familiares, eles são constituídos mandatários, guardiões, responsáveis pelas ações dos membros da família dentro e fora dela, zeladores da ordem e, também, os principais elementos de comunicação entre a comunidade e os ancestrais (Leite, 1995/1996).

No que concerne às práticas culturais de cuidados e educação às crianças, nos períodos iniciais do desenvolvimento da criança, essa tarefa é atribuída à mulher (Adesina, 2010; Maciel, 2015). À medida que a criança cresce, gradualmente a mulher vai sendo liberta do trabalho de cuidado à criança e inicia-se o processo de divisão do trabalho por sexo, isto é, os rapazes tendem a serem educados e a trabalhar junto do pai ou de outros indivíduos do sexo masculino, aprendendo a caça, a pesca, a construção de habitações, a abertura de machambas, entre outros (Mwamwenda, 2004). As meninas, por sua vez, são educadas pela mãe, ou por outras pessoas do sexo feminino confiáveis, sendo mais focadas em atividades domésticas, por exemplo, cozinhar, alimentar e cuidar dos bebés, (Adesina, 2010; Mwamwenda, 2004; Osório & Macuácua, 2013).

No entanto, a partir da segunda infância, a comunidade como um todo passa a estar mais envolvida (Leite, 1995/1996). De acordo com o critério de género e idade, as crianças são inseridas num processo de aprendizagem comum, especialmente em práticas de ritos de iniciação (Leite, 1995/1996; Osório & Macuácua, 2013), que estimulam o seu desenvolvimento em vários domínios. Através dos ritos de iniciação, as crianças adquirem a consciência da sua condição social e dos principais valores, crenças, direitos e deveres da sua sociedade (Leite, 1995/1996). Os ritos de iniciação conferem assim, a identidade e a cidadania em termos dos princípios morais que regem a capacidade de a criança julgar os comportamentos certos e errados no contexto de interação social, ou

seja, os ritos de iniciação transmitem e preservam as normas, valores, atitudes e crenças socialmente válidas e aceites (Leite, 1995/1996; Osório & Macuácua, 2013). Por essa razão, os indivíduos que não passam pelos ritos de iniciação, sofrem restrições em todos os níveis, por exemplo, na vida adulta, não podem estabelecer contratos de casamento, são vedadas a expressão verbal em conselhos de família e da comunidade, bem como não podem assumir cargos importantes para a comunidade (Leite, 1995/1996).

Sendo práticas culturais, os ritos de iniciação africanos em particular, moçambicanos, tem merecido muitas apreciações e críticas positivas e negativas, especialmente quando se consideram as suas influências no desenvolvimento das crianças, bem como no funcionamento dos sistemas e subsistemas familiares (e.g., José, 2016; Osório & Macuácua, 2013).

Algumas análises associam os ritos de iniciação à submissão do género feminino e â violência doméstica (José, 2016; Osório & Macuácua, 2013), pois, legitimam a dominação masculina por meio de um plano simbólico (José, 2016). O rapaz aprende a noção de responsabilidade nas relações humanas, ou seja, a forma como ele deve relacionar-se com a comunidade e com os elementos da sua família, com o seu futuro lar e filhos, com base na noção de comando supremo da mulher e governante da família (José, 2016). As raparigas, por sua vez, são preparadas para a obediência passiva, servir o homem e cuidar das crianças (José, 2016). Ou melhor, aprendem a não terem escolha sobre os seus desejos, sentimentos e a não reagirem a qualquer comportamento emitido pelo seu parceiro conjugal (José, 2016; Osório & Macuácua, 2013). O incumprimento destas normas constitui argumento para a violência doméstica, pois representa a transgressão das aprendizagens rituais (Osório & Macuácua, 2013). Além disso, as práticas de ritos de iniciação nos rapazes são muito violentas (José, 2016). A noção de governante implica que o rapaz consiga suportar os castigos físicos, a dor e o sofrimento. Por exemplo, é nos ritos de iniciação onde ocorre a circuncisão masculina, sem aviso prévio e se usam estratégias muito violentas (Osório & Macuácua, 2013).

O lobolo, anteriormente mencionado, é também uma outra prática cultural de casamento em Moçambique, associada a violência doméstica (José, 2016). O casamento em troca de bens materiais e financeiros, aliado a masculinidade transmitida no seio da cultura, pode exacerbar o possessivismo extremo do homem em relação à sua esposa, através do ciúme e hostilidade (José, 2016).

A título ilustrativo, no período entre 2014 e 2016, foram registados 60% de casos de violência doméstica em adultos e 40% em crianças dos 0 aos 17 anos em Moçambique (INE, 2016). Os dados estatísticos confirmam, no entanto, que os casos de violência doméstica ocorrem mais em mulheres e crianças do sexo feminino do que em homens e rapazes. Por exemplo, nesse período, houve um aumento de 20% de casos de violência doméstica em raparigas e 8% em rapazes (INE, 2016).

Em conclusão, as práticas culturais (e.g., ritos de iniciação e o lobolo) valorizam e cristalizam o poder masculino em relação à mulher. Desta forma, o poder centraliza-se na figura masculina em todos os subsistemas familiares, num processo de comunicação vertical, impõe-se a ordem e a obediência passiva à mulher e as crianças. A violação das normas implica o uso do castigo físico como a estratégia mais adequada para reprimir tentativas frustradas de desvios de conduta. Além das práticas culturais, as dificuldades socioeconómicas, vivenciadas em muitas das famílias moçambicanas, tendem a ampliar o quadro familiar descrito com impacto muito adverso no desenvolvimento das crianças. Neste sentido, o próximo capítulo aborda os efeitos da privação dos cuidados parentais no desenvolvimento das crianças.

CAPÍTULO 3: IMPACTO DA PRIVAÇÃO DOS CUIDADOS PARENTAIS NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Ao longo da trajetória desenvolvimental, vários fatores concorrem para tornar o ambiente dos cuidados parentais adversos. O presente capítulo aborda os efeitos da privação dos cuidados parentais no desenvolvimento da criança, especialmente o efeito da institucionalização ou acolhimento residencial. Inicialmente carateriza-se a qualidade dos contextos institucionais à luz da investigação empírica. De seguida, abordam-se os efeitos da institucionalização no desenvolvimento das crianças nos domínios físico, cognitivo, autorregulação, emocional e comportamental.

3.1 Efeitos da Privação dos Cuidados Parentais e dos Cuidados Institucionais

A literatura tem vindo a demonstrar de modo consistente os efeitos da privação dos cuidados parentais no desenvolvimento da criança. A teoria da vinculação e a investigação nesta área revela que as crianças privadas dos cuidados parentais apresentam problemas desenvolvimentais em vários domínios (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969/1982, 1980, 1988; Doyle & Cicchetti, 2017; Marrone, 2014; Nelson, Fox, & Zeanah, 2014; Zeanah et al., 2017). Em particular, a exposição precoce da criança a disrupção de cuidados parentais afeta o desenvolvimento e funcionamento cerebral, as habilidades cognitivas e de linguagem, o funcionamento emocional e comportamental, bem como a vinculação ao longo do ciclo de vida (Almas et al., 2018; Cicchetti, 2016; Corval et al., 2017; Doyle & Cicchetti, 2017; Nelson et al., 2014; Thabet, Elhelou, & Vostais, 2017; Zeanah et al., 2017).

Os efeitos da privação dos cuidados parentais tendem a ser duradouros, ao longo da infância, da adolescência e na vida adulta (Cicchetti, 2016; Datta et al., 2018; Nelson et al., 2014; Rakhlin et al., 2017; Thabet et al., 2017; Zeanah et al., 2017). Contudo, resultados de programas de intervenção em contextos institucionais evidenciam melhorias significativas no desenvolvimento de crianças (Hawk et al., 2018; McCall et al., 2018; Muhamedrahimov, Palmov, Nikiforoya, Groark, & McCal, 2004), bem como em famílias adotivas e de acolhimento, especialmente nos dois primeiros anos de vida (Zeanah et al., 2017).

A literatura considera o ambiente institucional, como sendo um contexto caraterizado pela privação multifacetada, devido às caraterísticas estruturais e funcionais que não estão devidamente adaptadas ao ambiente familiar. A investigação ao nível da qualidade dos cuidados institucionais foca-se, especialmente na avaliação das caraterísticas estruturais e funcionais e nos prestadores de cuidados (McCall et al., 2013; McCall & Groark, 2015; Smyke et al., 2007).

As caraterísticas estruturais e funcionais das instituições, de acordo com as observações dos investigadores, não permitem estabelecer a consistência e estabilidade nos cuidados necessária para um desenvolvimento saudável (McCall et al., 2013; McCall & Groark, 2015; Muhamedrahimov et al., 2004; Smyke et al., 2007). Verifica-se em várias instituições uma elevada rotatividade dos prestadores de cuidados, as crianças têm contactos com muitos cuidadores por semana; os prestadores de cuidados apresentam baixa escolaridade e sem formação específica; o rácio cuidador-crianças é elevado, o que dificulta a interação individualizada sensível/responsiva nos cuidados (McCall et al., 2013; McCall & Groark, 2015). Além disso, as crianças são alojadas em grupos maiores e em função da idade (McCall et al., 2013; McCall & Groark, 2015; Muhamedrahimov et al., 2004; Nelson et al., 2014). Adicionalmente, as evidências científicas revelam que os prestadores de cuidados, no exercício das suas atividades demonstram reduzida capacidade de estimulação emocional, social, motora, cognitiva e de linguagem (Hawk et al., 2018; McCall et al., 2013; McCall & Groark, 2015; Muhamedrahimov et al., 2004). Além disso, o apoio de serviços de saúde e de psicologia é reduzido ou inexistente (Hawk et al., 2018; McCall et al., 2013; McCall & Groark, 2015; Muhamedrahimov et al., 2004).

Neste sentido, compreende-se que a investigação tenha vindo a revelar o impacto desfavorável da institucionalização no desenvolvimento das crianças. Em seguida, apresentaremos uma revisão breve da literatura sobre os efeitos do acolhimento residencial ao nivel do crescimento físico, desenvolvimento mental, autorregulação, e desenvolvimento emocional e comportamental.

3.2 Efeitos da Institucionalização no Desenvolvimento das Crianças

3.2.1 Crescimento Físico

O crescimento físico é caracterizado pelo aumento do tamanho corporal, peso e comprimento, perímetro cefálico e é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, devido a sua estreita dependência de fatores ambientais (e.g., alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde), refletindo, assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente (Ministério da Saúde, 2012; WHO, 2010).

Tendo em conta o impacto dessa dimensão no desenvolvimento global da criança, nota-se um crescente interesse de investigação dessa temática no contexto institucional (Dobrova-Krol, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2010; Dobrova-Krol, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Cyr, & Juffer, 2008; Johnson & Gunnar, 2011; Smyke et al., 2007, 2012). A literatura demonstra de modo consistente que as crianças institucionalizadas revelam uma redução significativa no crescimento global

(Bakermans-Kranenburg et al., 2011; Dobrova-Krol et al., 2008; Johnson & Gunnar, 2011; Nelson et al., 2014; Smyke et al., 2007).

De acordo com a literatura (Dobrova-Krol et al., 2010; Johnson & Gunnar, 2011; Smyke et al., 2007; Stein et al., 2014), o défice no crescimento físico de crianças em ambiente institucional pode ser explicado por uma multiplicidade de fatores: a) fatores pré-institucionais, relacionados com a história da criança no ambiente familiar, incluindo as influências genéticas, a história de saúde da criança, a qualidade dos cuidados familiares e estilo educativo parental, a psicopatologia parental, a exposição ao abuso de substâncias materna na gestação, aos maus-tratos e; b) fatores institucionais, relacionados com a qualidade dos cuidados prestados à criança na instituição, por exemplo, a insensibilidade do cuidador na interação com a criança, a qualidade precária da alimentação/nutrição, falta de higiene, insegurança entre outros.

A investigação tem revelado que o atraso no crescimento físico das crianças institucionalizadas pode variar de moderada a grave em peso, comprimento/altura e perímetro cefálico, sendo evidente que as crianças institucionalizadas com maior défice no crescimento físico são as que apresentam mais riscos pré-natais (e.g., baixo peso ao nascer, exposição ao álcool durante a gestação) (Bakermans-Kranenburg et al., 2011; Johnson & Gunnar, 2011; MacLean, 2003; Smyke et al., 2007). Por exemplo, 85% das crianças dos orfanatos no Canadá, situaram-se abaixo do percentil 10 e 59% no percentil 5 no peso (MacLean, 2003). Na Rússia, mais 70% de crianças com risco pré-institucional cumulativo, foram descritas como tendo atrasos no crescimento físico e no desenvolvimento mental (Wright, Lamsal, Ksetree, Sharma, & Jaffe, 2014).

Mesmo em instituições que prestam melhores cuidados de saúde, nutrição, segurança e saneamento adequados, mas com ambiente psicossocial inadequado, as crianças revelam atraso do crescimento a longo prazo, cerca de 92 a 97% abaixo da mediana, permanecendo até a idade escolar (Bakermans-Kranenburg et al., 2011; Chaves, Lima, Mendonça, Custódio, & Matias, 2013; Groark & McCall, 2011; Johnson & Gunnar, 2011).

As evidências científicas revelam que a privação dos cuidados parentais impossibilita a absorção de micronutrientes favoráveis ao desenvolvimento físico e cognitivo (e.g., ferro, zinco, cobre, iodo) podendo prevalecer até a sua integração em famílias de acolhimento ou adotiva e na idade escolar (Chaves et al., 2013; Johnson & Gunnar, 2011). Por exemplo, alguns estudos associam a negligência às dificuldades do crescimento dos ossos longos (Johnson, 2000; van IJzendoom & Juffer, 2006), pois dificulta a produção da hormona do crescimento (van IJzendoom & Juffer, 2006). Crianças órfãs institucionalizadas em boas condições de saúde e nutrição, porém privadas de cuidados parentais, exibiram atrasos no crescimento físico global na Índia (Routray et al., 2015), no Kazaquistão (Hearst et

al., 2014). Em particular, o crescimento físico de crianças africanas está associado às dificuldades socioeconómicas familiares (Ford & Stein, 2017; Gernaat et al., 1996; Mwamwenda, 2004). Por exemplo, 30% de crianças Zambianas em famílias pobres do distrito de Nchelenge, dos 0 aos 60 meses (n=250) apresentaram baixo peso para a idade e 69.2% menor comprimento/altura (Gernaat et al., 1996). As difuculdades do crescimento foram associadas a prematuridade e baixo peso ao nascimento. Além disso, uma recente revisão da literatura, que envolveu estudos de 2000 a 2014, considerou o continente africano como tendo maior constelação de fatores de risco para o desenvolvimento normativo de crianças (Ford & Stein, 2017).

A literatura tem evidenciado resultados positivos ao nível do desenvolvimento das crianças após a sua integração em famílias adotivas. O Bucharest Early Intervention Project (BEIP) é uma investigação inovadora assente num estudo randomizado com um grupo de crianças institucionalizadas, permitindo comparar a evolução das crianças que permaneceram na instituição com as crianças que foram integradas em famílias de acolhimento. Este estudo mostrou um rápido aumento no comprimento/altura e no peso durante os primeiros 12 meses quando as crianças foram integradas em famílas de acolhimento em relação ao outro grupo. Estes resultados reforçaram a ideia de que o crescimento físico das crianças institucionalizadas pode ser explicado pelo tipo do ambiente sócioemocional que estão sujeitas (Johnson & Gunnar, 2011).

A institucionalização precoce e o tempo de permanência são considerados fatores de risco ao crescimento físico das crianças, especialmente quando acombinados com a privação dos cuidados na instituição (Beckett et al., 2006; Johnson & Gunnar, 2011; Pereira et al., 2010). Em instituições ucranianas foi verificado que quanto mais cedo o acolhimento institucional e mais tempo na instituição, mais pequenas eram as crianças para a sua idade (Beckett et al., 2006; Johnson & Gunnar, 2011; Pereira et al., 2010).

Particularmente, as crianças com HIV em acolhimento institucional expostas à privação nos cuidados e a violência tendem a revelar défices ao nível do crescimento físico (Dobrova-Krol et al., 2010; Sherr, Roberts, & Gandhi, 2017). Dobrova-Krol et al. (2010) verificaram associações significativas entre o HIV e o crescimento físico e o funcionamento cognitivo em crianças com idade média de 50.9 meses, institucionalizadas na Ucrânia. Dobrova-Krol et al. (2010) verificaram, ainda, que os cuidados familiares eram favoráveis ao desenvolvimento de crianças com HIV quando comparado com os cuidados institucionais. Estudos que se debruçaram sobre os efeitos a longo prazo do HIV no desenvolvimento infantil verificaram que, independentemente do tipo de adversidade, a maioria de crianças com HIV reporta bons resultados desenvolvimentais e resiliência (Sherr et al., 2017; Stein et al., 2014). Contudo, quando são expostas a ambiente de cuidados negativos, manifestam vários problemas no

desenvolvimento global que frequentemente perduram a longo prazo. Nesse sentido, estes estudos recomendam uma abordagem estratégica de intervenções para crianças afetadas pelo HIV em instituições de acolhimento e em ambientes familiares.

3.2.2 Desenvolvimento Mental e Autorregulação

O impacto da institucionalização no desenvolvimento mental da criança está bastante documentado (Cruz, Dias, & Pedroso, 2015; Groark, Muhamedrahimov, Palmov, Nikiforova & McCall, 2009; Hawk & McCall, 2011; MacLean, 2003; McCall & Groark, 2015; Siqueira & Dell'Aglio, 2006; Smyke et al., 2007, 2012; Tottenham, 2012; Wright et al., 2014). As crianças em acolhimento institucional tendem a revelar menor desempenho cognitivo (Almas, Degnan, Nelson, Zeanah, & Fox, 2016; Juffer, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2017; Merz, Harlé, Noble, & McCall, 2016; Pereira et al., 2010).

Um estudo realizado em Portugal com crianças dos Centros de Acolhimento Temporário, revelou um nível de funcionamento cognitivo abaixo dos valores normativos (Pereira et al., 2010). Na mesma linha, um outro estudo na Índia mostrou que mais de metade de crianças institucionalizadas apresentaram um QI<.70 (Juffer et al., 2017).

A privação institucional precoce está associada a dificuldades desenvolvimentais a longo prazo (Bick et al., 2015, 2017; Harlé & Noble, 2016; Wade, Fox, Zeanah & Nelson, 2019). Crianças pós-institucionalizadas adotadas exibiram dificuldades acrescidas em tarefas de memória e das funções executivas, sugerindo que a negligência precoce tem impacto no funcionamento cognitivo a longo prazo (Wade et al., 2019). Além disso, uma investigação realizada na Rússia por Rakhlin et al. (2017) sobre os efeitos da privação nos cuidados no desempenho cognitivo recorreu a quatro grupos: a) crianças russas institucionalizadas; b) crianças russas adotadas nos Estados Unidos com história de exposição precoce a privação psicossocial; c) crianças russas em famílias biológicas e; d) crianças americanas em famílias biológicas. Neste estudo, as crianças institucionalizadas e adotadas com história prévia de privação nos cuidados institucionais evidenciavam mais baixas pontuações na cognição, incluindo competência ao nível da linguagem e da aprendizagem, em comparação com os seus pares da comunidade. Adicionalmente, as crianças adotadas tiveram mais pontuações nessas categorias do que os seus pares em acolhimento institucional.

Estes resultados reforçaram as evidências anteriores sobre os efeitos de privação nos cuidados institucionais no desenvolvimento da criança. Além disso, permitiram formular questão sobre os mecanismos neurocognitivos que contribuem para as dificuldades desenvolvimentais nessas crianças

(Merz et al., 2016). Neste âmbito, são desenvolvidos em diferentes contextos institucionais vários estudos para responder essa questão (e.g., Hawk & McCall, 2011; Mourão & Melo, 2011; MacLean, 2003; Merz et al., 2016; Merz, McCall, Wright, & Luna, 2013; Nelson et al., 2014; Tottenham, 2012).

Estudo com animais indicam que o desenvolvimento do córtex pré-frontal e das funções executivas podem ser suscetível às influências ambientais durante a primeira infância (Merz et al., 2016). As experiências com animais têm revelado que a privação materna precoce leva a anormalidades persistentes no desenvolvimento do córtex pré-frontal e menor desempenho em tarefas da função executiva em roedores e primatas, (Merz et al., 2016).

Nesta linha, tem sido defendido que as crianças que passam o início da sua vida em instituições de acolhimento, privadas de cuidados sensíveis, tendem a sofrer alterações no desenvolvimento das funções executivas e do córtex pré-frontal. Estudos sobre as funções executivas de crianças pós-institucionalizadas baseadas em quatro dimensões - flexibilidade cognitiva, controlo inibitório, memória de trabalho e planeamento - revelou défices significativos nesses domínios (Merz et al., 2016; Merz, McCall, & Groza, 2013). Por exemplo, crianças pós-institucionalizadas apresentaram dificuldades no controlo inibitório e na memória de trabalho (Harlé & Noble, 2016), problemas de memória e funções executivas (Wade, et al., 2019). As dificuldades relativas ao controlo inibitório são, comummente, associadas à impulsividade, ou seja, à incapacidade de regulação emocional e comportamental (Mourão & Melo, 2011), à dificuldades de relação com pares (Buil, Koot & Van Lier, 2019).

Alguns estudos revelam que as crianças pós-institucionalizadas com deficiências nas funções executivas tendem a ter problemas no controlo de impulsos, atenção, e relações sociais (Nelson et al., 2014). Nesse sentido, em seguida, iremos abordar com mais atenção as competências de autorregulação.

A autorregulação é um construto complexo e multidimensional, abordado por um corpo teórico multidisciplinar variado (McClelland & Cameron, 2011). É considerada uma das habilidades humanas fundamentais para o desenvolvimento saudável e adaptativo (McClelland & Cameron, 2011; Vávrová, 2015) e uma das principais realizações do desenvolvimento da primeira infância (Woodward, Lu, Morris, & Healey, 2017).

A variedade de perspetivas tem gerado dificuldades em definir o construto autorregulação. Contudo, os autores convergem na visão segundo a qual a autorregulação é uma construção integrativa que inclui: o controlo, dirigir e planear cognições, emoções e comportamentos (McClelland & Cameron, 2011; Zimmerman, 2008). Os comportamentos autorregulatórios incluem a capacidade de aplicação deliberada de flexibilidade atencional, memória de trabalho e controlo inibitório, estando assim de alguma forma relacionada com o funcionamento executivo (McClelland & Cameron, 2011).

A atenção reflexiva ou flexibilidade cognitiva refere-se à capacidade voluntária, consciente de concentração numa tarefa específica, ignorando distrações, constituindo-se como a base de autorregulação e a capacidade de resolução de problemas (McClelland & Cameron, 2011). A memória de trabalho permite ao indivíduo que se lembre, siga instruções e planeie soluções de um problema específico (McClelland & Cameron, 2011). E o controlo inibitório ajuda o indivíduo a inibir uma resposta impulsiva em favor de um comportamento mais ajustado e/ou adaptável à situação (McClelland & Cameron, 2011), ou seja, uma capacidade de substituir tendências, desejos ou comportamentos naturais e automáticos e de prosseguir objetivos, seguir normas e regras socialmente prescritas (Bater & Jordan, 2017; Vávrová, 2015).

O desenvolvimento da autorregualçao na infância tem por base a regulação externa (parental) e evolui, progressivamente, para a regulação internalizada à medida que a criança cresce (McClelland & Cameron, 2011). O estudo da autorregulação tem sido suportado por um quadro conceptual variado, nomeadamente pela perspetiva neurocognitiva e comportamental (Kochanska, Murray, & Coy, 1997; Kochanska, Murray, & Harlan, 2000; Liew, 2012), abordagem ecológica (McClelland & Cameron, 2011), perspetiva socio cognitiva, (Bandura, 1991; Tougas, Hayden, McGrath, Huguet, & Rozario, 2015; Zimmerman, 2008) e teoria da vinculação (Birmingham, Bub, & Vaughn, 2017).

A abordagem neurocognitiva com foco no contributo das funções executivas considera a autorregulação como uma habilidade individual envolvendo pensamento e ação deliberados, dirigidos por metas, por meio do controlo inibitório, mudança de atenção ou da cognição, flexibilidade e processos de memória de trabalho (Liew, 2012). Assim, as funções executivas desenvolvem-se em função da idade (Carlson, 2005), por exemplo, maior flexibilidade cognitiva associou-se a idade num estudo com crianças sul africanas (Legare et al., 2018). Por sua vez, a abordagem comportamental tem o seu foco no controlo por esforço, como característica do temperamento defendendo que, a autorregulação está relacionada com a capacidade de controlo por esforço ou controlo inibitório voluntário das tendências comportamentais naturais por meio de uma ativação ou inibição mediante o controlo atencional focado (Kochanska et al., 1997, 2000; Liew, 2012; Pecora, Sette, Baumgartner, Laghi, & Spinrad, 2016). Assim considerado, o controlo inibitório é uma das classes do mecanismo de autorregulação ou reflexão do aspeto autorregulador do temperamento (Kochanska et al., 1997, 2000), que emerge entre os 6-12 meses de idade como reflexo da maturação dos mecanismos de atenção, sendo uma habilidade fundamental para diversas áreas funcionais e necessária para muitos processos de desenvolvimento da criança nomeadamente a expressão de emoções e a socialização (Kochanska et al., 1997, 2000; Liew, 2012; Pecora et al., 2016). Por outro lado, o temperamento é uma constituição baseada nas diferenças individuais da reatividade que envolve a atividade motora, afetiva, autónoma e resposta endócrina em

eventos estimulantes (Kochanska et al., 1997, 2000), que emerge na infância, sendo o seu desenvolvimento dependente de fatores genéticos e ambientais e, em particular, da qualidade da interação entre a criança e os seus cuidadores primários (Liew, 2012). Por isso, estudos têm evidenciado que as práticas parentais negativas estão associadas a dificuldades no controlo inibitório, afetando padrões de conduta face as normas sociais e morais (Kochanska et al., 1997, 2000).

A perspetiva ecológica considera a autorregulação como um construto que se desenvolve a partir de interações entre as caraterísticas temperamentais individuais (e.g., capacidade de modular a reatividade a estímulos, controlo por esforço) e as relações de reciprocidade que a criança estabelece com diferentes níveis do contexto ecológico (e.g., família, grupo de pares, instituições de cuidados infantis, escolas, influências culturais, etc.), criando implicações ao nível dos comportamentos regulatórios da criança ao longo do tempo (McClelland & Cameron, 2011). Por exemplo, ao nível dos grupos de pares, a pesquisa de Montroy, Bowles, e Skibbe (2016), demonstrou que os contextos ambientais podem ter implicações ao nível do desenvolvimento das habilidades autorregulatórias das crianças pré-escolares. Por outro lado, condições socioeconómicas influenciam o desenvolvimento de habilidades autorregulatórias, por exemplo, atavés da exposição precoce a ambientes *stressantes* como é o caso da elevada conflitualidade parental ou a inserção em comunidades com elevada insegurança e precariedade (McClelland & Cameron, 2011).

Numa abordagem sociocognitiva, Zimmerman e Campillo (2003) desenvolveram um modelo cíclico das três fases e sub-processos da autorregulação: a) a fase do desempenho que inclui a capacidade de autocontrolo caraterizada pela auto-instrução, atenção focada e estratégias de tarefas e a autoobservação em termos de monitorização metacognitiva; b) a fase de previsão constituída pela análise de tarefas envolvendo definição de metas, planeamento estratégico, crenças de auto motivação, auto eficácia, expetativas de resultados, interesse e valor das tarefas e orientação para as metas previstas e; c) a fase de autoreflexão que é uma capacidade de autojulgamento caraterizada pela autoavaliação e atribuição causal e auto reação que inclui auto satisfação ou afeto e adaptação defensiva.

No que concerne ao quadro teórico da vinculação sobre o comportamento autorregulatório, a literatura tem vindo a considerar que as crianças tendem a internalizar o modelo de autorregulação parental (Vávrová, 2015). Nesta linha, foi verificado que as crianças cujos pais evidenciam adequadas capacidades autorregulatórias, tinham tendência a desenvolver habilidades autorregulatórias positivas (Williams & Woodruff-Borden, 2015) e, numa outra pesquisa, a sensibilidade parental e a qualidade do ambiente familiar emergiram como preditores da autorregulação das crianças em idade pré-escolar (Birmingham et al., 2017). Por outro lado, um estudo de Bater e Jordan (2017) evidenciou que práticas

parentais negativas estavam relacionadas com comportamentos externalizados em crianças em idade pré-escolar caraterizados pelo incumprimento de normas sociais, agressão aos colegas, alto nível de défice de atenção/hiperatividade e baixos níveis de regulação de impulsos.

Neste âmbito, o modelo parental de socialização das emoções (Williams & Woodruff-Borden, 2015) sublinha a relevância da promoção de habilidades da autorregulação emocional das crianças através do apoio à identificação das emoções, compreensão das suas causas, modulação da sua expressão e implementação de estratégias de *coping* adequadas.

Em crianças institucionalizadas os resultados das pesquisas têm revelado menores competências de autorregulação quando comparadas com os seus pares vivendo com as famílias, especialmente em crianças com risco pré-natal cumulativo (Ertekin, 2014; Hrbackova & Safrankova, 2016; Riley-Behringer, 2015), e quando expostas a um ambiente privado de estímulação social (Vávrová, 2015). Algumas pesquisas sugerem que a privação institucional tem efeitos a longo prazo no controlo inibitório e na memória de trabalho. Por exemplo, Merz, McCall, e Groza (2013) verificaram que, 14 meses após a adoção, as crianças apresentavam piores resultados em tarefas de controlo inibitório quando comparadas com crianças em famílias biológicas. Além disso, o pior desempenho nessas tarefas estava associado ao comportamento hiperativo-impulsivo avaliado pelos pais adotivos em contextos quotidianos.

3.2.3 Desenvolvimento Socioemocional

O funcionamento emocional e comportamental envolve a capacidade adaptativa de expressão e regulação dos sentimentos, emoções e comportamentos em contextos de interações sociais (Izard, Youngstrom, Fine, Mostrow, & Trentacosta, 2006; Papalia et al., 2009; Rosenblum, Dayton, & Muzik, 2009).

O funcionamento emocional e comportamental de crianças institucionalizadas tem sido o domínio desenvolvimental mais estudado (e.g., Baptista, Mesquita, & Soares, 2015; Dobrova-Krol et al., 2011; Groark et al., 2009; Groark & McCall, 2011; MacLean, 2003; McCall, 2013; Pinhel, Torres, & Maia, 2009; Smyke et al., 2007, 2012; Soares, Silva, Marques, Baptista, & Oliveira, 2010). Quando se avaliam os efeitos de institucionalização do desenvolvimento da criança, o funcionamento emocional e comportamental tem sido o mais afetado (Nelson et al., 2014).

Estudos realizados em diversos países têm apontado para níveis elevados de problemas emocionais e comportamentais, como é o caso de Portugal (Baptista et al., 2013, 2014; Pereira, 2008; Perreira et al., 2010), na Índia (Datta et al., 2018; Kaur, Vinnakota, Panigrahi, & Manasa, 2018), no

Japão (Katsurada, Tanimukai, & Akazawa, 2017), na Grécia (Ralli et al., 2017), na Tanzânia (Hermenau et al., 2014) e no Ruanda (Nsabimana, 2016).

Por seu lado, em estudos comparativos, as crianças em acolhimento institucional revelaram igualmente mais problemas emocionais e sociais do que os seus pares em famílias biológicas (McCall & Groark, 2015; Muhamedrahimov et al., 2014; Tibu, Humphreys, Fox, Nelson, & Zeanah, 2014), como por exemplo, menor afeto positivo (Smyke et al., 2007).

As experiências de risco pré-institucional associadas à menor qualidade dos cuidados institucionais têm sido as variáveis com maior impacto nas dificuldades funcionais em crianças em acolhimento institucional (Baptista et al., 2013; Dobrova-Krol et al., 2008, 2010; Katsurada et al., 2017; Smyke et al., 2007). Foram verificadas associações significativas entre histórias de maus-tratos na família biológica e a qualidade dos cuidados institucionais (i.e., estabilidade e consistência nos cuidados) e o retraimento social em crianças (Baptista et al., 2013). O HIV associou-se ao desenvolvimento global de crianças institucionalizadas e constituía um risco aumentadado quando combinado com a privação nos cuidados adequados ao desenvolvimento normativo das mesmas na Ucrânia (Dobrova-Krol et al., 2008). Na Tanzânia, foram verificadas associações significativas entre histórias de maus-tratos na família biológica, na instituição e problemas emocionais e comportamentais da criança (Hermenau et al., 2014).

A investigação demonstra ainda efeitos a longo prazo da privação institucional, em particular em crianças com o maior tempo de permenência (i.e., ≥ a 6 meses) na instituição. A título ilustrativo, crianças Romenas adotadas no Reino Unido com história de maior privação institucional exibiram sintomas do espetro de autismo (Sonuga-Barke et al., 2017), sintomas emocionais e comportamentais aos 6, 11 anos de idade (Kennedy et al., 2016; Sonuga-Barke et al., 2017; Troller-Renfree, Zeanah, Nelson & Fox, 2018), sugerido alterações profundas na estrutura e função cerebral (Troller-Renfree et al., 2018). Por outro lado, crianças com história de menor privação institucional e com menor tempo de permanência evidenciaram poucos sintomas emocionais e comportamentais (Kennedy et al., 2016; Sonuga-Barke et al., 2017).

Em síntese, os resultados dos vários estudos apresentados evidenciam que a privação dos cuidados adequados ao desenvolvimento na família e na instituição contribui para problemas desenvolvimentais das crianças institucionalizadas e reforçam a necessidade de uma abordagem multinível desta problemática (Cicchetti, 2006; Hayden & Mash, 2014; Mash & Dozois, 2003; Wilmshurst, 2009).

Os resultados da intervenção ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados institucionais apontam para uma recuperação no desenvolvimento dessas crianças (Groark & McCall, 2011; Hawk et

al., 2018; McCall, 2013; McCall et al., 2018; Muhamedrahimov et al., 2004; Wright et al., 2014), especialmente, quanto mais cedo as crianças são retiradas das instituições e colocadas em ambientes de cuidados sensíveis e responsivos às necessidades das crianças, sobretudo no domínios sócio-emocional que revela uma maior plasticidade do que os outros domínios (Nelson et al., 2014; Zeanah et al., 2017). Por exemplo, a adoção pode melhorar o funcionamento adaptativo no início da adolescência (Humphrey et al., 2018). Um estudo mais recente que examinou efeitos da adoção no funcionamento adaptativo em crianças com história de privação severa, identificou 40% (n=98) de crianças que exibiram o funcionamento adaptativo em termos de saúde mental, física, uso de substâncias, comportamento de risco, relações familiares, relação de pares e desempenho académico (Humphrey et al., 2018). Em comparação com crianças em cuidados familiares, 56% (n=50), exibiram mais funcionamento adaptativo, bem como evidenciaram um QI elevado aos 12 anos de idade, especialmente aquelas adotadas antes de 20 meses de idade (Humphrey et al., 2018).

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

I. INTRODUÇÃO

Em Moçambique, a institucionalização está inserida no âmbito dos programas de proteção de crianças órfãs e vulneráveis, nomeadamente aquelas separadas de forma temporária ou definitiva dos seus familiares ou em risco de separação (Ministério da Mulher e da Ação Social, 2010, 2012a). Neste quadro, as instituições de acolhimento visam garantir a proteção, a segurança e o desenvolvimento integral saudável das COVs (Conselho de Ministros, 2015; Ministério da Mulher e da Ação Social, 2010), tal como rege o quadro político legal vigente no país e na região austral que privilegia a Proteção e Promoção dos Direitos da Criança (Save the Children, 2010, 2013).

Importa sublinhar que o governo moçambicano ratificou a adesão à Convenção sobre os Direitos da Criança através da Resolução nº 19/90, adaptada na 44ª Sessão Ordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 (Assembleia da República, 1990). Além disso, a Constituição da República, em vigor desde o ano 2004, prioriza a infância e confere direito à proteção da família, da comunidade e do Estado especialmente a crianças órfãs, portadoras de deficiência, abandonadas e vítimas de maus-tratos (ROSC, 2016).

Nesta linha, o governo moçambicano tem vindo a desenhar vários programas e planos nacionais de ação ajustados às normas das Nações Unidas (e.g., o Plano Nacional de Ação para Crianças; o Plano de Ação para Crianças Órfãs e Vulneráveis; o Regulamento dos Infantários e Centros de Acolhimento às Crianças em Situação Difícil; o Regulamento de Proteção Alternativa de Menores).

No entanto, o governo moçambicano reconhece o impacto negativo do acolhimento institucional no desenvolvimento das crianças. Por isso, preocupa-se em reduzir o número de crianças a viver em instituições (UNICEF, 2013). Porém, persiste a permanência e a abertura de um número crescente de centros de acolhimento com prestadores de cuidadores sem formação específica (ROSC, 2016), bem como o acolhimento familiar de natureza informal que pode constituir um risco de exposição da criança a várias formas de abuso, negligência, trabalho infantil e discriminação pelos membros da família (Milligan et al., 2017; ROSC, 2016).

Tal como descrito na Parte I da presente dissertação, cerca de 15000 crianças viviam em 155 centros de acolhimento em Moçambique em 2011 (Ministério da Mulher e da Ação Social, 2012b). Devido à constatação de fragilidades nas condições de habitabilidade e em termos de saúde, segurança, higiene e saneamento, 13 daqueles centros foram encerrados na zona centro e norte do país (Ministério da Mulher e da Ação Social, 2012b). Adicionalmente, dados fornecidos pela Direção Provincial de Género, Crianças e Ação Social de Sofala, em 2016, revelaram haver 516 crianças dos 0 aos 17 anos de idade acolhidas em apenas seis instituições na Beira.

Apesar do exposto, são escassos os estudos que avaliam os efeitos da institucionalização no desenvolvimento da criança em Moçambique. As medidas governamentais no contexto do acolhimento institucional de COVs não têm sido informadas por evidências científicas. É nesse âmbito que surge a presente dissertação que pretende contribuir para o conhecimento do impacto do acolhimento institucional no desenvolvimento de crianças entre os 4 e os 6 anos de idade na Cidade da Beira, Moçambique.

Porquê avaliar a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento de crianças em acolhimento institucional na cidade da Beira, em Mocambique?

Tanto a literatura internacional (e.g., Dobrova-Krol et al.,, 2008; Fluke et al., 2012; McCall, 2013; McCall & Groark, 2015), como os resultados dos estudos conduzidos no continente Africano (Hermenau et al., 2014; Milligan et al., 2017; Nyamutinga & Kang'ethe, 2015), consideram a institucionalização como uma experiência potencialmente adversa com impacto negativo no desenvolvimento da criança. Anos de investigação salientam que as instituições, pelas suas características estruturais e funcionais que dificultam interações responsivas e individualizadas entre os prestadores de cuidados e as crianças, constituem-se como um contexto de cuidados inadequado à promoção do desenvolvimento normativo. A isto, acresce que estas crianças estiveram, cumulativamente, expostas a múltiplos riscos pré-institucionais, como, por exemplo, abandono, exposição a violência, negligência e abuso na família de origem.

Estando ancorada na escassez de investigação sobre os efeitos da institucionalização no desenvolvimento da criança em Moçambique, a presente investigação foi conduzida em instituições da cidade da Beira e na comunidade de Dondo, Província de Sofala. Esta escolha pela cidade da Beira deveu-se aos seguintes fatores: (i) porque a maioria das instituições encerradas pelo governo Moçambicano, em 2014 (cf., Parte I da presente Dissertação) situava-se no centro do país, principalmente na cidade da Beira, sendo indicativo dos défices estruturais e funcionais daquelas instituições; e (ii) porque uma exploração, por nós realizada em 2016, revelou a existência de 516 crianças e adolescentes, entre os 0 e os 17 anos de idade, acolhidos em apenas 6 instituições da Beira, denotando o uso expressivo da institucionalização naquela zona do país. Importa ainda mencionar as conclusões de um estudo piloto realizado no âmbito da presente dissertação, conduzido com 31 crianças institucionalizadas na cidade Beira, entre os 4 e os 6 anos de idade, que indicaram a existência de dificuldades cognitivas naquelas crianças e constrangimentos estruturais e funcionais nas instituições (e.g., elevada rotatividade, cuidadores/as sem formação específica), que comprometem a estabilidade e a consistência dos cuidados prestados.

Face ao exposto, a nossa investigação dedicou-se ao estudo do desenvolvimento de crianças, entre os 4 e os 6 anos de idade, acolhidas em instituições na cidade da Beira. Seguindo uma perspectiva ecológica Bronfenbrenner (1979), o presente estudo procurou analisar as relações entre o desenvolvimento da criança e fatores individuais e do ambiente, incluindo o bem-estar psicológico dos/as prestadores/as de cuidados institucionais e responsividade sensível. Foi ainda considerado um grupo de comparação, constituído por crianças e respetivos/as pais/mães. Tratou-se de um grupo de crianças sem histórias de institucionalização, mas expostas à adversidade socioeconómica na família, aproximando-se do ambiente de cuidados familiares marcado pela pobreza e experienciada previamente pelas crianças institucionalizadas. Esta investigação teve, adicionalmente, como foco a análise do ambiente de cuidados das crianças de ambos os grupos, e às suas relações com o desenvolvimento.

A Parte II da presente dissertação é constituída por três capítulos: (i) o capítulo dos objetivos, hipóteses e método; (ii) o capítulo dos resultados (i.e., relativos ao desenvolvimento das crianças institucionalizadas e daquelas em contexto familiar em desvantagem socioeconómica, bem como à análise comparativa dos dois grupos); e (iii) o capítulo da discussão dos resultados.

CAPÍTULO 4: OBJECTIVOS, HIPÓTESES E MÉTODO

4.1 Objetivos e Hipóteses do Estudo

Globalmente, a presente investigação pretendeu contribuir para o conhecimento acerca do impacto do acolhimento institucional no desenvolvimento de crianças entre os 4 e os 6 anos de idade, da cidade Beira, em Moçambique.

No que concerne aos seus objetivos específicos, esta investigação visou inicialmente:

- Descrever múltiplos domínios do desenvolvimento das crianças em acolhimento institucional e da comunidade e caracterizar o seu ambiente de cuidados;
- Identificar fatores do indivíduo e do ambiente familiar e institucional associados a múltiplos domínios do desenvolvimento das crianças em acolhimento institucional e da comunidade em desvantagem socioeconómica;
- Analisar os preditores individuais e ambientais de múltiplos domínios do desenvolvimento das crianças em acolhimento institucional e da comunidade.

Adicionalmente, esta investigação pretendeu:

- Comparar o desenvolvimento das crianças em acolhimento institucional e das crianças da comunidade;
- Comparar o bem-estar psicológico e os comportamentos responsivos dos/as prestadores/as de cuidados institucionais e dos/as pais/mães das crianças da comunidade.

De acordo com a revisão da literatura efetuada, e no que concerne especificamente às crianças em acolhimento institucional, é esperado que:

- *Dificuldades nos diferentes domínios do desenvolvimento da criança estejam significativamente associadas e sejam preditas (1) por problemas de saúde e défices no crescimento físico, (2) pela exposição a experiências prévias adversas na família biológica, e (3) pela exposição a cuidados de menor qualidade na instituição e a menor bem-estar psicológico dos/as cuidadores/as*.

A hipótese acima formulada é sustentada pela literatura que tem vindo a documentar associações significativas entre o estatuto desenvolvimental da criança ao longo da sua permanência na instituição e as condições de saúde (e.g., HIV; Dobrova-Krol et al., 2008, 2010; Stein et al., 2014), as experiências pré-institucionais adversas na família biológica (e.g., abandono, negligência; Baptista et al., 2013, 2018; Merz et al., 2016; Rakhlin et al., 2017) e a menor qualidade dos cuidados institucionais

(e.g., menor sensibilidade e cooperação do/a cuidador/a na interação com a criança; Bick et al., 2017; Nelson et al., 2014; Zeanah et al., 2017).

Relativamente às crianças da comunidade, é esperado que:

- *Dificuldades nos diferentes domínios do desenvolvimento da criança estejam significativamente associadas e sejam preditas por (1) desvantagem socioeconómica, (2) comportamentos parentais menos sensíveis e menos cooperantes, e (3) menor bem-estar psicológico dos/as pais/mães*.

Na verdade, a literatura tem apontado frequentemente para associações significativas entre dificuldades desenvolvimentais da criança e a desvantagem socioeconómica das famílias (Hair et al., 2015; Mckner et al., 2003). A pobreza, sendo um stressor crónico do funcionamento parental, associa-se ao menor bem-estar psicológico parental (Belsky & Jaffe, 2006; Cowan & Cowan, 2006; Evans, 2013; Luby, 2013), bem como a menor qualidade dos cuidados parentais (e.g., Blair & Raver, 2016; Coley et al., 2015), o que por sua vez relaciona-se com múltiplas dificuldades desenvolvimentas na criança em idade pré-escolar (e.g., Evans & Kim, 2013; Luby et al., 2013; Votruba-Drzal et al., 2016).

Por fim, é esperado que:

- *As crianças em acolhimento institucional evidenciem dificuldades mais acentuadas em múltiplos domínios do desenvolvimento do que as crianças da comunidade em desvantagem socioeconómica.*
- *Os/As cuidadores/as nas instituições exibam comportamentos menos sensíveis e cooperantes em interação com a criança e menor bem-estar psicológico do que os/as pais/mães das crianças da comunidade.*

De facto, estudos comparativos documentam dificuldades mais acentuadas em múltiplos domínios desenvolvimentais em crianças institucionalizadas do que nos seus pares em contexto famíliar (e.g., Alma et al., 2016; Datta et al., 2018; Hermenau et al., 2014; Rakhlin et al., 2017; Ralli et al., 2017). Cuidadores/as institucionais têm sido descritos pela literatura como exibindo comportamentos menos sensíveis e cooperantes em interação com a criança (e.g., Baptista et al., 2018; Hawk et al., 2018; McCall et al., 2018).

4.2. Método

4.2.1 Participantes

A presente investigação inclui 92 crianças: 46 crianças acolhidas em instituições (Grupo Institucionalização, GI) e 46 crianças da comunidade em risco psicossocial (Grupo Comunidade, GC). Participaram ainda no estudo os/as respetivos/as cuidadores/as institucionais (GI) e pais (GC), cujas características sócio-demográficas estão descritas abaixo.

a) Grupo Institucionalização: Crianças e Cuidadores/as

Tal como mencionado anteriormente, o presente estudo inclui 46 crianças em acolhimento institucional (27 rapazes, 58.7%). No momento da avaliação, as crianças tinham em média 64.47 meses de idade (*DP*=10.12, Mínimo-Máximo=44-81 meses). O tempo médio de permanência na instituição foi de 29.41 meses (*DP*=17.11, Mínimo-Máximo=7-67 meses). A idade média de admissão foi de 33.11 meses (*DP*=20.07, Mínimo-Máximo= 0-70 meses). No que concerne às razões da institucionalização, os motivos revelaram-se diversos. Trinta e quatro (73.9%) crianças foram institucionalizadas por serem órfãs e vulneráveis[1]; onze (23.9%[2]) crianças foram abandonadas pela família; e uma criança (2.2%) foi institucionalizada devido a prisão dos seus pais (ver Anexo A). Importa mencionar que, do total da amostra, 13 (28.3%) crianças tinham HIV.

O presente estudo envolveu, ainda, os/as prestadores/as de cuidados institucionais. Para o efeito, participaram neste estudo 39 cuidadores/as (33 mulheres, 84.62%), com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos (*M*=40.08, *DP*=12.98). Em média, os/as prestadores/as de cuidados possuíam um tempo de serviço de 9.79 anos (*DP*=7.54; Mínimo-Máximo=1-39 anos), trabalhando 8.13 horas por dia, em média (*DP*=.57, Mínimo-Máximo=7-10 horas). O rácio médio cuidador/a-criança situou-se na ordem de 15.79 (*DP*=4.53; Mínimo-Máximo=4-26) crianças por cada cuidador/a. No que concerne à estabilidade dos horários de trabalho vigentes nas instituições, 13 (33.3%) cuidadores/as tinham um horário fixo, enquanto 26 (66.7%) tinham um horário rotativo, variando entre diário a semanal, tal como ilustra no (Anexo B). A maioria dos prestadores/as de cuidados não possuía formação específica em matérias ligadas ao desenvolvimento e cuidados às crianças (*n*=31; 79.5%). Dezassete (43.6%) prestadores/as de cuidados apresentavam uma baixa escolaridade[3].

[1] i.e., crianças que, para além da condição de orfandade, estavam privadas de um conjunto de direitos, designadamente à segurança, à educação, à saúde e alimentação.

[2] Destas, três crianças foram abandonadas pela família à nascença, depois da morte materna durante o parto.

[3] Considerou-se "baixa escolaridade" a escolaridade igual ou inferior à escolaridade obrigatória em Moçambique (i.e., ≤ 7ª classe).

No presente estudo, foram avaliadas crianças e seus/suas prestadores/as de cuidados de três instituições de acolhimento.

4.2.2 Caracterização das Instituições de Acolhimento Participantes

Seguidamente, é apresentada a caraterização das instituições que participaram no presente estudo. A caraterização dá especial enfoque aos seguintes parâmetros: (i) recursos humanos (i.e., o número de trabalhadores disponíveis em cada uma das instituições, atividades de voluntariado e, em especial, o número de trabalhadores que prestam cuidados diretos às crianças); (ii) recursos físicos e económicos (i.e., espaços e equipamentos); (iii) coordenação com serviços judiciais; (iv) interações (i.e., com as famílias de origem e o desenvolvimento de projetos comununitários); (v) serviços e atividades (i.e., as rotinas e as atividades desenvolvidas) e; (vi) saúde (i.e., realização de exames físicos e/ou psicológicos, existência de obstáculos e planificação da periodicidade das consultas e tratamentos) na instituição[4].

I. Descrição Geral das Instituições de Acolhimento

Tal como mencionado anteriormente, participaram no presente estudo três instituições da cidade da Beira, em Moçambique. No âmbito do seu funcionamento, estas instituições têm como missão garantir a proteção, a segurança e o desenvolvimento integral saudável das crianças órfãs e vulneráveis (COVs), bem como das crianças que por outros motivos (e.g., abandono) estão privadas de cuidados parentais. A maioria dos/as prestadores/as de cuidados tem horários rotativos, trabalhando por turnos. Trabalham cerca de oito horas diárias, entre 4 a 6 dias por semana.

A maioria dos/as prestadores/as de cuidados e funcionários não possuem formação específica em matérias de prestação de cuidados às crianças. Recebem, para o efeito, treino por parte da equipa de proteção de menores, em noções básicas de cuidados à criança. No geral, os gestores das instituições estabelecem reuniões com os trabalhadores, dispondo para tal de um espaço para a participação dos mesmos.

II. Recursos Humanos

No que diz respeito às caraterísticas sociodemográficas dos gestores das três instituições participantes, apenas um gestor era do sexo masculino. As suas idades variavam entre os 43 e os 59

[4] Esta descrição foi realizada com base no sistema ARQUA, administrado ao director da instituição neste estudo (Pereira et al., 2007; Valle, 2006).

anos. Além disso, possuíam uma experiência de trabalho entre os 3 e os 10 anos. No que concerne às habilitações literárias, todos os gestores das instituições participantes possuíam o nível superior.

No momento da avaliação, as três instituições acolhiam um total de 181 crianças entre os 0 e os 17 anos de idade, e possuíam 48 prestadores/as de cuidados. O número de crianças e de prestadores/as de cuidados por instituição é apresentado no (Anexo C).

De seguida, apresenta-se a distribuição dos recursos humanos por setores de atividades em cada instituição avaliada (cf. Anexo D).

III. Recursos Físicos e Económicos

De todas as instituições avaliadas, apenas uma apresentava deficiências na conservação dos edifícios. Estimativa-se que dormiam 15 crianças por quarto na primeira instituição, 22 crianças por quarto na segunda instituição e 14 crianças por quarto na terceira instituição participante. Observam-se para o efeito, questões relativas ao sexo (i.e., meninos e meninas dormiam em quartos separados) e a faixas etárias (i.e., os bebés dormiam em berçários e separados de crianças mais velhas).

As salas de atividades lúdicas apresentavam mobiliário e brinquedos razoavelmente adaptados às diferentes faixas etárias. Por sua vez, o recreio exterior apresentava algum equipamento razoavelmente conservado e funcional (i.e., escorregador, giratório, carossel, baloiços). Importa realçar que uma instituição apresentava um recreio exterior com equipamento inoperacional.

No que concerne à economia, duas instituições avaliadas enfrentavam dificuldades económicas relacionadas com atrasos no pagamento que, de certa forma, impediam a realização de atividades ou gastos importantes para as crianças e para os trabalhadores (e.g., falta de higienização em determinadas áreas da instituição, ausência de equipamentos de proteção, ordenados em atraso).

IV. Coordenação com os Serviços Judiciais

Relativamente à coordenação com serviços judiciais, com a exceção de uma instituição, as restantes cumpriam com os procedimentos jurídicos no processo de admissão e saída da criança da instituição mediante a articulação com a equipa de proteção de menores, nomeadamente a Direção Provincial de Género, Criança e Ação Social, e Procuradoria Provincial e da Cidade. Globalmente, no momento da avaliação, estas instituições desenvolviam um controlo que permitia a garantia de segurança da criança na instituição (i.e., apenas pessoas devidamente autorizadas entravam na instituição e contactavam com as crianças, designadamente familiares e outros visitantes, como por exemplo, estudantes ou mecenas). Além disso, existia um controlo para a prevenção de abusos, quer por parte de funcionários internos e pessoas externas à instituição, quer por parte de outras crianças

mais velhas. Adicionalmente, havia um controlo para que as crianças não fugissem ou saíssem sem autorização da instituição, através de guardas.

Com a exceção de uma instituição que possuía uma clínica integrada, as restantes careciam internamente de recursos para a avaliação das crianças. Por esse motivo, as avaliações eram efetuadas pela equipa de proteção de menores da Direção Provincial de Género, Criança e Ação Social, em articulação com os serviços de saúde antes da admissão da criança na instituição, restringindo-se ao rastreio do HIV.

Dependendo dos motivos da institucionalização, algumas crianças faziam-se acompanhar da documentação necessária (e.g., Cédula Pessoal, Atestado de Óbito dos pais, Declaração do Bairro, Atestado da Pobreza), em especial as crianças órfãs. Por sua vez, as crianças abandonadas pela família não apresentavam a documentação necessária. O processo de saída da instituição era razoavelmente gerido e regulado, especialmente pelas exigências governamentais mais recentes (e.g., obrigatoriedade por parte das instituições a respeitarem o regulamento nacional da institucionalização, que exige, por exemplo, a articulação com os governos locais na admissão e saída das crianças da instituição).

V. Interações no contexto institucional

No que concerne às interações, no momento da avaliação, as instituições desenvolviam alguns projetos de interação entre a criança e a família biológica/alargada. A maioria das crianças passava os fins de semana e férias junto das suas famílias. Os familiares e/ou pais das crianças mais novas eram solicitados a efetuarem visitas na instituição. Adicionalmente, durante as férias e fins de semanas, alguns funcionários das instituições, especialmente ativistas e equipa técnica, efetuavam visitas domiciliárias às famílias das crianças para se inteirarem das dificuldades e das interações das crianças no seio familiar.

Por conveniência das suas competências, as instituições articulavam-se com outras instituições e desenvolviam protocolos de cooperação para alocação de fundos e bens destinados ao funcionamento da instituição e promoção do bem-estar das crianças, especialmente na área de saúde, educação e nutrição (i.e., associação do empresariado local, organizações não governamentais, instituições públicas).

VI. Serviços e Atividades

Relativamente aos serviços e atividades, todas as instituições dispunham de serviços de assistência social e jardins de infância. Uma instituição apresentava um serviço de enfermagem devidamente estruturado. As restantes articulavam-se para o efeito com os hospitais e os serviços de

saúde públicos mais próximos. Importa sublinhar que nenhuma das instituições implementava os serviços de apoio jurídico ou de psicologia. Os serviços de apoio jurídico eram articulados com a equipa de proteção de menores ao nível da cidade e da província. Relativamente às rotinas, atividades desenvolvidas e atendimento à saúde da criança, as três instituições participantes possuíam horários bem estabelecidos para as diferentes rotinas das crianças, designadamente no que concerne a atividades lúdicas e de aprendizagens, ajustadas ao nível de desenvolvimento da criança. A este respeito, existiam nas três instituições profissionais responsáveis pela estruturação daquelas atividades, percorrendo todas as faixas etárias e considerando as crianças com necessidades educativas especiais. Frequentemente, havia períodos dedicados às brincadeiras grupais, mas raramente havia momentos de interação individualizada com as crianças. Dada a condição de vulnerabilidade destas crianças, não era permitido aos cuidadores punir ou repreender as crianças.

VII. Saúde

Na componente saúde, apenas uma instituição realizava exames físicos e médicos. As restantes duas instituições mencionaram obstáculos económicos e de recursos humanos (e.g., ausência de técnicos com formação específica) para a realização de terapias junto das crianças. Tendo em conta as dificuldades anteriormente referidas, naquelas instituições não existia uma planificação da periodicidade dos tratamentos ou consultas, estando dependentes de recursos externos disponíveis.

b) Grupo da Comunidade em Contexto Familiar em Desvantagem Socioeconómica: Crianças e Pais

No que concerne às crianças da comunidade, o estudo incluiu igualmente 46 crianças da comunidade (26 rapazes, 56.5%) e 39 pais (2 homens[5], 5.1%). No momento da avaliação, as crianças tinham, em média, 64.98 meses de idade (*DP*=9.94, Mínimo-Máximo=48-83 meses). Os/As pais/mães tinham em média, 29.18 anos (*DP*=5.27, Mínimo-Máximo=20-45). Importa observar que esta amostra é composta por 13 irmãos (28.3%).

i. Caracterização do Contexto Familiar

No momento da avaliação, o agregado familiar era composto por 7.18 membros, em média (*DP*=2.22; Mínimo-Máximo=4-15). O rendimento médio das famílias (*n*=36[6]) era de 4000 meticais (*DP*=3850; Mínimo-Máximo=00-12000.00 meticais). Considerando o rendimento médio e o número de

[5] Nestas duas famílias, participaram no estudo os pais e não as mães, pois estas últimas revelaram-se indisponíveis por razões de tempo. As mães estavam ocupadas com as atividades de subsistência da família.

[6] Para as restantes famílias, não estava disponível o rendimento mensal.

elementos que componham o agregado familiar, todas as crianças desta amostra viviam abaixo do limiar de pobreza (i.e., viviam com menos de 1.9 dólares por dia; Banco Mundial, 2016).

Quanto às habilitações literárias, 14 (36.8%) pais das famílias avaliadas possuíam uma baixa escolaridade (i.e., tinham uma escolaridade ≤7ª Classe), cinco (13.2%) tinham frequentado o ensino secundário do primeiro ciclo e não completaram a 10.ª classe, 11 (28.9%) tinham o nível básico (i.e., completaram a 10ª classe ou equivalente) e oito (21.1%) tinham o nível médio (i.e., tinham completado a 12ª classe ou equivalente). Relativamente às mães, 14 (35.9%) possuíam uma baixa escolaridade, 10 (25.6%) tinham frequentado o ensino secundário do primeiro ciclo e não completaram a 10ª classe, seis (15.4%) possuíam o nível básico, duas (5.1%) tinham frequentado o ensino secundário do segundo ciclo, mas não completaram a 12ª classe, e sete (17.9%) tinham o nível médio.

No que concerne ao estatuto profissional, sete (18.4%) pais estavam desempregados, 13 (34.2%) estavam empregados em regime *part-time*, 12 (31.6%) estavam empregados em *full-time* e seis (15.8%) eram comerciantes por conta própria. Quanto às mães, 30 (76.9%) estavam desempregadas, duas (5.1%) estava empregada em *part-time* e sete (17.9%) estavam empregadas em *full-time.* De todas as famílias avaliadas, 24 (61.5%) viviam na casa própria, 9 (23.1%) viviam em casa arrendada e 6 (15.4%) viviam na casa de guarda[7]. Quinze (38.5%) famílias viviam em boas condições habitacionais, enquanto que as restantes (*n*=24, 61.5%) viviam em habitações construídas com material precário (e.g., paus maticados, capim, palha, palmeira, plástico ou de chapas de zinco e Lusalite velhas, sem energia elétrica e água canalizada) (cf. INE, 2007). Vinte e três (59%) famílias viviam em condições de sobrelotação habitacional[8], tal como ilustra a tabela 3. Vinte e nove (74.4%) casais estavam em união de facto, um (2.6%) era casado, 8 (20.5%) casais estavam separados e uma (2.6%) mãe era viúva (cf. Anexo E).

Diferenças Entre es Grupos: Sexo e Idades das Crianças

Importa referir que as crianças dos dois grupos não se distinguem em função do sexo, X^2 (1) = .045, p =.833, nem em função da idade, U =809.5, p = .863.

[7] Famílias que viviam em casas improvisadas (i.e., construídas de material improvisado) e que se dedicavam à guarnição do material de construção(cf. INE, 2007).

[8] Foi considerada sobrelotação habitacional, o contexto familiar com uma habitação que não dispunha de divisões suficientes para acolher adequadamente o agregado familiar (e.g., divisão para o casal, indivíduo com 18 anos ou mais e indivíduos de sexo diferentes) (cf. INE, 2010).

4.2 Instrumentos

São apresentados, de seguida, os instrumentos que integraram a presente investigação.

4.2.1 Informação Sociodemográfica das Crianças e das Famílias

Foram administrados, no presente estudo, dois questionários sociodemográficos elaborados pela equipa de investigação: (1) um dos questionários foi administrado à equipa técnica de cada instituição com o intuito de recolher informações relativas às crianças em acolhimento (Grupo Institucionalização, GI) e; (2) o outro foi administrado aos pais do Grupo da Comunidade (GC), visando recolher informações sociodemográficas das famílias e das crianças.

O primeiro questionário permitiu recolher as informações relativas aos seguintes domínios: a) identificação da criança e os motivos de admissão (i.e., idade cronológica, idade de admissão e o tempo de permanência na instituição e motivos do acolhimento; b) filiação da criança e a composição do agregado familiar (i.e., com quem vivia a criança e quem constitui a família mais próxima, ou se nunca viveu com a família biológica); c) elementos socioeconómicos da família em termos da situação habitacional, bem como da situação socioeconómica da família; d) à história de saúde e do desenvolvimento dos progenitores e da criança (i.e., parto, história do desenvolvimento da criança, história de saúde da criança, história de saúde dos progenitores e/ou do agregado familiar) e; e) identificação do cuidador de referência da criança na instituição.

O segundo questionário permitiu obter os seguintes dados: a) dados relativos aos/as pais/mães em termos de idade, escolaridade, estado civil, estatuto profissional, número de filhos do pai e da mãe; b) dados relativos à história de saúde da criança, bem como à sua frequência no jardim de infância e/ou em algum estabelecimento de ensino; c) dados sociodemográficos da família (i.e., composição do agregado e rendimento familiar, receção de algum apoio económico, tipo de habitação, localização da habitação, condições de habitabilidade e acontecimentos familiares perturbadores no último ano).

Para o grupo da comunidade e com base nas informações recolhidas através do questionário sociodemográfico, procedeu-se à construção de um compósito de desvantagem socioeconómica, que considerou as seguintes variáveis dicotómicas (0=ausência de risco, 1=presença de risco): baixa escolaridade do pai, baixa escolaridade da mãe, desemprego do pai, desemprego da mãe, sobrelotação habitacional e más condições habitacionais. Procedeu-se ao somatório dos riscos, pelo que, no presente estudo, foi calculado e utilizado nas análises subsequentes a proporção. Para este cálculo, possibilitou-se a ausência, no máximo, de informação para dois fatores de risco. Este compósito considerou ainda o rendimento familiar mensal. Procedeu-se à estandardização do valor da proporção e à estandardização e

inversão do rendimento familiar. O compósito de desvantagem socioeconómica resultou da média dos valores estandardizados.

4.2.2 Desenvolvimento da Criança

Crescimento físico. O peso e o comprimento/altura das crianças do Grupo Institucionalização (GI) foram medidos no momento da avaliação, nas respetivas instituições pelo investigador.[9] Os valores brutos do peso e do comprimento/altura foram registados numa ficha de medidas físicas desenvolvida pela equipa de investigação, tendo sido posteriormente convertidos em *z-scores*, recorrendo ao *software WHO AnthroPlus* 1.0.4 (WHO, 2007), para crianças dos 5 aos 19 anos de idade, da Organização Mundial de Saúde. Procedeu-se à identificação das crianças com baixo peso e comprimento/altura, considerando para o efeito valores ≤ *-2SD*, seguindo as indicações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010). Para 10 criança não foi possível calcular os *z-scores* daqueles parâmetros antropométricos, visto não haver informação disponível sobre a data de nascimento das mesmas.

Funcionamento Cognitivo. O funcionamento cognitivo foi avaliado recorrendo às Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR, Raven, 1947/1958; Raven, Raven, & Court, 2009), constituídas por três séries (A, Ab e B), de 12 itens cada, organizadas por grau de dificuldade. Possibilitam avaliar a inteligência fluida (gf) relacionada com o estado neurológico que envolve os parâmetros de perceção de relações, pensamento abstrato, raciocínio analógico não verbal, a compreensão de novas relações e a capacidade de resolução de problemas em crianças pré-escolares. Mais precisamente, as três séries possibilitam distinguir entre diferentes graus de incapacidade intelectual, indicando se uma criança é ou não capaz de comparar e empregar o raciocínio analógico (Raven et al., 2009).

As MPCR foram administradas individualmente, por um investigador com treino. Um conjunto de figuras com fundo colorido são apresentados à criança, devendo a mesma identificar a figura em falta considerando seis alternativas de resposta. Cada alternativa correta apontada pela criança corresponde a 1 ponto. O compósito QI foi obtido através da soma das pontuações totais de todas as séries (i.e., A, Ab e B). As MPCR (Raven et al., 2009) possibilitam, ainda, a identificação de categorias de funcionamento cognitivo, que foram calculadas no âmbito do presente estudo. Mais especificamente, as MPCR permitem a classificação do desempenho das crianças em (i) I-grau (i.e., funcionamento intelectual muito superior a média, situando-se nos valores percentílicos iguais ou superiores à 95; (ii) II-

[9] Na primeira instituição, o investigador teve apoio da médica residente.

grau (i.e., funcionamento intelectual superior a média, situando-se os valores percentílicos iguais ou superiores à 75); (iii) III-grau (funcionamento intelectual médio, situando-se os valores percentílicos entre 25 e 75); (iv) IV-grau (i.e., funcionamento intelectual abaixo da média, situando-se os valores percentilicos entre 10 e 25 ou valores brutos entre 12 e 15); e, por último, (v) V-grau (funcionamento muito inferior à média, situando-se os valores percentílicos abaixo de 10 ou valores brutos entre 4 e 11).

Autorregulação. As competências de autorregulação foram avaliadas através da administração de quatro tarefas estruturadas da Bateria de Controlo por Esforço de Kochanska (Kochanska et al., 2000; versão portuguesa traduzida por Baptista, Martineghi & Soares, 2016). O controlo por esforço pode ser definido como a capacidade de suprimir uma resposta dominante por uma resposta subdominante (Kochanska et al., 2000). É considerado como uma classe de mecanismos autorregulatórios que emerge entre os 6 e os 12 meses de idade, conjuntamente com a maturação dos mecanismos de atenção (Kochanska et al., 2000). A Bateria de Controlo por Esforço de Kochanska é composta por cinco versões, definidas para diferentes faixas etárias (dos 25 aos 78 meses), cada uma delas compostas por um número crescente de tarefas estruturadas (quatro tarefas na versão dos 25 meses, 10 tarefas na versão dos 78 meses). No âmbito do presente estudo, foram administradas quatro tarefas, com a duração de 5 minutos cada uma, de aplicação individual, e que são comuns para crianças entre os 4 e os 6 anos de idade. De seguida, é apresentada uma descrição de cada uma das tarefas, bem como os critérios de cotação, que seguiram as normas estipuladas na Bateria de Controlo por Esforço de Kochanska (ver Kochanska et al., 2000):

(i) *Dia/noite.* Nesta tarefa é solicitado à criança a identificar os cartões (i) dia e (ii) noite. A criança é instruída a apontar o cartão contrário ao sinal do investigador (e.g., *quando eu disser "dia", tu apontas para a noite. Quando eu digo "noite", tu apontas para o dia*). O ensaio repete-se até que a criança responda corretamente. A tarefa propriamente dita segue duas sequências intercaladas por uma pausa que consiste na aplicação do reforço e serve para relembrar a instrução. A sequência é: Sequência 1, (1) dia, (2) noite, (3) noite, (4) noite e (5) dia; e Sequência 2 (6) noite, (7) dia, (8) dia, (9) noite e (10) dia.

Cotação. Esta tarefa é composta por 10 itens. A cada item pode ser atribuída uma cotação de 0 (i.e., a criança não identifica qualquer figura), 1 (i.e., a criança identifica a figura errada e não corrige), 2 (i.e., a criança identifica a figura errada, mas corrige seguidamente a resposta) ou 3 (i.e., a criança identifica corretamente a figura, não sendo necessária autocorreção). A cotação final desta tarefa resulta do somatório dos itens. A pontuação máxima desta tarefa é 30.

(iii) *Torre*, na qual se pede à criança para construir com o investigador uma torre vertical de cubos (i.e., verdes e vermelhos), a mais alta possível. A criança é instruída a revezar (i.e., pôr os cubos à vez). É entregue à criança 16 cubos de mesma cor. Igual número de cubos (mas de cor diferente) é entregue ao investigador. Nesta tarefa, o investigador coloca primeiro o cubo e de seguida a criança (e.g., *primeiro coloco eu um cubo, e depois colocas tu outro cubo, depois coloco eu outro cubo outra vez, e depois colocas tu. É esta a regra do jogo*). Durante a construção da torre, o investigador é mais lento na construção da torre, tornando a tarefa desafiante para a criança que foi instruída a esperar pela sua vez. São construídas duas torres intercaladas por uma pausa que consiste na repetição da instrução.

Cotação. Esta tarefa é composta por dois ensaios. Para cada ensaio, o número total de blocos colocados é multiplicado por 10, sendo depois o valor obtido dividido pelo número total de blocos colocados pela criança. Logo, pontuações mais elevadas são alcançadas quando a criança é capaz de revezar com o investigador. É atribuído um bónus se a criança no final do ensaio removeu gentilmente os blocos ou uma penalização se a criança derrubou a torre. A pontuação final resulta da média dos dois ensaios.

(iii) Sussurrar, na qual solicita-se à criança a sussurrar os nomes das personagens de desenhosanimados. O ensaio é feito com o nome da criança-alvo (e.g., *neste novo jogo, eu preciso de ver se tu sabes sussurrar. Podes sussurrar/falar o teu nome mesmo muito baixinho?*). De seguida, depois de se certificar que a criança sabe sussurrar, o investigador apresenta um conjunto de 12 cartões das personagens de desenhos animados populares e treina com a criança a identificação e sussurro dos seus nomes. Nesta tarefa avalia-se a capacidade de a criança manter o comportamento de sussurrar, mesmo que não conheça os nomes dos personagens. A tarefa é constituída por duas sequências intercaladas por reforço e recordação das regras: Sequência 1, (1) Mickey, (2) Bob Esponja, (3) Pateta, (4) Piu-Piu, (5) Panda, (6) Winnie the Pooh e; Sequência 2, (7) Tigre, (8) Pato Donald, (9) Nemo, (10) Silvestre Gato, (11) Ruca e (12) Ovelha Choné.

Cotação. Esta tarefa é composta por 12 itens. A cada item pode ser atribuída uma cotação de 0 (i.e., a criança grita ou fala alto), 1 (i.e., a criança ora grita/fala alto ora sussurra), 2 (i.e., a criança não fala) ou 3 (i.e., a criança sussurra). A pontuação final resulta da soma dos itens. A pontuação máxima desta tarefa é 36.

(iv) *Andar Devagarinho em Cima da Linha.* É solicitada à criança a andar o mais devagar possível por uma linha de aproximadamente 2 metros colada no chão. A criança é instruída e incentivada a seguir o exemplo do investigador (e.g., *bem, nós agora vamos andar em cima desta linha. Olha, vê como eu faço. Eu faço primeiro. Vê como os meus pés ficam em cima da linha quando eu ando? OK, quando eu digo "agora", tu podes andar em cima da linha*). Essa tarefa é desenvolvida em três momentos designadamente: (i) base, na qual a criança anda em cima da linha à semelhança do investigador, (ii) *tentativa (1)*, em que a criança é instruída pelo investigador a ficar em cima da linha e a andar muito devagarinho e; (iii) *tentativa (2)*, em que a criança é solicitada a tentar, outra vez, a andar o mais devagarinho possível em cima da linha.
Cotação. Esta tarefa é constituída por dois ensaios. O valor final resulta da média do tempo em segundos de cada ensaio.

Procedeu-se, de seguida, à construção de um compósito de autorregulação, através do cálculo da média dos valores estandardizados de cada uma das tarefas acima descritas. Valores mais elevados indicam melhores competências de autorregulação.

Funcionamento Emocional e Comportamental. O funcionamento emocional e comportamental das crianças foi avaliado através do Questionário de Capacidades e de Dificuldades (Goodman, 2001; versão portuguesa de Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005), constituído por 25 itens organizados em 5 escalas, nomeadamente: (i) *sintomas emocionais* (e.g., item 13, anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a; item 24, tem muitos medos, assusta-se com facilidade); (ii) *problemas comportamentais* (e.g., item 5, enerva-se muito facilmente e faz muitas birras; item 12, luta frequentemente com as outras crianças); (iii) *hiperatividade* (e.g., item 2, é irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a); (iv) *problemas de relação com os pares* (e.g., item 6, tem tendência a isolar-se); (v) *comportamentos pró-sociais* (e.g., item 1, é sensível aos sentimentos dos outros). Cada escala é composta por 5 itens com três opções de respostas: 0 (i.e., não é verdade), 1 (i.e., é pouco verdade) e 2 (i.e., é muito verdade).

Este instrumento de avaliação permite ainda o cálculo da *escala dos problemas emocionais*, que resulta do somatório das pontuações das escalas *sintomas emocionais* e *problemas de relação com colega*s, bem como o cálculo da *escala dos problemas de comportamento*, através do somatório das escalas *problemas de comportamento* e *hiperatividade*. Adicionalmente, possibilita a obtenção de *escala de total de dificuldades*, através da soma da pontuação de todas as escalas, excetuando a escala de comportamentos pró-sociais, variando entre 0 a 40 pontos.

Neste estudo, para cada escala, foram identificadas as crianças com pontuações que se situam num nível clínico e limítrofe, de acordo com o Anexo F (Fleitlich et al., 2005; Goodman, 2001).

4.2.3 Bem-estar Psicológico dos/as Prestadores/as de Cuidados Institucionais e dos/as Pais/mães

Qualidade de Vida. A qualidade de vida é definida como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1997). Aplicou-se a versão reduzida *EUROHIS-QOL-8* (Power, 2003; versão portuguesa de Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011), uma medida que avalia a perceção da qualidade de vida em quatro domínios (i.e., físico, psicológico, das relações sociais e ambiente). Foi desenvolvida a partir dos instrumentos genéricos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref (Pereira et al., 2011). Tal como o nome indica, é composta por 8 itens e cada um dos domínios encontra-se representado por dois itens. Todas as escalas de resposta têm um formato de cinco pontos, variando, entre: (1) *Muito má* e (5) *Muito boa* (Pereira et al., 2011). O resultado é um índice global, calculado a partir do somatório dos 8 itens, sendo que um valor mais elevado corresponde a uma melhor perceção da qualidade de vida (Pereira et al., 2011). Neste estudo, para toda a amostra, obteve-se um *Alfa de Cronbach de .*84 para toda a escala*.*

Sintomatologia Psicopatológica

Foi aplicado o *Brief Symptom Inventory* (Derogatis & Melisaratos, 1983; versão portuguesa de Canavarro, 1999). É um inventário de autorresposta constituído por 53 itens, onde o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala do tipo *Lickert* de cinco pontos: *Nunca* (0), *Poucas Vezes* (1), *Algumas Vezes* (2), *Muitas Vezes* (3) e *Muitíssimas Vezes* (4). Avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psicopatologia nomeadamente: somatização (7itens); obsessões-compulsões (6 itens); sensibilidade interpessoal (4 itens); depressão (6 itens); ansiedade (6 itens); hostilidade (5 itens); ansiedade fóbica (5 itens); ideação paranoide (5 itens) e psicoticismo (5 itens); e três índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS); o Total de Sintomas Positivos (TSP); e o Índice de Sintomas Positivos (ISP).

Os resultados das nove dimensões foram obtidos pelo somatório dos itens e divididos de seguida pelo total dos itens pertencentes a cada dimensão. A pontuação mais elevada indica a presença de sintomatologia psicopatológica.

O Índice Geral de Sintomas (IGS), foi obtido pela soma das pontuações de todos os itens e dividida de seguida pelo total de respostas, isto é, 53 itens (Canavarro, 1999). O Total de Sintomas

Positivos (TSP) obteve-se através da contagem dos itens assinalados com uma resposta positiva, ou seja, maior do que zero. O Índice de Sintomas Positivos (ISP) obteve-se pela divisão da soma de todos os itens pelo TSP. Para o total da amostra do presente estudo obteve-se um IGS médio de .52 (*DP*=.34, Mínimo-Máximo=.02-1.49); o TSP médio de 16.83 (*DP*=10.02, Mínimo-Máximo=1-41) e um ISP médio de 1.63 (*DP*=.42, Mínimo-Máximo=1-3.05). Nesse estudo, obteve-se um *Alfa de Cronbach* de .90 para o total da escala. Relativamente às 9 dimensões, o *Alfa de Cronbach* variou entre .41 obsessões-compulsões e .73 depressão.

4.2.4 Qualidade da Interação dos/as Prestadores/as de Cuidados e dos/as Pais/Mães com a Criança

Foram usadas as escalas de Sensibilidade vs Insensibilidade e Cooperação versus Interferência de Ainsworth et al. (1978). A escala de sensibilidade versus insensibilidade permite avaliar a competência do adulto para perceber e interpretar corretamente os sinais da criança e, perante isso, responder a esses sinais e comportamentos prontamente e de forma adequada. É uma escala de 9 pontos, em que 9 corresponde a um adulto altamente sensível, 7 a um adulto sensível, 5 a um adulto sensível inconsistente, 3 a um adulto insensível e 1 a um adulto altamente insensível. Por sua vez, a cooperação vs interferência indica em que medida as intervenções do adulto (não) quebram, interrompem ou limitam a atividade em que a criança está envolvida. É, igualmente, uma escala de 9 pontos, em que 9 corresponde a um adulto altamente cooperante, 7 a um adulto cooperante, 5 a um adulto moderadamente cooperante, 3 a um adulto interferente e 1 a um adulto altamente interferente.

No momento de avaliação, foi solicitado a participação dos/as prestadores/as de cuidados institucionais e dos/as pais/mães da comunidade a interagirem com a criança-alvo, no âmbito de uma interação estruturada e gravada em formato audiovisual, composta por quatro episódios de 5 minutos cada, obedecendo a seguinte sequência: (i) o adulto brinca com a criança com um brinquedo desenvolvimentalmente desafiante (i.e., um puzlle); (ii) o adulto preenche um questionário, enquanto a criança brinca com um brinquedo desinteressante e a impede de brincar com outros brinquedos apelativos (i.e., um cubo); (iii) o adulto e a criança brincam com brinquedos desenvolvimentalmente apropriados (i.e., jogo livre) e; (iv) no fim adulto pede à criança que arrume todos os brinquedos no cesto (i.e., *clean up*).

Na presente investigação, foram filmadas e cotadas 31 interações cuidador/a-criança nas instituições de acolhimento participantes, pois uma instituição não permitiu a gravação. No GC, foram filmadas e cotadas 34 interações pai/mãe-criança. As cotações foram realizadas por pares de investigadores treinados, tendo-se estabelecido o acordo interobservadores (9.2% das interações) que se situou nos .73. Os desacordos foram resolvidos por consenso.

4.3.5 Qualidade do Contexto Institucional

Neste estudo, utilizou-se o *ARQUA*: *Sistema de Avaluacion de Programas de Acogimiento Residencial: Formato de Entrevistas para Directores, Personal de Atención Directa e para Niños* (Valle, 2006; versão portuguesa adaptada por Pereira, Soares, Esteves & Dias, 2007). Trata-se de uma medida que envolve três formatos de entrevistas semiestruturadas dirigidas ao diretor da instituição, ao/a prestador/a de cuidados e à criança (entre os 6 e os 11 anos de idade) que, em conjunto, permitem caracterizar a organização, a dinâmica e o funcionamento de instituições que acolhem crianças. As respostas obtidas são do tipo aberto (descritivas) e/ou fechado (sim/não); escala de tipo *Lickert* de 5 níveis: (1) *discordo totalmente* a (5) *concordo totalmente*, sendo a sua interpretação de natureza qualitativa. No presente estudo foram usados *Formato de Entrevista para o Director* (FE-D) e *Formato de Entrevista para o Prestador de Cuidados* (FE-PC)".

I. Entrevista para o Director (FE-D)

Esta entrevista é dirigida ao diretor de cada instituição. Visa recolher um conjunto de dados e informações relevantes acerca da instituição, com vista à sua caracterização. Está subdividido em sete parâmetros diferenciados de avaliação: 1) *Descrição geral* (contextualização histórica); 2) *Recursos humanos* (chefias, funcionários, voluntários e, em particular, prestadores de cuidados); 3) *Recursos físicos e económicos* (condições físicas e ambientais, espaços e recursos materiais); 4) *Coordenação com os serviços judiciais* (procedimentos exigidos desde o momento da entrada até ao momento da saída da instituição); 5) *Interações* (política institucional de trabalho com a família, bem como com outras instituições públicas/privadas e comunitárias); 6) *Serviços e atividades* (estruturação dos serviços/ atividades e rotinas implementadas); 7) *Saúde* (condições que sustentam a realização das consultas e dos exames de saúde). As informações recolhidas a partir desta entrevista serviram, no presente estudo, para descrever as instituições participantes (cf., Amostra).

II. Entrevista para o Prestador de Cuidados (FE-PC)

Este instrumento, dirigido ao/a cuidador/a, visa recolher dados e informações relevantes acerca do/a prestador/a de cuidados, no intuito de se proceder a uma caracterização da sua perspetiva pessoal sobre a organização e o funcionamento institucional. Está subdividido em três parâmetros diferenciados de avaliação: 1) *Dados referentes ao/a cuidador/a* (informações de natureza sociodemográfica, remunerativa, formativa, horário laboral); 2) *Dados referentes à prestação de cuidados* (informações gerais acerca da prestação de cuidados); 3) *Dados referentes à perspetiva do/a cuidador/a face*: (a) à sua interação com a criança, ao seu desempenho/adaptação profissional e à

organização institucional; (b) às características gerais da instituição (localização e equipamento, alimentação, vestuário, saúde, escolaridade e apoio, saúde, individualidade, respeito pelos direitos, normalização e integração, clima e liderança.

Neste estudo, procedeu-se à criação de variáveis dicotómicas, a partir das informações sociodemográficas (i.e., escolaridade, formação específica e rotação do horário) dos/as prestadores/as de cuidados institucionais, sendo que: (0) representa a ausência do risco e (1) representa a presença do risco. As variáveis criadas foram: baixa escolaridade, ausência de formação específica e rotatividade do horário. Além disso, foi considerado o rácio cuidador/a-crianças como uma variável numérica.

4.3 Procedimento

4.3.1 Grupo Institucionalização

Todas as crianças em acolhimento institucional foram avaliadas nas respetivas instituições onde se encontravam a residir. As mesmas foram selecionadas com base nos seguintes critérios: (i) crianças sem patologia grave, neurológica, física e/ou sensorial identificada na sua história médica; (ii) com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos no momento da avaliação e; (iii) acolhidas na instituição há, pelo menos, 6 meses no momento da avaliação.

As crianças foram avaliadas depois de concedidas as autorizações para a realização do estudo pelas entidades governamentais de Moçambique que regulam o funcionamento das instituições de acolhimento e saúde de crianças e que lidam diretamente com problemas que afetam crianças em situação de risco (cf. Anexos I e J).

Nas instituições, antes da recolha propriamente dita, foi apresentada uma credencial passada pela entidade governal que autorizou o estudo. Junto dos responsáveis institucionais foram apresentados os objetivos do estudo e o plano de recolha de dados. Para cada criança, foram obtidos consentimentos informados: (i) do gestor, confirmando a autorização do estudo na instituição, da participação da criança e dos/as prestadores/as de cuidados; (ii) do/a prestador/a de cuidados, confirmando a sua participação no estudo. O processo de recolha de dados obedeceu a um plano previamente estruturado tendo em conta as possíveis rotinas e atividades implementadas nas instituições. Para não afetar o decurso normal das atividades, o período de recolhas era definido por cada uma das instituições, tendo em conta a disponibilidade dos prestadores de cuidados e das crianças.

Inicialmente, foi avaliado o contexto institucional através do protocolo de avaliação e caracterização das instituições *ARQUA*: *Sistema de Avaluacion de Programas de Acogimiento Residencial: Formato de Entrevistas para Directores* (Pereira et al., 2007; Valle, 2006).

De seguida, procedeu-se à aplicação do *ARQUA*: *Sistema de Avaluacion de Programas de Acogimiento Residencial: Formato de Entrevistas para Prestadores de cuidados* (Pereira et al., 2007; Valle, 2006), bem como à aplicação do *Brief Symptom Inventory* (Canavarro, 1999; Derogatis & Melisaratos, 1983) e do EUROHIS-QOL-8 (Pereira et al., 2011), para a avaliação do bem-estar psicológico dos/as prestadores/as de cuidados institucionais.

Posteriormente, foram recolhidas as informações sociodemográficas e história pré-institucional da criança através da administração do questionário sociodemográfico. Administrou-se o Questionário de Capacidades e de Dificuldades (Fleitlich et al., 2005; Goodman, 1997) para a avaliação do funcionamento emocional/comportamental e as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Raven et al., 2009) para a avaliação do funcionamento cognitivo e as tarefas da Bateria de Avaliação de Controlo por Esforço (Kochanska et al., 2000), para a avaliação das competências de autorregulação.

Por fim, foram gravadas as interações cuidador/a-criança para a avaliação da qualidade de interação entre o/a cuidador/a e a criança através de um procedimento estruturado. As medidas antropométricas (peso e comprimento) da criança foram registadas.

4.3.2 Grupo Comunidade

O presente estudo envolveu ainda crianças e pais/mães da comunidade do bairro Nhamainga, do distrito e município do Dondo, que dista a 30 km da cidade da Beira. Procedeu-se à identificação das famílias com as seguintes caraterísticas: (i) famílias com dificuldades socioeconómicas (e.g., baixas condições de habitação e habitabilidade, elevado número do agregado familiar, sobrelotação, desemprego, famílias monoparentais); (ii) famílias com crianças com idades entre os 4 e os 6 anos; e (iii) cuja criança não apresentasse patologia grave, física, neurológica e/ou sensorial na sua história médica. Para cada família participante, foram apresentados os objetivos da investigação, os procedimentos de recolha de dados, bem como os contributos do estudo. Para cada criança foi solicitado o consentimento informado dos/as pais/mães confirmando a sua própria participação e da criança no estudo.

Tendo em conta as características socioeconómicas de muitas famílias avaliadas, o período de recolha era articulado de acordo com a disponibilidade de cada um dos participantes.

No lar das crianças, procedeu-se à recolha de informações sociodemográficas das famílias através do questionário sociodemográfico, à administração do *Brief Symptom Inventory* (Canavarro, 1999; Derogatis & Melisaratos, 1983) e do EUROHIS-QOL-8 (Pereira et al., 2011) para a avaliação do bem-estar psicológico dos pais. Procedeu-se ainda à aplicação do Questionário de Capacidades e de Dificuldades (Fleitlich et al., 2005; Goodman, 1997) para a avaliação do funcionamento emocional/comportamental e à administração das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Raven et al., 2009) para a avaliação do funcionamento cognitivo das crianças. Devido às precárias condições habitacionais das famílias (i.e., falta de energia elétrica e espaços que garantissem a privacidade no ato das gravações de atividades lúdicas), a gravação da interação pais/mães-criança e a administração das tarefas da Bateria de Controlo por Esforço (Kochanska et al., 2000) foi levada a cabo numa segunda sessão, na residência do investigador num espaço preparado para o efeito e privado.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

Apresentamos, neste capítulo, os resultados do estudo empírico, começando por descrever a estratégia analítica.

5.1 Estratégia Analítica

A estratégia analítica regeu-se por um conjunto de passos, a seguir descritos.

a) Inicialmente, procedeu-se à análise exploratória dos dados. Tendo-se concluído que os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos não estavam cumpridos (Field, 2009; Martins, 2011), optou-se pela utilização de testes não paramétricos.

b) Após realização das estatísticas descritivas, foram testadas as associações (i.e., Coeficiente de Correlação de Spearman, Qui-Quadrado) entre os diferentes domínios do desenvolvimento da criança (i.e., funcionamento cognitivo, emocional/comportamental e autorregulação) e (i) variáveis do indivíduo (e.g., idade, tempo de permanência na instituição, problemas de saúde), (ii) motivos do acolhimento, (iii) bem-estar psicológico dos cuidadores/pais e (iii) caraterísticas do ambiente institucional e familiar, incluindo a sensibilidade e cooperação dos cuidadores/pais-criança. Em primeiro lugar, foram testadas as associações para o Grupo Institucionalização (GI), seguindo-se o Grupo da Comunidade (GC).

c) Considerando as associações anteriormente identificadas como estatisticamente significativas, procedeu-se à análise dos preditores de cada domínio do desenvolvimento da criança para cada um dos grupos. Para este efeito, foram utilizados modelos de regressão hierárquica e simples. No que concerne aos primeiros, as variáveis foram introduzidas no modelo, de acordo com a seguinte sequência: inicialmente foram inseridas as variáveis de controlo, seguindo-se as variáveis relativas ao indivíduo e, depois, às experiências ambientais. O método de *bootstrap* foi aplicado a todos os modelos de regressão efetuados, tendo em consideração as análises exploratórias iniciais e o reduzido tamanho da amostra. A reamostragem (número de amostras: 1000) foi aplicada e os intervalos de confiança foram calculados.

d) Por fim, foram analisadas as diferenças (i.e., Mann-Whitney) entre o GI e o GC ao nível dos domínios do desenvolvimento da criança, bem-estar psicológico dos cuidadores/pais e qualidade da interação cuidadores/pais-criança. No caso das diferenças entre grupos

observadas como significativas (i.e., $p<.05$), procedeu-se ao cálculo do tamanho de efeito em linguagem comum (TDE-LC) convertido em percentagem, que representa a probabilidade da criança do grupo-alvo selecionada ao acaso apresentar dificuldades desenvolvimentais mais acentuadas do que a criança do grupo de comparação (Espírito-Santo & Daniel, 2015).

5.2 Desenvolvimento da Criança em Acolhimento Institucional

5.2.1 Estatísticas Descritivas

Inicialmente, procedeu-se à apresentação das estatísticas descritivas dos domínios do desenvolvimento da criança em foco neste estudo, designadamente 1) o funcionamento cognitivo, 2) as competências de autorregulação, e 3) o funcionamento emocional e comportamental.

a) Funcionamento Cognitivo

As crianças obtiveram um QI médio de 12.04 (*DP*=2.53; Mínimo-Máximo=4-17), calculado a partir do somatório dos valores das três séries. Para a série A, foi obtida uma média de 5.74 (*DP*=1.37, Mínimo-Máximo=1-8); para a série *Ab* foi observado um valor médio de 3.15 (*DP*=1.01, Mínimo-Máximo=1-6) e; para a série *B*, foi alcançada uma média de 3.22 (*DP*=1.42, Mínimo-Máximo=1-7). Adicionalmente, o tempo médio de resposta foi de 7.67 minutos (*DP*=2.23; Mínimo-Máximo=5-15).

Considerando as normas das MPCR, 19 (41.30%) crianças evidenciaram um funcionamento intelectual do IV-grau (i.e., abaixo da média), enquanto 22 (47.83%) crianças revelaram um funcionamento intelectual do V-grau (i.e., muito inferior à média). Apenas cinco (10.87%) crianças apresentaram um funcionamento intelectual de III-grau (i.e., desempenho dentro da média para a idade).

b) Competências de Autorregulação

No presente estudo, as crianças obtiveram uma média de 23.70 (*DP*=7.30; Mínimo-Máximo=10-30) na tarefa *Dia/Noite,* de 21.36 (*DP*=.83; Mínimo-Máximo=20-23.33) na tarefa *Torre*, de 19.61 (*DP*=8.64; Mínimo-Máximo=4-36) na tarefa *sussurrar*, e de 15.67 (*DP*=7.64; Mínimo-Máximo=6.50-41) na tarefa *Andar Devagarinho em Cima da Linha*. No que concerne ao compósito de autorregulação, a média obtida foi de -.01 (*DP*= .39; Mínimo-Máximo=-.90-.97).

c) Funcionamento Emocional e Comportamental

No que concerne ao funcionamento emocional e comportamental, foi observada uma média de 7.98 (*DP*=3.39, Mínimo-Máximo=2-15) nos problemas emocionais, de 8.57 (*DP*=3.05, Mínimo-Máximo=3-16) nos problemas de comportamento e de 16.54 (*DP*=5.5, Mínimo-Máximo=6-30) no total de dificuldades.

Considerando os pontos de corte de cada uma das escalas, foram identificadas as seguintes percentagens de crianças com pontuações que se situam num nível clínico: 32.6% (*n*=15) para os problemas emocionais, 10.9% (*n*=5) para os problemas de comportamento e 54.4% (*n*=25) para o total de dificuldades. Importa mencionar que oito (17.4%) crianças apresentaram pontuações limítrofes no total de dificuldades.

5.2.2 Associações Entre o Desenvolvimento da Criança e Restantes Variáveis do Estudo

Inicialmente, foram testadas as associações entre os diferentes domínios do desenvolvimento da criança, tal como ilustrado na Tabela 1. Foram observadas associações significativas positivas fortes entre problemas emocionais e problemas de comportamento, r_s=.50, p<.001, entre o total de dificuldades e problemas emocionais, r_s=.90, p<.001 e problemas de comportamento, r_s=.82, p<.001. Não foram observadas associações significativas entre os restantes domínios desenvolvimentais.

Tabela 1

Associações entre os Domínios do Desenvolvimento da Criança

		1.	2.	3.	4.
1.	QI				
2.	Autorregulação	.25			
3.	Problemas Emocionais	.15	-.11		
4.	Problemas de Comportamento	.26	-.10	.50**	
5.	Total de Dificuldades	.23	-.11	.90**	.82**

Nota. Coeficiente de Correlação de Spearman; **p<.01.

De seguida, procedeu-se à análise das associações entre o funcionamento cognitivo, emocional/comportamental e a autorregulação e as restantes variáveis do estudo.

a) Idade e o Sexo da Criança

Procedeu-se à análise das associações entre os diferentes domínios do desenvolvimento da criança e a idade no momento da avaliação. Não foram observadas associações significativas (sempre, $p>.05$[10]). De igual forma, não foram constatadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas no desenvolvimento da criança em função do sexo (sempre, $p>.05$).

b) Saúde e Crescimento Físico da Criança

As diferenças nos diferentes domínios do desenvolvimento em função da saúde da criança, e mais particularmente quanto à presença (versus não presença) de HIV, foram testadas. Verificou-se que as crianças com HIV apresentavam dificuldades mais acentuadas de autorregulação, $U=129$, $p=.037$, *TDE-LC*=30.1%, comparativamente com as crianças que não tinham HIV. Não foram identificadas outras diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 2).

As associações entre o funcionamento cognitivo, emocional/comportamental e autorregulação e o crescimento físico foram igualmente analisadas. Apresentam-se, primeiramente, as estatísticas descritivas do peso e do comprimento/altura. Desta forma, e no que concerne ao peso, a média dos valores estandardizados foi de -.21 (*DP*=1.21; Mínimo-Máximo=-3.04-1.17). Três crianças (8.3%) apresentaram um peso muito baixo para a idade (i.e., <-2*SD*; WHO, 2010). No que diz respeito ao comprimento/altura, a média dos valores estandardizados foi de -3.49 (*DP*=3.51; Mínimo-Máximo=-12.53-1.83). Vinte (55.6%) crianças apresentaram um comprimento/altura muito baixo para a idade (i.e., ≤-2*SD*; WHO, 2010).

[10] *N*=36 para a Idade; para 10 criança não havia informação disponível sobre a data de nascimento.

Tabela 2

Diferenças no Desenvolvimento da Criança em Acolhimento em Função Presença (versus Ausência) de HIV

	Sem HIV (n=33)		Com HIV (n=13)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*U*
Q.I.	11.97	2.16	12.23	3.39	190.50
Autorregulação	.07	.38	-.21	.37	129*
Problemas Emocionais	7.55	3.35	9.08	3.38	164
Problemas de Comportamento	8.21	2.64	9.46	3.89	167
Total de Dificuldades	15.76	5.07	18.54	6.32	160

Nota. *p<05.

No que diz respeito ao peso, não foram observadas associações significativas com o desenvolvimento da criança, tal como ilustra a Tabela 3. Porém, foram observadas associações significativas negativas fortes entre o comprimento/altura e os problemas emocionais, r_s=-.49, p=.003, os problemas de comportamento, r_s=-.46, p=.005 e o total de dificuldades emocionais/comportamentais, r_s=.51, p=.002.

Tabela 3

Associações entre o Desenvolvimento da Criança em Acolhimento e o Crescimento Físico

	Peso	Comprimento/altura
Q.I.	.09	-.18
Autorregulação	.03	.23
Problemas Emocionais	-.04	-.49**
Problemas de Comportamento	-.06	-.46**
Total de Dificuldades	-.04	-.51**

Nota. Coeficiente de Correlação de Spearman; **p<.01.

c) Motivo de Institucionalização e Contactos com a Família de Origem

Seguidamente, procedeu-se à análise das diferenças no desenvolvimento da criança em função dos motivos para a sua institucionalização, em específico abandono e orfandade. Verificou-se que as

crianças admitidas na instituição devido a abandono apresentaram um melhor desempenho cognitivo, *U*=111, *p*=.036, *TDE-LC*=28.8%. Porém, foram descritas pelos cuidadores como apresentando mais problemas emocionais, *U*=103.50, *p*=.020, *TDE-LC*=26.9%, problemas de comportamento, *U*=101, *p*=.018, *TDE-LC*=26.2%, e um valor mais elevado no total de dificuldades, *U*=85.5, *p*=.005, *TDE-LC*=22.2% (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Diferenças no Desenvolvimento da Criança em Função do Abandono

	Não Abandonadas (*n*=35)		Abandonadas (*n*=11)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*U*
QI	11.66	2.58	13.27	2.00	111*
Autorregulação	-.03	.40	.06	.38	178
Problemas Emocionais	7.40	3.48	9.82	2.36	103.50*
Problemas de Comportamento	8.00	3.16	10.36	1.80	101*
Total de Dificuldades	15.40	5.69	20.18	2.86	85.5*

Nota. * $p < .05$.

No que concerne às diferenças em função da orfandade, constatou-se que as crianças órfãs apresentavam um pior desempenho cognitivo, *U*=93.50, *p*=.042, *TDE-LC*=28.1%, tal como ilustra a Tabela 5. Não foram identificadas outras diferenças significativas.

Tabela 5

Diferenças em Função da Orfandade

	Não órfãs (*n*=9)		Órfãs (*n*=37)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*U*
QI	13.33	1.87	11.73	2.59	93.5*
Autorregulação	.08	.39	-.03	.40	152
Problemas Emocionais	9.33	2.78	7.65	3.47	112.5
Problemas de Comportamento	9.56	1.24	8.32	3.32	126
Total de Dificuldades	18.89	3.10	15.97	5.86	111

Nota. * $p<.05$.

Relativamente às diferenças no desenvolvimento da criança em função do contacto com a família de origem, verificou-se que aquelas que não mantinham contactos com a família de origem foram descritas pelos cuidadores como apresentando mais problemas de comportamento, *U*=94, *p*=.045, *TDE-LC*=28.2%, e tendiam a apresentar maiores dificuldades totais, *U*=97.5, *p*=.055, *TDE-LC*=29.3% (cf., Tabela 6).

Tabela 6

Diferenças no Desenvolvimento em Função do Contacto com a Família de Origem

	Com contacto (n=37)		Sem contacto (n=9)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*U*
QI	11.86	2.68	12.78	1.72	119.5
Autorregulação	-.02	.39	.06	.42	163
Problemas Emocionais	7.54	3.46	9.78	2.49	94*
Problemas de Comportamento	8.30	3.31	9.67	1.22	120.5
Total de Dificuldades	15.84	5.82	19.44	2.74	97.5+

Nota. +*p*<.10, **p*<.05.

Contexto Institucional

De seguida, foram testadas as associações entre os domínios do desenvolvimento da criança em estudo e as variáveis do contexto institucional.

a) Idade de Admissão e Tempo de Institucionalização

Não foram identificadas associações significativas entre os diferentes domínios do desenvolvimento da criança e a idade de admissão ou o tempo de institucionalização (sempre, *p*>05[11]).

b) Qualidade dos Cuidados Institucionais

Neste estudo, foram analisadas as associações entre o funcionamento cognitivo, emocional/comportamental e a autorregulação das crianças e as seguintes variáveis do contexto

[11] *N*=36 para a Idade de Admissão; para 10 criança não havia informação disponível sobre a data de nascimento.

institucional: (i) a estabilidade e consistência dos cuidados institucionais (i.e., rácio cuidador-crianças, rotatividade do horário), (ii) o bem-estar psicológico dos cuidadores (i.e., perceção da qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica), e (iii) a sensibilidade e a cooperação dos cuidadores em interação com a crianças.

c) Estabilidade e Consistência dos Cuidados Institucionais

Inicialmente, foram testadas as associações entre os domínios do desenvolvimento da criança e o rácio cuidador-crianças. Não foram observadas associações significativas.

De seguida, foram examinadas as diferenças no desenvolvimento das crianças em função da rotatividade do horário dos cuidadores. Foram observadas diferenças significativas nas competências de autorregulação. Constatou-se que as crianças assistidas por prestadores de cuidados com horário rotativo apresentavam competências de autorregulação mais pobres, U=136, p=.009, *TDE-LC*=27% (cf. Tabela 7). Não foram observadas outras diferenças significativas no desenvolvimento das crianças em função da rotatividade do horário dos cuidadores.

Tabela 7

Diferenças no Desenvolvimento da Criança em Função da Rotatividade do Horário dos Cuidadores

	Horário Fixo (n=18)		Horário Rotativo (n=28)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*U*
QI	11.67	2.25	12.29	2.71	201.50
Autorregulação	.20	.41	-.14	.32	136**
Problemas Emocionais	7	3.03	8.61	3.51	187
Problemas de Comportamento	8.33	3.27	8.71	2.95	235.50
Total de Dificuldades	15.33	5.68	17.32	5.38	204

Nota. $^{**}p < .01$.

Adicionalmente, foram analisadas as diferenças no desenvolvimento das crianças em função das variáveis sociodemográficas dos cuidadores, designadamente a baixa escolaridade e a formação específica. Foram identificadas diferenças significativas no desenvolvimento das crianças em função da baixa escolaridade[12] dos/as prestadores/as de cuidados institucionais. Observou-se que as crianças

[12] Considerou-se "baixa escolaridade" a escolaridade igual ou inferior à escolaridade obrigatória em Moçambique (i.e., ≤ 7ª classe).

assistidas por cuidadores/as com baixa escolaridade evidenciavam mais problemas de comportamento, *U*=168, *p*=.040, *TDE-LC*=32.3% (cf. Tabela 8).

Tabela 8

Diferenças no Desenvolvimento da Criança em Função da Escolaridade dos Cuidadores

	Sem Baixa Escolaridade (n=26)		Com Baixa Escolaridade (n=20)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*U*
QI	12	2.17	12.1	2.99	234.5
Autorregulação	.04	.43	-.07	.34	225
Problemas Emocionais	7.88	3.61	8.1	3.16	223
Problemas de Comportamento	7.85	3.23	9.5	2.59	168*
Total de Dificuldades	15.73	6.02	17.54	4.75	195

Nota. *p*<.05

Relativamente às diferenças no desenvolvimento em função da formação específica, verificou-se que as crianças assistidas por prestadores de cuidados sem formação específica apresentavam dificuldades mais acentuadas nas competências de autorregulação, *U*=68, *p*=.005, *TDE-LC*=26.1% (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Diferenças no Desenvolvimento em Função da Formação Específica dos Cuidadores

	Com Formação Específica (n=9)		Sem Formação Específica (n=37)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*U*
QI	12.89	2.76	11.84	2.47	123.50
Autorregulação	.30	.31	-.08	.38	68*
Problemas Emocionais	8.11	3.95	7.95	3.30	162
Problemas de Comportamento	8.00	3.28	8.70	3.03	141
Total de Dificuldades	16.11	5.16	16.65	5.67	156.50

*Nota. *p*<.05.

d) Bem-Estar Psicológico dos Cuidadores: Perceção da Qualidade de Vida e Sintomatologia Psicopatológica

No que concerne à qualidade de vida, a média obtida pelos prestadores de cuidados foi de 29.82 (*DP*=3.75; Mínimo–Máximo=23-36). O valor médio do *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) situou-se em 1.57 (*DP*=.47, Mínimo-Máximo=1-3.05), sendo que 18 (46.2%) prestadores de cuidados institucionais pontuaram acima do ponto de corte clínico.

Não foi identificada qualquer associação significativa entre a perceção da qualidade de vida, o ISP dos cuidadores e o desenvolvimento da criança (todos $p>.05$) (cf., Anexo G).

e) Sensibilidade e Cooperação dos Cuidadores

Primeiramente, são apresentadas as estatísticas descritivas da sensibilidade e cooperação dos cuidadores. Os cuidadores obtiveram uma média de 3.03 (*DP*=1.35; Mínimo-Máximo=1-7) na escala da sensibilidade e de 3.58 (*DP*=.85; Mínimo-Máximo=2-6) na escala da cooperação. Vinte e oito (90.3%) prestadores de cuidadores foram classificados como sendo menos sensíveis e menos cooperantes em interação com a criança (*valor*<5).

As associações entre a sensibilidade e a cooperação e o desenvolvimento das crianças foram testadas. Não foram verificadas associações significativas entre a sensibilidade dos cuidadores e o desenvolvimento da criança (cf. Anexo H). No entanto, foi observada uma associação negativa e marginalmente significativa entre o funcionamento cognitivo da criança e a cooperação do/a cuidador/a, r_s=-.31, p=.088. Assim, as crianças com cuidadores menos cooperantes evidenciaram um pior desempenho cognitivo.

5.2.3 Preditores do Desenvolvimento da Criança em Acolhimento Institucional

De seguida, procedeu-se à análise dos preditores de cada domínio desenvolvimental, recorrendo a modelos de regressão hierárquica. Em cada modelo de predição, foram inseridas as variáveis que se mostraram associadas anteriormente com o desenvolvimento da criança. Em todas as análises, controlou-se o tempo de institucionalização, considerando a vasta literatura que demonstra que o tempo de permanência na instituição relaciona-se com os resultados desenvolvimentais das crianças (e.g., Datta et al., 2018; Kaur et al., 2018, Zeanah et al., 2017). Para cada modelo, utilizou-se o método *bootstrap* para a reamostragem (número de amostras: 1000), tendo-se estimado os intervalos de confiança.

a) Funcionamento Cognitivo

No primeiro bloco do modelo de predição, foi inserido o tempo de institucionalização como variável do controlo. No segundo bloco, foram inseridas as variáveis orfandade e abandono. Não foi identificado nenhum preditor significativo (cf. Tabela 10).

Tabela 10

Preditores do Funcionamento Cognitivo

Preditores		R^2 (R^2aj)	*Beta*	*t*	*p*	95% IC [Inferior, Superior]
1	Tempo de Permanência	.01(-.01)	.11	.75	.459	[-.03, .06]
2		.12(.06)			.140	
	Orfandade		-.29	-1.13	.264	[-4.74, 3.14]
	Abandono		.08	.33	.745	[-2.51, 4.44]

Nota. IC=Intervalos de Confiança.

b) Competências de Autorregulação

De seguida, foram testados os preditores das competências de autorregulação. No primeiro bloco foi inserida a variável tempo de institucionalização. De seguida, foram incluídas as variáveis relativas ao indivíduo e, depois, ao ambiente. Assim, no segundo bloco, foi inserida a variável HIV+. No terceiro bloco, foram inseridas as variáveis rotatividade do horário e formação especifica dos cuidadores. Neste estudo, o HIV+ revelou ser um preditor seignificativo de dificuldades mais acentuadas nas competências de autorregulação, β=-.36, p=.022, explicando 8% da variância (cf. Tabela 11). Esse resultado foi confirmado pelo método *bootstrap,* não estando o zero incluído no intervalo de confiança, 95% IC [-.57, -.02]. A rotatividade do horário e a ausência de formação específica dos cuidadores surgiram, igualmente, como fatores preditores de dificuldades mais acentuadas nas competências de autorregulação, β=-.30, p=.034, e β=-.32, p=.017. explicando 26%. Estes resultados foram confirmados pelo método *bootstrap*, não estando o zero incluído no intervalo de confiança, 95% IC [-.48, -.04] e 95% IC [-.57, -.06], respetivamente. O modelo final revelou-se estatisticamente significativo, F(4.41)=5.02, p=.002, , explicando 26% da variância.

Tabela 11

Preditores das Competências de Autorregulação

Preditores		R^2 (R^2aj)	*Beta*	*t*	*p*	95% IC [Inferior, Superior]
1	Tempo de Permanência	.00(-.02)	-.04	-.24	.812	[-.01, .01]
2		.12(.08)			.070	
	HIV+		-.36	-2.37	.022	[-.57, -.02]
3		.33(.26)			.002	
	Horário Rotativo		-.30	-2.19	.034	[-.48, -.04]
	Formação Específica		-.32	-2.48	.017	[-.57, -.06]

Nota. IC = Intervalos de Confiança

c) Funcionamento Emocional e Comportamental

No que concerne à predição dos problemas emocionais, foi inserida a variável tempo de institucionalização no primeiro bloco do modelo de predição. Depois, foram incluídas sequencialmente no modelo as variáveis relativas ao individuo, aos motivos do acolhimento e, por fim, às características do ambiente institucional. Assim, no segundo bloco, foi inserida a variável comprimento/altura da criança. No terceiro bloco, foram inseridas as variáveis abandono e contacto com a família. Um menor comprimento/altura revelou ser um fator preditor dos problemas emocionais, β=-.34, p=.047, explicando 7% de variância (cf. Tabela 12). Este resultado é confirmado pelo método de *bootstrap*, não estando o zero incluído no intervalo de confiança, 95% IC [-.65, -.09]. As restantes variáveis inseridas no modelo não revelaram ser fatores preditores dos problemas emocionais.

De seguida, foram testados os preditores dos problemas de comportamento. No primeiro bloco, foi inserida a variável tempo de institucionalização. Depois, foram incluídas no modelo, de forma sequencial, as variáveis relativas ao individuo, aos motivos do acolhimento e às características do ambiente institucional que se revelaram associadas à escala dos problemas de comportamento. Assim, no segundo bloco, foi inserida a variável comprimento/altura. No terceiro bloco, foi inserida a variável abandono. No quarto bloco, foi inserida a variável formação específica dos cuidadores e a escolaridade. Neste estudo, o baixo comprimento/altura da criança revelou ser preditor de mais problemas de comportamento, β=-.44, p=.008, explicando 17% da variância, não estando o zero incluído no intervalo

de confiança, 95% IC [-.68, -.19]. O abandono e a baixa escolaridade não se revelaram preditores dos problemas de comportamento.

Por último, foram testados os preditores do total de dificuldades. No primeiro bloco, foi inserida novamente a variável tempo de institucionalização. Em sequência, foram incluídas na análise as variáveis relativas ao individuo e aos motivos do acolhimento. Desta forma, no segundo bloco, foi inserida a variável comprimento/altura. No terceiro bloco, foi incluida a variável abandono. O baixo comprimento/altura surgiu novamente como preditor do total de dificuldades emocionais/comportamentais, β=-.45, p=.006, explicando 17% da variância. Este resultado foi confirmado pelo método *bootstrap,* não estando o zero incluído no intervalo de confiança, 95% IC [-1.24, -.36]. O abandono não se revelou como preditor do total de dificuldades emocionais/comportamentais.

Tabela 12

Preditores do Funcionamento Emocional e Comportamental

						95% IC
Problemas Emocionais		R^2 (R^2aj)	*Beta*	*t*	*p*	[Inferior, Superior]
1	Tempo de Permanência	.00(-.03)	.07	.38	.708	[-.06, .08]
2		.12(.07)			.125	
	Comprimento/altura		-.34	-2.07	.047	[-.65, -.09]
3		.19(.08)			.161	
	Abandono		.15	.66	.516	[-2.46, 4.55]
	Contacto		.20	.87	.390	[-1.80, 7.21]
Problemas de Comportamento						
1	Tempo de Permanência	.02(-.01)	.15	.90	.374	[-.03, .08]
		.22(.17)			.018	
2	Comprimento/altura		-.44	-2.84	.008	[-.68, -.19]
		.23(.16)			.034	
3	Abandono		.17	.90	.375	[-1.29, 3.76]
		.25(.15)			.059	
4	Baixa Escolaridade		.13	.72	.476	[-1.19, 3.31]
Total de Dificuldades						
1	Tempo de Permanência	.02(-.01)	.12	.73	.471	[-.07, .15]
		.22(.17)			.017	
2	Comprimento/altura		-.45	-2.92	.006	[-1.24, -.36]
		.26(.19)			.020	
3	Abandono		.25	1.39	.175	[-.85, 7.26]

Nota. IC= Intervalos de Confiança.

5.3 Desenvolvimento da Criança na Comunidade em Contexto Familiar em Desvantagem Socioeconómica

Nesta secção dos resultados procedeu-se à descrição e compreensão do desenvolvimento das crianças em contexto familiar expostas a desvantagem socioeconómica na comunidade.

5.3.1 Estatísticas Descritivas

De seguida, são apresentadas as estatísticas descritivas dos domínios do desenvolvimento da criança que são foco de análise neste estudo, nomeadamente 1) funcionamento cognitivo, 2) competências de autorregulação, e 3) funcionamento emocional e comportamental.

a) Funcionamento Cognitivo

No momento de avaliação, as crianças da comunidade obtiveram uma média de 6.91 (*DP*=1.62; Mínimo-Máximo=3-11) na série *A* das MPCR, 4.72 (*DP*=1.57; Mínimo-Máximo=2-9) na série *Ab* e 3.70 (*DP*=.96; Mínimo-Máximo=1-6) na série *B*. O QI médio foi de 15.33 (*DP*=3.01; Mínimo-Máximo=9-22). A média do tempo de resposta foi de 8.13 (*DP*=2.47; Mínimo-Máximo=5-16). 18 (39.1%) crianças revelam um funcionamento cognitivo de IV-grau (i.e., abaixo da média) e cinco (10.9) evidenciaram um funcionamento de V-grau (i.e., muito inferior à média). 23 (50%) crianças da comunidade apresentaram um desempenho dentro ou acima da média.

b) Competências de Autorregulação

As crianças da comunidade evidenciaram uma média de 17.07 (*DP*=10.95; Mínimo-Máximo=0-30) na tarefa *Dia/Noite,* de 21.45 (*DP*=1.05; Mínimo–Máximo=19-23.33) na tarefa *Torre*, de 25.74 (*DP*=9.81; Mínimo-Máximo=0-36) na tarefa *sussurrar*, e de 15.60 (*DP*=5.49; Mínimo-Máximo=9-38.50) na tarefa *Andar Devagarinho em Cima da Linha*. A média da pontuação global da autorregulação situou-se em .01 (*DP*=.63; Mínimo-Máximo=-1.30-.91).

c) Funcionamento Emocional e Comportamental

As crianças da comunidade obtiveram uma média de 7.09 (*DP*=3.02, Mínimo-Máximo=2-14) nos problemas emocionais, de 7.22 (*DP*=3.61, Mínimo-Máximo=1-15) nos problemas de comportamento, e de 14.30 (*DP*=5.24, Mínimo-Máximo=7-25) no total de dificuldades.

As seguintes percentagens de crianças evidenciaram um funcionamento que se situa num nível clínico: 26.1% (*n*=12) para os problemas emocionais, 10.9% (*n*=5) para os problemas de

comportamento e 32.6% (*n*=15) para o total de dificuldades. Importa referir que sete (15.2%) crianças apresentaram pontuações limítrofes no total de dificuldades.

5.3.2 Associações Entre o Desenvolvimento da Criança e Restantes Variáveis

Primeiramente, procedeu-se à análise das associações entre os domínios do desenvolvimento da criança em foco neste estudo: i.e., funcionamento cognitivo, emocional e comportamental e autorregulação. Constataram-se associações positivas fortes entre o total de dificuldades e os problemas emocionais, r_s=.69, p<.001 e os problemas de comportamento, r_s=.86, p<.001. Não foram verificadas outras associações significativas (cf., Tabela 13).

Tabela 13

Associações entre os Domínios do Desenvolvimento da Criança

		1	2	3	4
1	QI				
2	Autorregulação	.26			
3	Problemas Emocionais	.13	.24		
4	Problemas de Comportamento	.13	.21	.25	
5	Total de Dificuldades	.14	.28	.69**	.86**

Nota. Coeficiente de de Correlação de *Spearman*, *p < .05, **p < .01, ***p < .001.

a) Idade e Sexo da Criança

As associações entre os diferentes domínios do desenvolvimento da criança e a idade no momento da avaliação foram testadas. Observou-se que as crianças mais velhas evidenciavam melhores competências de autorregulação, r_s=.32, p=.031.

De seguida, foram testadas as diferenças nos diferentes domínios do desenvolvimento da criança em função do sexo. Os rapazes foram descritos pelos pais como evidenciando mais problemas emocionais, *U*=164.50, p=.034, *TDE-LC*=31.6%, comparativamente com as raparigas. Não foram observadas outras diferenças significativas (cf. Tabela 14).

Tabela 14

Diferenças no Desenvolvimento em Função do Sexo

	Masculino (n=26)		Feminino (n=20)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*U*
QI	15.08	3.52	15.65	2.23	249
Autorregulação	.01	.57	-.00	.72	254.5
Problemas Emocionais	6.69	2.72	7.60	3.38	230.5
Problemas de Comportamento	8.27	3.61	5.85	3.22	164.5*
Total de Dificuldades	14.96	4.80	13.45	5.77	208

Nota. $^{*}p<.05$.

Qualidade do Ambiente Familiar

a) Desvantagem Socioeconómica na Família

Inicialmente, foram testadas associações entre os diferentes domínios do desenvolvimento da criança na comunidade e o compósito de desvantagem socioeconómica na família (cf., Tabela 15). Constataram-se associações significativas entre o compósito de desvantagem socioeconómica e o Q.I., r_S=-.47, p=.001. Foram observadas, ainda, associações marginalmente significativas entre o compósito de desvantagem socioeconómica e as competências de autorregulação, r_S=.29, p=.05. Assim, as crianças em situação de maior desvantagem socioeconómica apresentaram um pior funcionamento cognitivo e tendencialmente piores competências de autorregulação.

Tabela 15

Associações entre o Desenvolvimento da Criança e a Desvantagem Socioeconómica na Família

	Desvantagem Socioeconómica
QI	-.47**
Autorregulação	-.26+
Problemas Emocionais	.16
Problemas de Comportamento	-.11
Total de Dificuldades	.03

Nota. Coeficientes de Correlação de *Spearman*, $+p<.10$, $^{**}p<.01$

b) Bem-Estar Psicológico dos Pais: Perceção da Qualidade de Vida e Sintomatologia Psicopatológica

No que concerne à perceção da qualidade de vida, obteve-se uma média de 26.15 (*DP*=5.33; Mínimo-Máximo=9-37). A média do *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) foi de 1.69 (*DP*=.37; Mínimo-Máximo=1.07-2.71). Catorze (35.90%) pais pontuaram acima do ponto de corte clínico.

Não foram observadas associações significativas entre a perceção da qualidade de vida, a sintomatologia psicopatológica dos pais e os domínios do desenvolvimento da criança (cf., Tabela 16).

Tabela 16

Associações entre o Desenvolvimento da Criança e o Bem-Estar Psicológico dos Pais

	Qualidade de Vida	Índice de Sintomas Positivos
QI	-.03	.10
Autorregulação	-.188	.03
Problemas Emocionais	.07	-.02
Problemas de Comportamento	.01	.11
Total de Dificuldades	.01	.01

Nota: Coeficiente de Correlação de Spearman.

c) Sensibilidade e Cooperação dos Pais

Inicialmente, são apresentadas as estatísticas descritivas da sensibilidade e da cooperação parental. Os pais obtiveram uma média de 3.65 (*DP*=1.78, Mínimo-Máximo=1-6) na sensibilidade e de 4.12 (DP=1.49, Mínimo-Máximo=1-7) na cooperação. Vinte e cinco (73.5%) pais foram classificados como sendo insensíveis e 20 (58.8%) como interferentes na interação com a criança.

Observaram-se associações significativas positivas entre as competências de autorregulação e a sensibilidade parental, r_s=.47, p=.005 (cf. Tabela 17). Adicionalmente, constataram-se associações significativas negativas entre o total de dificuldades e a cooperação, r_s=-.38, p=.027. Assim, crianças expostas a cuidados sensíveis exibiram mais competências de autorregulação. Por fim, crianças expostas a cuidados mais cooperantes foram descritas pelos pais como evidenciando menores dificuldades emocionais/comportamentais globais.

Tabela 17

Associações entre o Desenvolvimento da Criança e a Responsividade Sensível dos Pais

	Sensibilidade	Cooperação
QI	.29	.29
Autorregulação	.47**	.19
Problemas Emocionais	-.11	-.28
Problemas de Comportamento	.14	-.23
Total de Dificuldades	.01	-.38*

Nota. Coeficiente de Correlação de Spearman; *$p < .05$, **$p < .01$.

5.3.3 Preditores do Desenvolvimento da Criança em Desvantagem Socioeconómica

Após as análises de associações, foram testados os preditores para cada domínio do desenvolvimento das crianças da comunidade. Para cada modelo de predição, foram inseridas as variáveis que se mostraram significativamente associadas ao desenvolvimento da criança. Foi utilizado, nas análises, o método de *bootstrap*.

a) Funcionamento Cognitivo

No que concerne ao funcionamento cognitivo, a desvantagem socioeconómica evidenciou ser um preditor significativo de dificuldades no funcionamento cognitivo, β=-.41, p=.005, explicando 15% da variância. Este resultado foi confirmado pelo método de *bootstrap,* não estando o zero incluido no intervalo de confiança, 95% IC [-3.41, -.94].

b) Competências de Autorregulação

No que concerne à autorregulação, foi inserida a variável idade no primeiro bloco do modelo. No segundo bloco, foi introduzida a variável sensibilidade parental. A idade da criança mostrou ser um fator preditor das competências de autorregulação, β=.34, p=.048, explicando 9% de variância. Contudo, este resultado não foi confirmado pelo método de *bootstrap*. Por sua vez, a sensibilidade parental emergiu como preditor das competências de autorregulação, β=.38, p=.022. O resultado foi confirmado pelo método *bootstrap*, 95% IC [.01, .36]. O modelo final revelou ser significativo, explicando 21% da variância, F(2.31)=5.34, p=.010 (cf. Tabela 18).

Tabela 18

Preditores da Autorregulação

Preditores	R^2 (R^2aj)	*Beta*	*t*	*p*	95% IC [Inferior, Superior]
1 Idade	.12(.09)	.34	2.05	.048	[.00, .04]
2	.26(.21)			.010	
Sensibilidade Parental		.38	2.42	.022	[.02, .38]

Nota. IC = Intervalos de Confiança.

c) Funcionamento Emocional e Comportamental

No que concerne aos problemas de comportamento, foi testado um modelo de regressão simples, pois apenas o sexo da criança surgiu associada aos problemas de comportamento. Neste estudo, constatou-se que ser rapaz predizia mais problemas de comportamento, $F(1.44)=5.58$, $p=.023$, $\beta=-.34$, $p=.023$, explicando 9% da variância (cf. Tabela 19). O resultado não incluiu o zero no intervalo de confiança, 95% IC [-4.30, -.45].

Para o total de dificuldades emocionais/comportamentais foi inserida a variável cooperação num modelo de regressão simples. A cooperação parental emergiu como fator preditor marginalmente significativo de menores dificuldades emocionais/comportamentais globais $F(1.32)=3.74$, $p=.062$, $\beta=-.32$, $p=.062$, explicando 8% de variância. O resultado foi confirmado pelo método de *bootstrap*, não estando o zero inlcuido no intervalo de confiança, 95% IC [-2.36, .03].

Tabela 19

Preditores do Funcionamento Emocional e Comportamental

Problemas de Comportamento	R^2 (R^2aj)	*Beta*	*t*	*p*	95% IC [Inferior, Superior]
1 Sexo	.11(.09)	-.34	-2.36	.026	[-4.30, -.45]
Total de Dificuldades				.	
1 Cooperação	.11(.08)	-.32	-1.94	.062	[-2.36, .03]

Nota. IC = Intervalos de Confiança.

5.4 Qualidade dos Cuidados e Desenvolvimento da Criança na Instituição e na Comunidade: Análise Comparativa

As diferenças na qualidade dos cuidados e desenvolvimento da criança entre os grupos (i.e., Grupo Institucionalização, GI; e Grupo Comunidade, GC) foram testadas.

5.4.1 Desenvolvimento da Criança

A Tabela 20 ilustra as diferenças entre as crianças do GI e do GC no funcionamento cognitivo, emocional/comportamental e nas competências de autorregulação.

Testes não paramétricos de Mann-Whitney para a comparação de grupos independentes revelaram diferenças estatisticamente significativas entre o GI e o GC no funcionamento cognitivo, *U*=425, *p*=<.001, *TDE-LC*=20.1%, e no total de dificuldades emocionais/comportamentais, *U*=805, *p*=.048, TDE-LC=38%. Assim, as crianças do GI evidenciaram um pior desempenho cognitivo e mais problemas emocionais/comportamentais do que as crianças do GC. A diferença entre os grupos revelou-se marginalmente significativa para os problemas de comportamento, *U*=818, *p*=.060, TDE-IC=38.7%. As crianças do GI evidenciaram, de forma tendencial, dificuldades comportamentais mais acentuadas do que as crianças do GC. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos nos problemas emocionais e nas competências de autorregulação.

Tabela 20

Diferenças entre Grupos no Desenvolvimento das Crianças

	GI (n=46)		GC (*n*=46)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*U*
QI	12.04	2.53	15.33	3.01	425.00***
Autorregulação	-.01	.39	.01	.63	1027
Problemas Emocionais	8.00	3.39	7.09	3.02	889
Problemas de Comportamento	8.57	3.05	7.22	3.61	818.50+
Total de Dificuldades	16.54	5.52	14.30	5.23	805*

Nota: GI = Grupo Institucional, GC = Grupo Comunidade; +$p < .10$, *$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$.

5.4.2 Bem-estar Psicológico e Sensibilidade e Cooperação Parental

As diferenças entre os grupos, no que concerne ao bem-estar psicológico e à sensibilidade e cooperação dos prestadores de cuidados institucionais (GI) e dos pais (GC), foram igualmente testadas.

Neste estudo, observaram-se diferenças significativas entre os grupos na perceção da qualidade de vida, *U*=440, *p*=.001, *TDE-LC*=28.9. Os pais de crianças da comunidade reportaram uma perceção da qualidade de vida mais negativa do que os prestadores de cuidados nas instituições. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na sintomatologia psicopatológica, *U*=604.50, *p*=.119 (cf. Tabela 21). Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos comportamentos sensíveis, *U*=373, *p*=.038, *TDE-LC*=35.4%, bem como diferenças marginalmente significativas na cooperação, *U*=402.50, *p*=.090, *TDE-.LC*=39.9%. Assim, os prestadores de cuidados institucionais revelaram-se menos sensíveis e tendencialmente menos cooperantes na interação com a criança do que os pais das crianças da comunidade.

Tabela 21

Diferenças entre Grupos no Bem-estar Psicológico e na Sensibilidade e Cooperação

	GI (*n*=39)		GC (*n*=39)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*U*
Qualidade de Vida	29.82	3.75	26.15	5.33	440***
Índice de Sintomas Positivos	1.57	.47	1.69	.37	604.50
†Sensibilidade	3.03	1.35	3.65	1.78	373*
†Cooperação	3.58	.85	4.12	1.49	402.50+

Nota: GI = Grupo Institucional, GC = Grupo Comunidade;
†Foram gravadas e cotadas 31 diades no GI e 34 no GC;
+p <.10, *p <.05, ***p <.001.

CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tal como referido anteriormente, a presente investigação pretendeu contribuir para o conhecimento acerca do impacto do acolhimento institucional no desenvolvimento de crianças entre os 4 e os 6 anos de idade, da cidade Beira, em Moçambique.

Desta forma, a discussão dos resultados incide sobre: (i) o desenvolvimento das crianças institucionalizadas e da comunidade e suas relações com fatores individuais e ambientais; e (ii) a análise comparativa do desenvolvimento de crianças (i.e., institucionalizadas versuas da comunidade), bem como da qualidade dos cuidados prestados às crianças pelos/as prestadores/as de cuidados institucionais e dos/as pais/mães de crianças da comunidade.

6.1 Desenvolvimento da Criança em Acolhimento Institucional

No presente estudo, pretendeu-se avaliar os múltiplos domínios do desenvolvimento da criança em acolhimento institucional, nomeadamente o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental e as competências de autorregulação. Para além disto, foi possível descrever o crescimento físico destas crianças, como fator potencialmente relacionado com os domínios do desenvolvimento alvo de análise.

a) Crescimento Físico

Ao nível do crescimento físico, as crianças em acolhimento institucional apresentaram globalmente dificuldades consideráveis, salientando-se as pontuações abaixo dos valores normativos esperados para a idade, especialmente no comprimento/altura (i.e., 20 crianças, 55.6%). Esse resultado está em consonância com a literatura internacional (Dobrova-Krol et al., 2008; Johnson & Gunnar, 2011; Nelson et al., 2014; Smyke et al., 2007; van IJzendoorn et al., 2014). Estudos prévios demonstraram que crianças em acolhimento institucional apresentam dificuldades acentuadas no seu crescimento físico (i.e., Smyke et al., 2007; The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008). Estudos conduzidos em Portugal, por exemplo, revelaram que crianças pequenas em acolhimento residencial caracterizavam-se por atrasos no crescimento físico no momento de admissão na instituição (Baptista et al., 2018) e ao longo da permanência nesse contexto (Baptista et al., 2015, 2018; Pereira, 2008; Pereira et al., 2010; Pinheiro, 2011). O comprimento/altura, em especial, tem sido descrito como o parâmetro com menos ganhos ao longo do tempo de permanência da criança na instituição (Marques, 2012).

Ao nível do contexto institucional, a literatura sugere que atrasos no crescimento físico da criança podem ser explicados pela ausência de uma relação priveligiada e individualizada entre um cuidador (ou

grupo pequeno de cuidadores) e a criança, bem como pela privação psicossocial, caracterizada pela reduzida estimulação psico-motora, sensorial e cognitiva (Johnson, 2000; Johnson & Gunnar, 2011; Juffer et al., 2018; MaClean, 2003; Nelson et al., 2014; Routray et al., 2015; Smyke et al., 2007; Tottenham, 2012; van IJendoom & Juffer, 2006). Alguns estudos associam a negligência às dificuldades no crescimento dos ossos longos (Johnson, 2000; van IJendoom & Juffer, 2006), estando implicada na supressão da hormona do crescimento (Johnson & Gunnar, 2011). Por exemplo, resultados de uma meta-análise (n=270 estudos; van IJendoom & Juffer, 2006) descreveram um efeito negativo dos cuidados institucionais no crescimento físico em crianças com histórias de institucionalização, especialmente no comprimento/altura (d=1.71). Num outro estudo, verificou-se que 37.6% de crianças órfãs, entre os 0 e os 72 meses de idade, apresentavam ótimas condições nutricionais. Porém, a exposição a privação psicossocial institucional relacionou-se a défice no comprimento/altura (Routray et al., 2015). Apesar dos resultados anteriormente apresentados, e para além da privação nos cuidados institucionais, estudos relatam que o estado nutricional afeta o crescimento físico das crianças órfãs. A este respeito, salienta-se um estudo conduzido em orfanatos no Kazaquistão, que verificou que 31.5% das crianças da amostra apresentavam um comprimento/altura abaixo do esperado para a idade. Adicionalmente, 37.1% daquelas crianças eram anémicas (Hearst et al., 2014).

Para além do exposto, reconhece-se que crianças institucionalizadas reportam riscos pré-institucionais acrescidos com implicações negativas ao nível do crescimento físico (Nelson et al., 2014; Juffer et al., 2018; Tottenham, 2012), especialmente quando combinados com a menor qualidade dos cuidados institucionais. Em estudos africanos, atrasos no crescimento físico têm vindo a ser associados a desnutrição, explicada, por sua vez, pela exposição à pobreza (e.g., Gernaat et al., 1996; Mwamwenda, 2004). Acrescenta-se que no presente estudo, todas as crianças da amostra apresentavam uma história de exposição prévia à pobreza na família biológica, o que poderá ser um factor explicativo do défice de comprimento/altura identificado. Importa ainda mencionar que noutro estudo, também conduzido no contexto africano, 69.2% das crianças entre os 0 e os 60 meses de idade, avaliadas na Zâmbia, apresentavam um comprimento/altura abaixo do esperado para a idade (Gernaat et al., 1996). Tal atraso no crescimento surgiu associado à prematuridade e ao menor crescimento intra-uterino, tendo convergido com a literatura Africana.

Contudo e apesar da adversidade, a mudança parece ser possível. Estudos têm evidenciado recuperação no crescimento físico em crianças adotadas e em crianças institucionalizadas quando expostas a ambientes de cuidados estimulantes e adequados ao seu desenvolvimento adaptativo e normativo (Johnson & Gunnar, 2011; van IJendoom & Juffer, 2006).

b) Funcionamento Cognitivo

Relativamente ao funcionamento cognitivo, os resultados deste estudo apontaram para dificuldades acentuadas, o que é igualmente consistente com as evidências da literatura (e.g., Almas et al., 2016; Groark et al., 2009; Merz et al., 2016; Pereira et al., 2010). Um estudo conduzido em Portugal, por exemplo, veio evidenciar que crianças em acolhimento residencial naquele país apresentavam dificuldades acentuadas no funcionamento cognitivo ao longo de nove meses de institucionalização (Marques, 2012; Pinheiro, 2011). Resultados semelhantes foram observados noutros estudos conduzidos nos Estados Unidos da América e na Índia (Almas et al., 2016; Juffer et al., 2018).

No presente estudo, o abandono e a orfandade revelaram-se associados ao desenvolvimento cognitivo. A relação entre a cooperação dos cuidadores na interação com a criança e o desenvolvimento cognitivo revelou-se marginalmente significativa. Os resultados observados neste estudo são concordantes com a literatura (e.g., Baptista et al., 2013, 2018; Merz et al., 2016; Rakhlin et al., 2017). As experiências pré-institucionais adversas vivenciadas pela criança têm sido associadas ao estatuto desenvolvimental na admissão (Baptista et al., 2018) e ao longo da permanência no acolhimento (Baptista et al., 2013, 2018; Merz et al., 2016; Rakhlin et al., 2017). Além disso, têm sido verificadas associações significativas entre o pior funcionamento cognitivo e a qualidade dos cuidados institucionais (Merz et al., 2016; Rakhlin et al., 2017), designadamente a menor responsividade do cuidador na interação com a criança (Bick et al., 2017; Nelson et al., 2014; Zeanah et al., 2017).

Apesar do exposto, nenhuma daquelas variáveis revelou ser um fator preditor do funcionamento cognitivo. A literatura reporta o impacto negativo da institucionalização quando a mesma é avaliada com base numa perspetiva de risco cumulativo, juntando-se aos défices nos cuidados institucionais às experiências pré-institucionais adversas (e.g., Baptista et al., 2015, 2018; Dobrova-Krol et al., 2010; Johnson & Gunnar, 2011; Juffer et al., 2018; Nelson et al., 2014; Smyke et al., 2007; Stein et al., 2014) na família. Assim, coloca-se a possibilidade de outras variáveis do contexto institucional e familiar, não analisadas neste estudo, estarem a interagir na explicação do desenvolvimento cognitivo. Outros estudos neste âmbito revelam-se essenciais.

c) Competências de Autorregulação

Relativamente às competências de autorregulação, no presente estudo, as crianças evidenciaram em geral um desempenho aceitável.

A presença de HIV e variáveis do ambiente, como o horário rotativo e a ausência de formação específica dos cuidadores, mostraram-se associadas e revelaram ser preditores da presença de

dificuldades nas competências de autorregulação das crianças em acolhimento institucional. Considerando as associações observadas no presente estudo, a literatura tem vindo a documentar dificuldades desenvolvimentais globais em crianças institucionalizadas com HIV, especialmente quando as mesmas são expostas a uma pobre qualidade dos cuidados (e.g., Dobrova-Krol et al., 2008, 2010; Sherr et al., 2017; Stein et al., 2014).

Na verdade, o desenvolvimento da autorregulação depende em parte da regulação externa do adulto cuidador, disponível e responsivo, que possibilita a passagem de uma regulação inicialmente externa para interna na criança (Kochanska & Kim, 2014; Kochanska et al., 2000, 1997). No presente estudo, o horário rotativo pode caraterizar um ambiente institucional menos estável e menos consistente, e logo pouco apto a promover as competências de autorregulação da criança. A formação específica dos prestadores de cuidados, por sua vez, pode ser entendida como uma componente fundamental para a promoção dos cuidados institucionais capazes de favorecer o desenvolvimento adaptado das crianças. Supõe-se que a formação específica seja um pressuposto para o desenvolvimento de competências científicas e práticas de cuidados, essenciais à promoção do desenvolvimento normativo das crianças, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes positivas.

Aqueles resultados são coerentes com a literatura referente ao impacto negativo da qualidade dos cuidados institucionais no desenvolvimento global da criança (e.g., McCall & Groark, 2015; van IJzendoorn et al., 2014). De facto, a literatura confirma que a exposição a cuidados menos responsivos influencia o cérebro em desenvolvimento, e, por conseguinte, as funções executivas (e.g., Bick et al., 2015; Cicchetti, 2016; Doyle & Cicchetti, 2017; Kochanska et al., 2000; Merz et al., 2016; Nelson et al., 2014). Por exemplo, crianças adotadas com histórias de exposição à negligência precoce em orfanatos romenos apresentaram dificuldades e alterações no desenvolvimento do córtex pré-frontal e nas funções executivas (Bick et al., 2015; Merz et al., 2016; Nelson et al., 2013; Harlé & Noble, 2016). Crianças com histórias de institucionalização precoce parece exibirem dificuldades no controlo inibitório e na memória de trabalho (Harlé & Noble, 2016; Merz et al., 2013). No entanto, a intervenção precoce em crianças com histórias de negligência institucional parece indicar melhorias significativas no desenvolvimento das estruturas cerebrais (Bick et al. 2015). Por exemplo, após programas de intervenção, foi observado um aumento significativo do desenvolvimento da substância cerebral branca em crianças com histórias de privação em orfanatos romenos (Bick et al., 2015).

d) Funcionamento Emocional e Comportamental

No que concerne ao funcionamento emocional e comportamental, no presente estudo, as crianças em acolhimento institucional evidenciaram dificuldades significativas estando em linha com as

evidências da literatura (e.g., Datta et al., 2018; Kaur et al., 2018; Pereira, 2008; Pereira et al., 2010; Ralli et al., 2017; Thabet et al., 2017). Efetivamente, o funcionamento emocional e comportamental tem sido um dos domínios do desenvolvimento mais frequentemente descrito em estudos com crianças institucionalizadas, sendo vasta a literatura que aponta para défices a este nível. A título exemplificativo, as crianças institucionalizadas apresentaram sintomas emocionais e comportamentais de nível clínico na Rússia (Hawk & McCall, 2011; Hawk et al., 2018; McCall & Groark, 2015; McCall et al., 2018), na Roménia (Nelson et al., 2014; Smyke et al., 2012; Zeanah et al., 2017), em Portugal (Baptista et al., 2013, 2014, 2015; 2018; Pereira, 2008; Pereira et al., 2010), na Índia (Datta et al., 2018; Kaur et al., 2018), no Japão (Katsurada et al., 2017), na Grécia (Ralli et al., 2017), bem como em países africanos, como na Tanzânia (Hermenau et al., 2014), em Ruanda (Nsabimana, 2016).

Fatores da criança, como o menor comprimento/altura da criança, e as experiências prévias e atuais, como o abandono, o contacto com a família de origem e a baixa escolaridade dos cuidadores, surgiram, neste estudo, associados aos problemas emocionais/comportamentais.

As associações observadas neste estudo convergem com as evidências da literatura sobre o impacto das experiências pré-institucionais e da qualidade dos cuidados institucionais no desenvolvimento da criança. A literatura, de modo consistente, demonstra que a acumulação de experiências adversas (Cicchetti, 2006, 2016), desde pré-institucionais a institucionais, é explicativa das dificuldades emocionais/comportamentais nestas crianças (e.g., Baptista et al., 2013, 2018; Datta et al., 2018; Dobrova-Krol et al., 2010; Hermenau et al., 2014; Sherr et al., 2017). Estudos demonstram ainda que maus-tratos na família biológica e cuidados institucionais menos sensíveis e inconsistentes associam-se a dificuldades emocionais/comportamentais (Baptista et al., 2015, 2018; Hermenau et al., 2014; Katsurada et al., 2017).

Os resultados deste estudo parecem indicar que a baixa escolaridade dos cuidadores institucionais podem estar a limitar a sua competência para responder adequadamente às necessidades socioemocionais das crianças. Assim, as competências profissionais do cuidador podem ser um elemento-chave para promover o desenvolvimento destas crianças no contexto institucional, ao estarem potencialmente associadas à sua capacidade para compreender os aspetos desenvolvimentais da criança e para responder de forma responsiva.

No entanto, de todas as variáveis associadas, apenas o menor comprimento/altura da criança revelou ser um fator preditor significativo do funcionamento emocional e comportamental. Este resultado parece indicar que no contexto africano, e em particular nas crianças da presente amostra, ter menor comprimento/altura é um fator de risco para um funcionamento emocional e comportamental adaptado. Tal como admite Mwamwenda (2004), numa perspetiva africana, dificuldades no crescimento físico

podem influenciar a rejeição da criança no grupo de pares, por exemplo, em jogos e brincadeiras coletivas. Pelo contrário, o mesmo autor defende que uma boa aparência física tende a desenvolver um autoconceito positivo e autoconfiança, bem como a aceitação social (Mwamwenda, 2004). No entanto, o menor comprimento/altura parece ter implicações ao nível da rejeição por parte dos pares e/ou da baixa preferência social no grupo de pares (Buil et al., 2019). A baixa preferência social no grupo de pares tem sido apontada como um fator preditor de problemas de comportamento. Por exemplo, Buil et al. (2019) identificaram associações significativas entre a baixa preferência social e problemas de comportamento em crianças em idade escolar, sugerindo que as experiências negativas de pares podem explicar a progressão das dificuldades no funcionamento emocional e comportamental. Nesta linha, parece ser pertinente a exploração do efeito mediador e/ou moderador de grupo de pares na relação entre o funcionamento emocional e comportamental e o crescimento físico das crianças institucionalizadas.

Síntese

Em resumo, no presente estudo, as crianças em acolhimento institucional apresentaram resultados desenvolvimentais abaixo dos valores normativos ao nível do crescimento físico (i.e., comprimento/altura), do funcionamento cognitivo, bem como no funcionamento emocional e comportamental (sendo consistentes com a literatura (e.g., Baptista et al., 2014, 2015, 2018; Hawk et al., 2018; McCall & Groark, 2015; McCall et al., 2018; van IJzendoorn et al., 2014).

As variáveis do indivíduo, a exposição prévia da criança às experiências adversas na família biológica e a qualidade dos cuidados institucionais exerceram efeito negativo em diferentes domínios do desenvolvimento das crianças em acolhimento institucional, sendo convergente com a literatura (e.g., Baptista et al., 2014, 2015, 2018; Datta et al., 2018; Hawk et al., 2018; McCall et al., 2018; Richter et al., 2014; van IJzendoorn et al., 2014).

Contudo, a idade cronológica, o sexo, a idade de admissão, o tempo de permanência da criança na instituição, a sensibilidade e o bem-estar psicológico dos prestadores de cuidados não se revelaram associados aos diferentes domínios do desenvolvimento das crianças, sendo divergente das evidências da literatura (Baptista et al., 2018; Bick et al., 2017; Datta et al., 2018; Nelson et al., 2014; Zeanah et al., 2017). Por exemplo, estudos têm reportado associações significativas entre a institucionalização precoce, o tempo de institucionalização e o desenvolvimento global da criança (Nelson et al., 2014; Zeanah et al., 2017). Particularmente, a idade de admissão e o tempo de permanência têm vindo a ser associados às dificuldades emocionais e comportamentais das crianças (e.g., Datta et al., 2018; Kaur et al., 2018; Nelson et al., 2014; Zeanah et al., 2017).

Para além dos fatores acima mencionados, também a sensibilidade dos cuidadores tem sido descrita como fator explicativo do desenvolvimento da criança. A este respeito, estudos identificaram associações significativas entre o funcionamento emocional e comportamental e a sensibilidade dos cuidadores institucionais na interação com a criança (e.g., Baptista et al., 2018; Bick et al., 2017; Nelson et al., 2014). A ausência de associações significativas entre o funcionamento emocional/comportamental e a sensibilidade (e ainda o bem-estar dos prestadores de cuidados institucionais) pode ser explicada pela idade das crianças, cujos comportamentos e desenvolvimento podem ser melhor explicados por outras competências dos cuidadores e domínios dos cuidados proximais (Almas et al., 2018). Alguma literatura sublinha a necessidade de conferir relativa autonomia em crianças pré-escolares. Por exemplo, Alma et al. (2018), defendem que a disrupção dos cuidados nessa idade proporciona oportunidades para que a criança desenvolva outras competências sociais junto do grupo de pares (Almas et al., 2018). Nesta linha, crianças africanas em idade pré-escolar, desde cedo, são autónomas no cuidado individual, dos irmãos mais novos e na realização de algumas atividades domésticas na ausência dos pais (Mwamwenda, 2004).

Importa ainda mencionar que neste estudo, informação sociodemográfica relativa à história pré-institucional da criança revelou-se indisponível. Determinados fatores, como o risco pré-natal, as histórias de abuso físico ou a saúde dos progenitores, podem ser fundamentais para a compreensão do funcionamento emocional e comportamental destas crianças, tal como ilustrado na literatura (e.g., Baptista et al., 2015, 2018; Dobrova-Krol et al., 2010; Johnson & Gunnar, 2011; Juffer et al., 2018; Nelson et al., 2014; Smyke et al., 2007; Stein et al., 2014).

Por fim, no presente estudo, diferentes fatores individuais e ambientais parecem associar-se e explicar diferentes áreas do desenvolvimento da criança.

6.2 Desenvolvimento das Crianças em Famílias com Desvantagem Socioeconómica

Tal como no grupo de crianças institucionalizadas, o presente estudo pretendeu avaliar os múltiplos domínios desenvolvimentais de crianças da comunidade em contexto familiar com desvantagem socioeconómica. Além da avaliação dos múltplos domínios desenvolvimentais, a presente investigação teve ainda o propósito de identificar as variáveis individuais e do contexto familiar associadas e preditoras dos diferentes domínios do desenvolvimento das crianças. Novamente, a discussão dos resultados nessa sessão obedece a sequência relativa aos fatores do desenvolvimento associados e respetivos preditores nos domínios: a) cognitivo; b) autorregulação, emocional e comportamental.

a) Funcionamento Cognitivo

Metade de crianças avaliadas apresentaram um funcionamento cognitivo dentro ou acima da média, de acordo com as normas das Matrizes Coloridas de Raven. Porém, a outra metade apresentou um funcionamento intelectual abaixo da média.

No presente estudo, a desvantagem socioeconómica revelou estar associada e ser um preditor de dificuldades no funcionamento cognitivo da criança (Cicchetti, 2006). Na verdade, diferentes estudos têm reportado associações significativas entre o menor desempenho cognitivo das crianças e as dificuldades socioeconómicas das suas famílias (e.g., Evans, 2013; Jackson, 2017; Kneitzer & Perry, 2009). As dificuldades socioeconómicas, especialmente a pobreza, têm sido consideradas como fator stressor para o funcionamento familiar, aumentando a probabilidade de exposição das crianças à privação de cuidados parentais adequados, com impacto no desenvolvimento (e.g., Belsky & Jaffee, 2006; Blair & Raver, 2016; Coley et a., 2015; Cowan & Cowan, 2006; Evans, 2013; Luby et al., 2013). Além disso, a pobreza tem sido associada a redução dos padrões normativos de conexão das redes cerebrais (Kim et al., 2019) e a outras dificuldades do desenvolvimento cerebral (Hair et al., 2015; Kim et al., 2019). Por exemplo, a pobreza parece ser preditora das dificuldades do desenvolvimento cerebral, caraterizada pela reduzida eficiência de conexão das redes cerebrais, incluindo o córtex pré-frontal, córtex cingulado, bem como o hipocampo e amigdala (Kim et al., 2019). Crianças a viver abaixo da linha de pobreza dos 4 aos 22 anos apresentaram uma redução significativa do volume cerebral entre 8% a 9% (Hair et al., 2015), sugerindo mecanismos neuro cognitivos do efeito da pobreza no desenvolvimento mental da criança (Hair et al., 2015; Kim et al., 2019).

b) Competências de Autorregulação

As crianças da comunidade apresentaram um desempenho aceitável nas competências de autorregulação.

A idade da criança, a desvantagem socioeconómica e a sensibilidade parental revelaram-se associadas às competências de autorregulação.

Investigação demonstra que crianças mais velhas exibem melhores competências de autorregulação quando comparadas com as crianças mais novas (Kochanska et al., 2000; Legare et al., 2018; Lin et al., 2019). Lin et al. (2019) identificaram associações significativas entre a idade e as competências de autorregulação de crianças dos 4 aos 6 anos de idade, nomeadamente no controlo por esforço e funções executivas. Adicionalmente, crianças sul africanas Tswanas, dos 3 aos 5 anos, mostraram aumentos significativos na flexibilidade cognitiva em função da idade (Legare et al., 2018),

confirmando, desta forma, o impacto da idade no desenvolvimento das funções executivas (Carlson, 2005).

A investigação demonstra, ainda, menores competências de autorregulação em crianças expostas a pobreza (Allee-Herdon & Roberts, 2019; Blair & Raver, 2016; Evans & Kim, 2013; Ford & Stein, 2017; Palacios-Barrios & Hanson, 2019). Os resultados destes estudos confirmam, assim, mecanismos cerebrais e ambientais do efeito da pobreza no desenvolvimento normativo da criança (i.e., alterações da qualidade dos cuidados parentais, exposição a stressores físicos e ambientais que alteram o sistema de resposta fisiológica ao stress, alterações funcionais das funções executivas) (Allee-Herndon & Roberts, 2019; Blair & Raver, 2016; Ford & Stein, 2017; Palacios-Barrios & Hanson, 2019).

Apesar do acima exposto, apenas a sensibilidade parental constituiu-se num fator preditor significativo das competências de autorregulação. Resultados similares foram identificados em estudos prévios (Birmingham et al., 2017; Kochanska et al., 2000). A sensibilidade materna demonstrou ser preditora de melhores competências de autorregulação em crianças pré-escolares (Birmingham et al., 2017), sendo consistente com a teoria de vinculação (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988), ao defender que a sensibilidade parental promove a segurança e a exploração do meio ambiente, condição essencial para o desenvolvimento normativo da criança (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988). Na mesma linha, outros autores evidenciaram que as capacidades regulatórias parentais predizem as habilidades regulatórias dos filhos (Montroy et al., 2016).

c) Funcionamento Emocional e Comportamental

Ao nível do funcionamento emocional e comportamental, foram identificadas crianças com pontuações de nível clínico nos problemas emocionais, comportamentais e no total de dificuldades, sendo estes resultados consistentes com a literatura com crianças expostas à pobreza (e.g., Evans, 2013; Luby et al., 2013; Votruba-Drzal et al., 2016) e às outras experiências adversas associadas (Engle & Black, 2008; Evans, 2013), com efeitos negativos no desenvolvimento global (Engle & Black, 2008; Evans, 2013; Kneitzer & Perry, 2009).

No que tange às variáveis associadas, o sexo masculino das crianças associou-se à presença de mais problemas de comportamento, revelando-se como fator preditor. Por sua vez, a cooperação parental associou-se a menores dificuldades emocionais/comportamentais globais, tendo-se mostrado como um fator preditor marginal.

Quanto aos problemas de comportamento, a literatura confirma a presença de mais sintomas em crianças do sexo masculino quando comparadas com crianças do sexo feminino (Buil et al., 2019;

Chen, 2010; Deater-Deckard & Dodge, 2009; Maguire et al., 2016). Fatores pessoais e socio ambientais são apontados frequentemente como estando associados à presença de mais problemas comportamentais em crianças do sexo masculino. Por exemplo, Buil et al. (2019) verificaram que meninos com comportamentos de oposição eram propensos à rejeição pelos pares e tendiam a responder com agressão à baixa preferência social. Por outro lado, a disciplina física parental severa foi associada à presença de problemas comportamentais em crianças do sexo masculino (Deater-Deckard & Dodge, 2009). Maguire et al. (2016) apontam para as influências culturais (i.e., o modo como meninos e meninas são preparados para enfrentarem adversidades, agressividade de pares). Além da disciplina física parental no contexto da cultura africana pode-se mencionar as práticas de ritos de iniciação que incitam maior violência masculina e submissão e dominação feminina (José, 2016; Osório & Macuácua, 2013).

No que diz respeito aos efeitos de cooperação, os resultados do presente estudo são consistentes com a teoria de vinculação e investigação, que sugere que a exposição a cuidados mais cooperantes influenciam positivamente o desenvolvimento global da criança (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988).

Síntese

No presente estudo, dificuldades acrescidas no funcionamento cognitivo das crianças associaram-se à desvantagem socioeconómica na família, confirmando, desta forma, as evidências da literatura (Blair & Raver, 2016; Cicchetti, 2006; Coley et al., 2015; Cowan & Cowan, 2006; Evans, 2013; Hair et al., 2015; Jackson, 2017; Kim et al., 2019; Kneitzer & Perry, 2009; Votruba-Drzal et al., 2016). Ainda em consonância com a literatura, a desvantagem socioeconómica associou-se a menores competências de autorregulação das crianças em contexto familiar (Allee-Herdon & Roberts, 2019; Blair & Raver, 2016; Evans & Kim, 2013; Ford & Stein, 2017; Palacios-Barrios & Hanson, 2019). Por outro lado, a idade da criança e a sensibilidade parental afiguraram-se como fatores preditores de mais competências de autorregulação nessas crianças, convergindo, desta forma, com a literatura (Ainsworth et al., 1978; Birmingham et al., 2017; Bowlby, 1988; Legare et al., 2018; Lin et al., 2019). Quanto ao funcionamento emocional e comportamental, o sexo masculino surgiu como fator preditor da presença de mais problemas comportamentais, tal como sugerido pela literatura (Buil et al., 2019; Chen, 2010; Deater-Deckard & Dodge, 2009; Maguire et al., 2016). Em consonância com a teoria de vinculação (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988), a cooperação parental relacionou-se com menores dificuldades emocionais e comportamentais das crianças.

Diante dos resultados do presente estudo que apontam para o efeito de variáveis individuais (i.e., idade e o sexo) e contextuais (i.e., sensibilidade parental, desvantagem socioeconómica e cooperação) no desenvolvimento das crianças da comunidade em desvantagem socioeconómica, pode-se considerar que as hipóteses previamente formuladas com base na revisão da literatura, foram parcialmente confirmadas.

6.3 Qualidade dos Cuidados e Desenvolvimento da Criança na Instituição e na Comunidade: Análise Comparativa

6.3.1 Diferenças no Desenvolvimento das Crianças

O presente estudo pretendeu ainda comparar o desenvolvimento das crianças em acolhimento institucional e da comunidade. Neste estudo, as crianças em acolhimento institucional revelaram dificuldades mais acentuadas ao nível do funcionamento cognitivo, emocional e comportamental do que os seus pares da comunidade, confirmando, assim, a hipótese prevista. Contudo, não foram verificadas diferenças significativas nas competências de autorregulação.

As diferenças significativas identificadas no presente estudo são consistentes com a literatura. Por exemplo, foram identificadas dificuldades cognitivas acrescidas em crianças institucionalizadas comparativamente com crianças adotadas e da comunidade nos EUA e na Rússia (Almas et al., 2016; Rakhlin et al., 2017). Dificuldades emocionais e comportamentais mais acentuadas foram identificadas em crianças em acolhimento institucional, comparativamente com crianças da comunidade na Índia (Datta et al., 2018), na Grécia (Ralli et al., 2017) e na Tanzânia (Hermenau et al., 2014). A dúpla exposição das crianças em acolhimento às experiências adversas na família de origem e na instituição tem sido frequentemente apontada como um dos principais fatores ligados aos défices desenvolvimentais em crianças institucionalizadas (e.g., Almas et al., 2016; Baptista et al., 2014, 2018; Bick et al., 2017; Hawk et al., 2018; Hermenau et al., 2014; Juffer et al., 2018; McCall et al., 2018; Nelson et al., 2014; Rakhlin et al., 2017; van IJzendoorn et al., 2014). Por exemplo, Baptista et al. (2015, 2018) identificaram associações significativas entre a exposição a maus-tratos na família biológica e cuidados institucionais inconsistentes e isensíveis e a presença de mais sintomas emocionais/comportamentais. Adicionalmente, maus-tratos na família biológica e na instituição associaram-se à presença de sintomas emocionais e comportamentais (Hermenau et al., 2014). Crianças com HIV e expostas a cuidados institucionas de menor qualidade apresentaram dificuldades cognitivas, emocionais/comportamentais e comportamentos perturbados de vinculação (Dobrova-Krol et al., 2008, 2010).

Quanto à autorregulação, os resultados do presente estudo foram similares do estudo de Vávrová (2015), o qual não verificou diferenças significativas nas competências da autorregulação entre os grupos de crianças institucionalizadas e da comunidade. Contudo, divergem das evidências da literatura, que apontam no sentido de que crianças institucionalizadas tendem a apresentar mais dificuldades de autorregulação do que os seus pares da comunidade (Ertekin, 2014; Hrbackova & Safrankova, 2016; Riley-Behringer, 2015). A ausência de diferenças na autorregulação verificada no presente estudo, pode ser explicada pelo fato de ambos grupos de crianças envolvidas terem sido expostas a ambentes de cuidados caraterizados por adversidades prejudiciais ao desenvolvimento normativo (e.g., histórias de pobreza na família biológica).

Síntese

Tal como hipotetizado, as crianças em acolhimento institucional apresentaram dificuldades desenvolvimentais mais acentuadas do que os seus pares da comunidade expostos a dificuldades socioeconómicas, nomeadamente no funcionamento cognitivo, emocional e comportamental. Estes resultados são consistentes com a literatura. As diferenças não foram significativas no que concerne às competências de autorregulação.

Os dois grupos de crianças parecem ter vivenciado um ambiente de cuidados familiares caracterizado pela exposição à pobreza, o que pode explicar a ausência de diferenças significativas observadas nas competências de autorregulação. Por exemplo, a literatura tem vindo a reportar mecanismos ambientais e neurobiológicos do efeito da pobreza nas competências de autorregulação de crianças (e.g., menores qualidades dos cuidados parentais, alterações desenvolvimentais e funcionais das regiões cerebrais associadas à autorregulação) (Allee-Herndon & Roberts, 2019; Blair & Raver, 2016; Ford & Stein, 2017; Palacios-arrios & Hanson, 2019).

6.3.2 Diferenças entre Cuidadores e Pais no Bem-estar e na Responsividade Sensível

Por fim, pretendeu-se verificar as diferenças entre os grupos ao nível do bem-estar psicológico (i.e., perceção da qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica) e sensibilidade e cooperação em interação com a criança. Os resultados obtidos sugerem uma perceção mais positiva da qualidade de vida pelos prestadores de cuidados do que pelos pais de crianças da comunidade. Não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos na sintomatologia psicopatológica. No que concerne aos comportamentos responsivos na interação com a criança, os prestadores de cuidados institucionais evidenciaram menor sensibilidade e cooperação do que os pais das crianças da comunidade.

Quanto à perceção da qualidade de vida não foram identificados estudos comparativos específicos entre os dois grupos em foco nesta investigação. Contudo, alguns estudos (e.g., Lam, Guo, Wong, Yu, & Fung, 2017; Park et al., 2002; Pereira et al., 2011) obtiveram resultados que sugeriram uma perceção menos positiva da qualidade de vida em famílias com dificuldades socioeconómicas (Lam et al., 2017; Park et al., 2002). Por exemplo, a literatura (Park et al., 2002) sugere que a pobreza afeta cinco dimensões da qualidade de vida em famílias pobres, designadamente (i) saúde (i.e., acesso limitado aos serviços de saúde de qualidade); (ii) produtividade (i.e., baixo nível de desenvolvimento cognitivo, oportunidades limitadas de acesso ao lazer); (iii) ambiente físico (i.e., baixas condições e insegurança habitacional); (iv) bem-estar emocional (i.e., stress excessivo e baixa autoestima); e (v) interação familiar (i.e., inconsistência parental e conflitos conjugais relacionados com a insuficiência de dinheiro). As famílias pobres e com baixa escolaridade tendem a relatar uma pior qualidade de vida em termos de saúde física e mental do que a população geral (Lam et al., 2017; Pereira et al., 2011). No entanto, no presente estudo, não foi explorada a relação entre o rendimento dos cuidadores e pais e a perceção de qualidade de vida.

Relativamente à qualidade da interação cuidador-criança, a literatura tem apontado para comportamentos menos sensíveis e menos cooperantes dos prestadores de cuidados institucionais (e.g., Baptista et al., 2018; Hawk et al., 2018; McCall et al., 2018). Neste âmbito, a menor sensibilidade e cooperação dos cuidadores na interação com a criança, no contexto institucional, tem sido associada a fatores como: (i) baixa escolaridade e ausência de treino ou formação específica (Save the Children, 2014; Hermenau et al., 2014; Milligan et al., 2016; UNICEF, 2011); e (ii) caraterísticas estruturais e funcionais das instituições (McCall, 2013; McCall et al., 2018; McCall & Groark, 2015), que dificultam a interação individualizada com a criança (i.e., rotatividade do horário e elevado rácio cuidador-criança).

A menor sensibilidade dos/as prestadores/as de cuidados institucionais observada no presente estudo, além dos fatores atrás mencionados, pode ser explicada pela baixa escolaridade e ausência de formação especifica (Save the Children, 2014; Hermenau et al., 2014; Milligan et al., 2016; UNICEF, 2011), pelos stressores cumulativos no contexto institucional que podem impactar a sensibilidade dos/as cuidadores/as, nomeadamente baixos ordenados e em atraso (Milligan et al., 2017; ROSC, 2016; Save the Childre, 2014), elevado rácio cuidador-criança (McCall et al., 2013; McCall & Groarck, 2015), bem como pelas crenças culturais, ainda que não examinadas no presente estudo, que admitem dificuldades acrescidas nas crianças órfãs (Maciel, 2015). Os provérbios sintetizados por Maciel (2015) podem ser ilustrativos das referidas crenças. Entre os provérbios do povo Sena, residente na província de Sofala, local do presente estudo, literalmente traduzidos em língua portugesa por Maciel (2015), ligados às crenças culturais da prestação dos cuidados à criança órfã destacam-se: *a) o órfão não é*

louvado por ninguém; b) meu filho faz cocó aqui, que eu tiro. Você órfão faz cocó acolá; c) o pintainho que não tem mãe não cresce. O conteúdo destes e de outros provérbios africanos pode exercer alguma influência nas práticas dos cuidadores institucionais e, por conseguinte, impactar o desenvolvimento das crianças.

Por último, devido às caraterísticas funcionais das instituições, não foi possível identificar, a partir de medidas de observação para o efeito, os cuidadores de referência para cada criança participante no estudo. Esse fato pode estar a explicar as interações cuidador/a-criança de baixa qualidade observadas neste estudo. A investigação tem evidenciado que crianças com uma figura de referência na instituição tendem a apresentar menores dificuldades desenvolvimentais (e.g., Baptistaet al., 2013, 2015; Corval et al., 2017).

Síntese

Os resultados do presente estudo são consistentes com as evidências da literatura focada na avaliação do impacto da institucionalização no desenvolvimento da criança. Na verdade, os estudos reconhecem o impacto negativo das experiências adversas prévias vivenciadas na família biológica (Baptista et al., 2014, 2015, 2018) e da menor qualidade dos cuidados institucionais, nomeadamente as interações menos sensíveis, menos consistentes e pouco individualizadas com a criança (Baptista et al., 2014, 2015, 2018; Hawk et al., 2018; McCall et al., 2018; McCall & Groark, 2015; Zeanah et al., 2017). No contexto moçambicano, práticas culturais podem impactar a qualidade dos cuidados institucionais prestados às crianças órfãs e vulneráveis.

6.4 Próximos Estudos

Os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de desenvolver investigações adicionais. Primeiro, considerando o efeito diferencial dos fatores individuais e contextuais nos diferentes domínios desenvolvimentais das crianças institucionalizadas, seria pertinente explorar outros fatores preditores do funcionamento das crianças (e.g., influência do grupo de pares e de outras crianças mais velhas, dos maus-tratos na família e no contexto institucional). Além disso, seria igualmente necessário explorar a influência das crenças culturais no desenvolvimento das crianças, bem como a realização de estudos longitudinais que permitam verificar continuidade e/ou descontinuidade das dificuldades desenvolvimentais da criança ao longo do tempo de permenência na instituição e em famílias de acolhimento.

No grupo de crianças da comunidade em famílias com desvantagem socioeconómica, seria interessante explorar o efeito do crescimento físico, dos maus-tratos familiares, da exposição a violência doméstica e da saúde da criança, em particular do HIV no desenvolvimento global.

Considerando, ainda, as diferenças identificadas entre os prestadores de cuidados institucionais e os pais da comunidade em desvantagem socioeconómica na perceção da qualidade de vida, na sensibilidade e na cooperação, seria essencial explorar fatores preditores daquelas dimensões do funcionamento do adulto e dos cuidados (e.g., crenças culturais no cuidado de crianças órfãs, escolaridade, formação específica, rendimento mensal, dificuldades socioeconómicas).

6.5 Limitações

Os resultados globais da presente investigação são consistentes com a literatura no âmbito do impacto da institucionalização no desenvolvimento das crianças. Contudo, observaram-se algumas limitações a ter em consideração na interpretação dos resultados.

O presente estudo é transversal e o tamanho da amostra é reduzido. A generalização dos resultados deve ser feita com cautela.

Adicionalmente, importa mencionar que os instrumentos usados para avaliação do funcionamento cognitivo, emocional e comportamental das crianças, bem como para a avaliação do bem-estar psicológico dos prestadores de cuidados e dos pais de crianças da comunidade, não foram validados para o contexto moçambicano. Esse fato, pode afetar a fiabilidade dos resultados do presente estudo.

Informação sociodemográfica relativa à história pré-institucional da criança em acolhimento institucional revelou-se indisponível (e.g., o risco pré-natal, as histórias de abuso físico ou a saúde dos progenitores). Esse fato dificultou a identificação de outros preditores desenvolvimentais da criança.
Além disso, são necessários estudos adicionais com vista a explorar outros prováveis preditores das dimensões do funcionamento das crianças (e.g., influência de pares, dos maus-tratos na família e na instituição), bem como do funcionamento do adulto (crenças culturais no cuidado de crianças órfãs).

6.6 Implicações Clínicas

Apesar das limitações acima apontadas, os resultados da presente dissertação revelam-se úteis com implicações clínicas pertinentes a serem consideradas.

Primeiro, foram identificadas percentagens consideráveis de crianças com dificuldades desenvolvimentais, como, por exemplo, no funcionamento cognitivo, emocional e comportamental. Além disso, foram identificadas percentagens igualmente consideráveis de prestadores de cuidados que pontuaram acima do valor do corte na sintomatologia psicopatológica e que evidenciaram comportamentos pouco sensíveis e pouco cooperantes na interação com a criança. Adicionalmente, os prestadores de cuidados apresentaram uma baixa escolaridade e ausência de formação especifica, e o contexto institucional caracterizou-se por ser pouco consistente e individualizado.

A literatura demonstra que os problemas desenvolvimentais de crianças institucionalizadas persistem ao longo da infância, adolescência e idade adulta, podendo evoluir para psicopatologia quando não são tomadas medidas preventivas e remediativas (Groark & McCall, 2011; The St. Petersburg-USA Orphanage Rechearch Team, 2008). Por exemplo, foi verificada continuidade dos sintomas depressivos e de ansiedade ao longo da permanência da criança na instituição na Palestina (Thabet et al., 2017), bem como dos problemas de comportamentos na Índia (Datta et al., 2018). Além disso, tem sido identificado efeito negativo a longo prazo dos cuidados institucionais em crianças adotadas em famílias que providenciam cuidados de menor qualidade (e.g., Bick et al., 2015; Harlé & Noble, 2016; Merz et al., 2014). Por exemplo, crianças adotadas apresentaram dificuldades no desenvolvimento cerebral (Bick et al., 2015), alterações no desenvolvimento do córtex pré-frontal e das funções executivas (Harlé & Noble, 2016), bem como menos competências da autorregulação (Merz et al., 2014).

No entanto, programas de intervenção focados na melhoria da qualidade dos cuidados nas instituições de acolhimento, na família adotiva e no acolhimento familiar (e.g., , maior consistência e estabilidade nos cuidados e treino/formação dos cuidadores) parecem potenciar recuperação substancial do desenvolvimento global das crianças (Groark & McCall, 2011; Hawk et al., 2018; McCall, 2013; McCall et al., 2018; Muhamedrahimov et al., 2004; Wright et al., 2014), melhorando o senso de dignidade dos prestadores de cuidados (Wright et al., 2014). Além disso, parece evidente que o investimento em programas de reunificação familiar, adoção e acolhimento familiar conferem maior consistência nos cuidados e adaptação positiva às crianças quando comparados ao acolhimento institucional (Milligan et al., 2016; Save the Children, 2014). Efetivamente, a família e a comunidade constituem contextos primários mais favoráveis ao funcionamento adaptativo das crianças (Conselho de Minístros, 2015; Milligan et al., 2016; ROSC, 2016; Save the Children, 2014), o que torna pertinente privilegiar o acolhimento familiar, a adoção e a prevenção de separação e/ou abandono no seio familiar e comunitário. Ao nível do contexto moçambicano, evidências apontam para um número reduzido de crianças adotadas, em acolhimento familiar, bem como dificuldades na reunificação familiar (ROSC, 2016). Adicionalmente, o Estado destina menor orçamento aos programas de proteção da criança, por

exemplo, Programa de Ação Social Produtiva que abrange agregados familiares chefiados por mulheres, com crianças desnutridas e famílias de acolhimento em situação de pobreza (ROSC, 2016).

Tendo em consideração o acima exposto, sugere-se a implementação de serviços especializados (e.g., psicoterapia, assistência social permanente) para apoio à recuperação desenvolvimental das crianças e para a melhoria do bem-estar psicológico dos prestadores de cuidados. A avaliação inicial e contínua do estatuto desenvolvimental das crianças e do bem-estar dos prestadores de cuidados é, nestes contextos, necessária para a identificação das necessidades desenvolvimentais e de saúde mental e prevenção.

Sugere-se, ainda, a implementação de programas de intervenção integrados na melhoria da qualidade dos cuidados institucionais, que confiram: (i) estabilidade e consistência nos cuidados (i.e., redução do número de crianças por cuidador e da rotatividade do horário); (ii) treino/formação e supervisão dos prestadores de cuidados, com vista à promoção dos comportamentos responsivos na interação com a criança.

Além dos programas de intervenção focados no contexto institucional, perspetiva-se a necessidade contínua de implementação de programas de reunificação familiar, de adoção e do acolhimento familiar, tal como previsto no Decreto nº 33/2015 de 31 de dezembro. Adicionalmente, em articulação com as entidades governamentais e não governamentais sugere-se a implementação de programas de prevenção à institucionalização de crianças, junto de contextos familiares em risco, baseados numa equipa multidisciplinar. Tais programas devem visar a promoção das competências parentais com vista a reduzir casos de maus-tratos e abandono.

6.7 Conclusões

Globalmente, a presente investigação pretendeu contribuir para o conhecimento acerca do impacto do acolhimento institucional no desenvolvimento de crianças entre os 4 e os 6 anos de idade, da cidade Beira, em Moçambique. Mais especificamente, visou descrever múltiplos domínios do desenvolvimento das crianças em acolhimento institucional e da comunidade e caracterizar o seu ambiente de cuidados. Além disso, procurou identificar fatores do indivíduo e do ambiente familiar e institucional associados e preditores de dimensões do desenvolvimento das crianças em acolhimento institucional e da comunidade. Adicionalmente, esta investigação pretendeu comparar o desenvolvimento das crianças em acolhimento institucional e das crianças da comunidade, bem como comparar o bem-estar psicológico e a qualidade dos comportamentos interativos dos/as prestadores/as de cuidados institucionais e dos/as pais/mães das crianças da comunidade.

Com base na revisão da literatura efetuada, no que concerne às crianças institucionalizadadas, era esperado que dificuldades nos diferentes domínios do desenvolvimento da criança surgissem significativamente associadas e fossem preditas (1) por problemas de saúde e défices no crescimento físico, (2) pela exposição a experiências prévias adversas na família biológica, e (3) pela exposição a cuidados de menor qualidade na instituição e a menor bem-estar psicológico dos/as cuidadores/as.

Relativamente às crianças da comunidade, era esperado que dificuldades nos diferentes domínios do desenvolvimento da criança estariam significativamente associadas e fossem preditas por: (1) desvantagem socioeconómica, (2) comportamentos parentais menos sensíveis e menos cooperantes, e (3) menor bem-estar psicológico dos/as pais/mães.

Por fim, em termos de estudo comparativo, era esperado que as crianças em acolhimento institucional evidenciassem dificuldades mais acentuadas em múltiplos domínios do desenvolvimento do que as crianças da comunidade e que os/as cuidadores/as nas instituições exibissem comportamentos menos sensíveis e cooperantes em interação com a criança e menor bem-estar psicológico do que os/as pais/mães das crianças da comunidade.

Consistente com várias das evidências da literatura, resultados do presente estudo apontaram para a presença de dificuldades desenvolvimentais nas crianças institucionalizadas, indicando valores abaixo do esperado para a idade ao nível do comprimento/altura, funcionamento cognitivo, emocional e comportamental.

No que concerne aos preditores desenvolvimentais, os resultados do presente estudo parecem indicar um efeito diferencial, isto é, diferentes fatores do indivíduo e do ambiente associaram-se e explicaram diferentes áreas do desenvolvimento da criança de ambos contextos.

Tal como previsto e consistente com a literatura, crianças institucionalizadas apresentaram dificuldades acentuadas em comparação com seus pares da comunidade em famílias com desvantagem socioeconómica nos domínios cognitivo, emocional e comportamental. Em comparação com os/as pais/mães de crianças da comunidade em famílias com desvantagem socioeconómica, prestadores/as de cuidados institucionais exibiram comportamentos menos sensíveis e menos cooperantes em interação com a criança. Porém, evidenciaram uma perceção de melhor qualidade de vida em comparação aos seus pares da comunidade.

Em síntese, resultados do presente estudo confirmaram evidências da literatura sobre o impacto da institucionalização no desenvolvimento global da criança, especialmente quando consideradas as condições pré-institucionais adversas e a qualidade dos cuidados institucionais. Políticas públicas moçambicanas integradas no âmbito da proteção e promoção dos direitos da criança em situação de vulnerabilidade devem ser devidamente refletidas. Medidas preventivas e remediativas são necessárias

para a melhoria da qualidade dos cuidados institucionais e do funcionamento positivo de crianças, bem como dos/as prestadores de cuidados. A investigação tem evidenciado, de forma clara, a importância do acolhimento de natureza familiar de qualidade para o desenvolvimento das crianças privadas de cudiados da sua família de origem. Esta deverá ser uma linha a considerar nas decisões políticas em Moçambique.

Referências

Adesina, J. (2010). Re-Appropriating matrifocality: Endogeneity and african gender scholarship. *African Sociological Review*, *14*(1), 1–19. doi: 10.4314/asr.v14i1.70226

Aghassian, M., Augé, M., Grandian, N., Héritier, F., & Marie, A. (1975). *Os domínios do parentesco: Filiação, aliança matrimonial, residencia*. Lisboa, Portugal: Edições 70, Lda.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.

Allee-Herndon, K.A., & Roberts, S. K. (2019). Poverty, self-regulation and executive function, and learning in K-2 classrooms: a systematic literature review of current empirical research. *Journal of Research in Childhood Education, 33*(3), 345-362. https://doi.org/10.1080/02568543.2019.1613273

Almas, A. N., Degnan, K. A., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2016). IQ at age 12 following a history of institutional care: Findings from the Bucharest Early Intervention doi: 10.1037/dev0000167

Almas, A. N., Woodbury, M. R., Zeanah, C. H., Papp, L. J., Nelson, C. A., Fox, C. A. (2018). The impact of caregiving disruptions of previously institutionalized children on multiple outcomes in late childhood. *Child Development*, 1-14. doi: 10.1111/cdev.13169

Assembleia da República (1990). Resolução nº 19/90. *Boletim da República*, I Série., nº 42.

Bakermans-Kranenburg, M. J., Steele, H., Zeanah, C. H., Muhamedrahimov, R. J., Vorria, P., Dobrova-Krol, N. A, ... Gunnar, M. R. (2011). Attachment and emotional development in institutional care: Characteristics and catch up. *Monographs of The Society for Research in Child Development*, *76*(4), 62–91. doi: 10.1111/j.1540-5834.2011.00628

Banco Mundial. (2016). *Relatório anual de 2016 do Banco Anual.* Retrieved from worldbank.org/annualreport

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 248–287. doi: 10.1016/0749-5978(91)90022-L

Baptista, J. I. S. (2011). *Do acolhimento institucional para a familia adotiva: Implicações no desenvolvimento da criança* (Unpublished doctoral dissertation). Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Baptista, J., Belsky, J., Martins, C., Silva, J., Marques, S., Mesquita, A., & Soares, I. (2013). Social witdrawal behavior in institutionalized toddlers: individual, early family and institutional determinants. *Infant Mental Health Journal*, *34*(6), 562–573. doi: 10.1002/imhj.21416

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

Baptista, J., Mesquita, A., & Soares, I. (2015). Desenvolvimento das crianças em acolhimento institucional e impacto da qualidade dos cuidados relacionais. *Scientia Iuridica-Tomo*. Retrieved from http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/53868

Baptista, J., Silva, J. R., Marques, S., Martins, C., & Soares, J. (2018). Early maltreatment and current quality of relational care predict socioemotional problems among institutionalized infants and toddlers. *Infant Mental Health Journal*, *39*(6), 718–729. doi: 10.1002/imhj.21741

Bater, L., R., & Jordan, S. S. (2017). Child routines and self-regulation serially mediate parenting practices and externalizing problems in preschool children. *Child Youth Care Forum, 46*(2) , 243–259. doi: 10.1007/s10566-0169377-7

Bauer, C. R., Lambert, B. L., Bann, C. M., Lester, B. M., Shankaran, S., Bada, H. S., ... Higgins, R. D. (2011). Long-term impact of maternal substance use during pregnancy and extrauterine environmental adversity: Stress hormone levels of preadolescent children. *Pediatric Research*, *70*(2), 213–219. doi: 0031-3998/11/7002-0213

Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, & Sonuga-Barke, E. (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Child Development*, *77*(3), 696–711.

Belsky, J. (1978). Three theoretical models of child abuse: A critical review. *IChild Abuse & Neglect, 2*(1), 37–49. 10.1016/0145-2134(78)90005-4

Belsky, J., & Jaffee, S. R. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 38–85). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.

Bettmann, J. E., Mortensen, J. M., Akuoko, K. O., & Tatum, C. A.,(2016). Orphanage staff's perceptions of children's psycho-social needs. *Children and Society*, *31*(1), 37–49. doi: 10.1111/chso.12164

Bick, J. B., Zhu, T., Stamoulis, C., Fox, N. A., Zeanah, C., & Nelson, C. A. (2015). A randomized clinical trial of foster care as an intervention for early institutionalization: long term improvements in white metter microstructure. *JAMA Pediatr*, *169*(3), 211-219. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.3212

Bick, J., Fox, N., Zeanah, C., & Nelson, C. A. (2017). Early deprivation, atypical brain development, and internalizing symptoms in late childhood. *Neuroscience, 7*(342), 140-153. doi: 10.1016/j.neuroscience.2015.09.026

Birmingham, R. S., Bub, K. L., & Vaughn, B. E. (2017). Parenting in infancy and self- regulation in preschool: An investigation of the role of attachment history. *Attachment & Human Development*, *19*(2), 107–129. doi: 1080/14616734.2016.1259335

Boris, N. W. (2009). Parental substance abuse. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 171–179). New York, NY, US: The Guilford Press.

Boutwell, B. B., & Beaver, K. M. (2010). Maternal cigarette smoking during pregnancy and offspring externalizing behavioral problems: a propensity score matching analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *7*(1), 146–163. doi: 10.3390/ijerph7010146

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachmen*t. New York, NY, US: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York, NY, US: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. New York, NY, US: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY, US: Basic Books.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology oh human development: Experiments by nature and design.* Cambridge, Mass, US: Harvard University Press.

Buil, J. M., Koot, H. M., & van Lier, P. A. C. (2019). Sex differences and parallels in the development of externalizing behaviours in childhood: boys' and girls' susceptibility to social preference among peers. *European Journal of Developmental Psychology*, *16*(2), 167-182, doi: 10.1080/17405629.2017.1360178

Burstein, M., Ginburg, G. S., & Tein, J. Y. (2010). Parental anxiety and child symptomatology: an examination of additive and interactive effects of parent psychopathology. *Journal of Abnormal Child*

Psychology, 38(7), 897-909. http://dx.doi.org/10.10007/s10802-010-9455-5

Blair, C., & Raver, C. C. (2016). Poverty, Stress, and brain development: new directions for prevention and intervention. *Acad Pediatr*, *16*(3), S30–S36. doi: 10.1016/j.acap.2016.01.010

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.

Carlson, S. M. (2005). Developmental sensitive measures of executive function in preschool children. *Developmental Neuropsychology*, *28*(2), 595-616. https//doi.org/10.1207/S15326942dn2802-3

Cataldo, I., Azhari, A., Coppola, A., Bornstein, M. H., & Esposito, G. (2019). The influence of drog abuse on mother-infant interaction trough the tens of the biopsychosocial model of health and iilness: A review. *Frontiers in Public Health*, *7*(45), 1–8. doi: 10.3389/fpudh.2019.00045

Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2003). Inserção ecológica na comunidade: Uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *16*(3), 515–524. doi: 10.1590/S0102-79722003000300010

Chaves, C. M. P., Lima, F. E. T., Mendonça, L. B. A., Custodio, I. L., & Matias, E. O. (2013). Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *66*(5), 668–674. doi: 10.1590/S0034-71672013000500005

Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti, D. J., & Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and Method* (pp. 1–23). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failue of the avarege expectable environment and its influence on chil development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 129–201). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.

Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annual Review of Psychology*, *67*, 187–211. doi: 10.1146/annurev-psych-122414-033259

Claret, L. (2008). *The Psychological well-being among institutionalized orphans and vulnerable children in Maputo*. Stockholm, Sweden: Stockholms Universitet, Psykologiska Instutionen.

Coley, R. L., Lynch, A. D., & Kull, M. (2015). Early exposure to environmental chaos and children`s physical and mental health. *Early Chid Res Q,* 32, 94-104. doi: 10.1016/j.ecresq.2015.03.001

Colleyn, J. P. (1998). *Elementos de Antropologia Social e Cultural* (1st ed.). Lisboa, Portugal: Edições 70, Lda.

Conselho de Ministros (2015). Decreto nº 33/2015. *Boletim da República,* I série. nº 104.

Corval, R., Belsky, J., Baptista, J., Oliveira, P., Mesquita, A., & Soares, I. (2017). Inhibited attachment disordered behavior in institutionalized preschool children: links with early and current relational experiences. *Attachment & Human Development.* doi: 10.1080/14616734.2017.1342172

Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2006). Developmental Psychopathology from family systems and family risk factos perspectives: Implications for family research. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (pp. 530–587). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.

Cruz, E. J. S., Dias, G. B., & Pedroso, J. S. (2015). Estudo do "Ages and Stages Questionnaires" com cuidadores de crianças institucionalizadas. *Psico-USF*, *19*(3), 411–420. doi: 10.1590/1413-82712014019003004

Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Development and Psychopathology, 22*(1), 87–108. doi: 10.1017/S0954579409990289

Chen, J. J. (2010). Gender differences in externalising problems among preschool children: implications for early childhood educators. *Early Child Development and Care* , *180*(4), 463-474.

https://doi.org/10.1080/03004430802041011

Child Welfare Information Gateway. (2019). *Long-term consequences of child abuse and neglect*. Washington DC. US. Departament of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children Bureau. Retrived from https://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/long-terms-consequences/.

Dahake, P. T., Kale, Y., Dadpe, M., Kandre, S., Shep, S., Dhore, S., ...Latur. (2018). Impact of child abuse and neglect on children: a review article. *MIDSR Journal of Dental Research*, *1*(1), 36-49. Retrived from https://www.researchgate.net/publication/328382429

Datta, P., Granguly, S., & Roy, B. N. (2018). The prevalence of behavioral desorders among children under parental care and out of parental care: A comparative study in India. *International Journal of Peddiatrics and Adolescent Medicine*, *5*(4), 145–151. doi: 10.1016/j.ijpam.2018.12.001

Davies, P. T., & Cummings, M. (2006). Interparental discord, family process, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 86–128). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.

Deater-Deckard, K., & Dodge, K. A. (2009). Externalizing behavior problems and discipline revisited: nonlinear effects and variation by culture, context, and gender. *Psychological Inquiry*, *8*(3), 161-175. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0803_1

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine, 13*, 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017

Dobrova-Krol, N. A, van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Cyr, C., & Juffer, F. (2008). Physical growth delays and stress dysregulation in stunted and non-stunted Ukrainian institution-reared children. *Infant Behavior and Development*, *31*(3), 539–553. doi: 10.1016/j.infbeh.2008.04.001

Dobrova-Krol, N. A, Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2010). The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(12), 1368–1376. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02243. x

Dobrova-Krol, N. A., Steele, M., van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., & Gunnar, M. R. (2011). Attachment and emotional development in institutional care: characteristics and catch up. *Monographs of The Society for Research in Child Development*, *76*(4), 62–91.

Doyle, C., & Cicchetti, D. (2017). From the cradle to the grave: The effect of adverse caregiving environments on attachment and relationships throughout the lifespan. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *24(2)*, 203–217. doi: 10.1111/cpsp.12192

Engle, P. L., & Black, M. M. (2008). The effect of poverty on child development and educational outcome. *Annuals of the New York Academy of Sciences*, *1136*, 243–256. oi: 10.1196/annals.1425.023

Ertekin, Z. (2014). *The effects of care types and temperament on self-concept and self- regulation skills of children under care of social services* (Master thesis). Retrieved from http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12617896/index.pdf

Espírito-Santo, H., & Daniel, F. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do p < 0,05 na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *1*(1), 3–16.

Evans, G. W., & Kim, P. (2013). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Development Perspectives*, *7*(1), 43–48. doi: 10.1111/cdep.12013

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Ford, N. D., & Stein, A. D. (2017). Risk factors affecting child cognitive development: a summary of nutrition, environment, and maternal-child interaction indicators for sub-Saharan Africa. *J Dev Orig Health Dis, 7*(2), 197–217. doi:10.1017/S2040174415001427

Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, M. F. (2005). *Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)* [Strengths and Difficulties Questionnaire —Portuguese version]. Retrieved from www.sdqinfo.org

Freud, A. (1970). The concept of the rejecting mother. In E. J. Anthony &T. Benedek (Eds.), *Parenthood: Its psychology and psychopathology* (pp. 376–386). Boston, US: Little Brown.

Gelles, R. J. (1973).Child abuse as psychopathology: A sociological critique and reformulation. *American Journal of Orthopsychiatry*,*43*(4),611–621. doi: 0.1111/j.1939-0025.1973.tb00830.x

Gelles, R. J. (1975). The social construction of child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, *45*(3), 363-371.

Gernaat, H. B. P. E.., Dechering, W. H. J. C., & Voorhoeve, H. W. A. (1996). Physical growth of children under five years of age in Nchelenge, Zambia: results from a district survey. *International Journal of Educational Development*, *11*(2), 129-134. https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-8644(199608)100:4<473::AID-AJPA3>3.0.CO;2-S

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, *38*(5), 581–586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

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, S., & Brand, S. R. (2009). Infants of depressed mother: Vulnerabilities, risk factors, and protective factors for the later development of psychopathology. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 153–169). New York: The Guilford Press.

Groark, C. J., Muhamedrahimov., R. J., Palmov, O. I., Nikiforova, N. V., & McCall, R. B. (2009). Improvements in early care in russian orphanages and their relationship to observed behaviors. *Infant Mental Health Journal*, *26*(2), 96–109. doi: 10.1002/imhj.20041

Groark, C. J., & McCall, R. B. (2011). Implementing changes in institutions to improve young children's development. *Infant Mental Health Journal*, *32*(5), 509–525. doi: 10.1002/imhj.20310

Gross, E. L. (2004). *Tests de 4 a 6 años*. LIBSA, Madrid.

Hair, N. L., Hanson, J. L., Wolfe, B. L., & Pollak, S. D. (2015). Association of child poverty, brain development, and academic achievemen. *JAMA Pediatr*, *169*(9), 822-829. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.1475

Harlé, K. M., & Noble, K G. (2016). Executive function in previously institutionalized children. *Child Development Perspectives*, 1-6. doi: 10.1111/cdep.12170

Hawk, B. N., & McCall, R. B. (2011). Specific extreme behaviors of postinstitutionalized Russian adoptees. *Developmental Psychology*, *47*(3), 732–738. doi: 10.1037/a0021108

Hawk, B. N., McCall, R. B., Groark, C. J., Muhamedrahimov, R. J., Palmov, O. I., & Nikiforova, N. V. (2018). Caregiver sensitivity and consistency and children´s prior family experience as contexts for early development within institutions. *Infant Mental Health Journal*, *39*(4), 432–448. doi: 10.1002/imhj.21721

Hayden, E. P., & Mash, E. J. (2014). Child psychopathology: A developmental-systems perspective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 3–72). New York, NY, US: The Guilford Press.

Hearst M. O., Himes J. H., The Spoon Foundation, Johnson D. E., Kroupina M., Syzdykova A.,...Sharmonov, T. (2014). Growth, nutritional, and developmental status of young children living in orphanages in Kazakhstan. *Infant Ment. Health J, 35*(2), 94–101. https://doi.org/10.1002/imhj.21430

Hermenau, K., Hecker, T., Elbert, T., & Ruf-Leuschner, M. (2014). Maltreatment and mental health in institutional care-comparing early and late institutionalized children in Tanzania. *Infant Mental Health Journal*, *35*(2), 102–110. doi: 10.1002/imhj.21440

Hrbackova, K., & Safrankova, A. P. (2016). Self-Regulation of behaviour in children and adolescents in the natural and institutional environment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *217*, 679 – 687. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.119

Humphreys, K. L., Miran, D., McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2018). Foster care promotes adaptative functioning in early adolescence among children who experienced severe early deprivation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 59*(7), 811-821. https://doi.org/10.1111/jcpp.12865

Instituto Nacional de Estatística (2007). *III Recenseamento Geral da População e Habitação 2007: Indicadores socio-demográficos distritais-provincia de Sofala.* Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2010). *Rendimento e Condições de Vida 2004-2009: Informação à comunicação social*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas de Violência Doméstica - 2014-2016*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Censos 2017: IV Recenseamento geral da população e habitação*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Izard, C. E., Youngstrom, E. A., Fine, S. E., Mostrow, A. J., & Trentacosta, C. J. (2006). Emotions and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Theory and Method* (pp. 244–292). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.

Jackson, M. (2017). Effects of poverty and health on children's cognitive development. *Focus, 33*(2), 1-3. Retrieved from https://www.irp.wisc.edu/publications/focus/pdfs/foc332f2.pdf

Jonhson, D. (2000). The impact of orphanage rearing on growth and development. In C.A. Nelson (E.d.), *Minnesta symposia on child development: The effects of adversity on neurobehavioral development* (Vol. 31, pp. 113-162). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Johnson, D. E., & Gunnar, M. R. (2011). Growth failure in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *76*(4), 92–126. doi: 10.1111/j.1540-5834.2011.00629.x

Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(3), 183–207. doi: 10.1023/A:1017592030434

Johnston, E. B. (2015). Orphan's Hope: An evaluation of residencial orphan care in Malawi Africa. *Selected Honor's These*s, 27.

José, Z. B. (2016). Das práticas culturais à violência contra as mulheres em Moçambique. Publicatio *UEPG Ciências Socias Aplicadas, 24*(2), 225–240. doi: 10.5212/PublicatioCi.Soc.v.24i2.0009

Juffer, F., van Ijzendoorn, H. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2017). Structural neglect in orphanages: Physical growth, cognition, and daily life of young institutionalized children in India. In A. V. Rus, S. R. Parris, E. & Stativa (Eds.), *Child Maltreatment in Residential Care: History, Research, and Current Practice* (pp. 301-321). Switzerland: Springer International Publishing.

Katsurada, E., Tanimukai, M., & Akazawa, J. (2017). A study of associations among attachment patterns, maltreatment, and behavior problem in institutionalized children in Japan. *Child Abuse & Neglect*, *70*, 274–282. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.06.018

Kaur, R., Vinnakota, A., Panigrahi, S., & Manasa, R. V. (2018). A descriptive study on behavioral and emotional problrms in orphans and other vulnerable children staying in institutional homes. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *40*(2), 161–168. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_316_17

Kayira, T. (2016). Fundamentals for effective monitoring of child-care institutions. *Commonwealth Law Bulletin*, *42*, 105–124. doi: 10.1080/03050718.2016.1143380

Kennedy, M., Kreppner, J., Knights, N., Kumsta, R., Maughan, B., Golm, D., ...Sonuga-Barke, E. J. S. (2016). Early severe institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention deficit/hiperativity disorder: clinical presentation, developmental continuities and life circumstances

in the English and Romanian Adopteers Study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *57*(10), 1113-1125. https://doi.org/10.1111/jcpp.12576

Kneitzer, J., & Perry, D. R. (2009). Poverty and infant and toddler development: Facing the complex challenges. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 135–150). New York, NY, US: The Guilford Press.

Kim, D. J., Davis, E. P., Sandman, C. A., Glynn, L., Sporns, O., O´Donnell, B. F., Hetrick, W. P. (2019). Childhood poverty and the organization of structural brain connectome. *Neuro Image, 184*(1), 409-416. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.09.041

Kochanska, G., Murray, K. T., & Coy, K. C. (1997). Inhibitory control as a contributor to conscience in childhood: from toddler to early school age. *Child Development*, *68*(2), 263–277.

Kochanska, G., Murray, K. T., & Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, *36*(2), 220–232. doi: 10.1037//0012-1649.36.2.220

Kochanska, G., & Kim, S. (2014). A complex interplay among the parent-child relationship, effortful control, and internalized, rule-compatible conduct in young children: evidence from two studies. *Developmental Psychology*, *50*(1), 8–21. doi: 10.1037/a0032330

Lam, K., Guo, Y., Wong, H., Yu, T., & Fung, C. (2017). Poverty and health-related quality of life of people living in Hong Kong: Comparison of individuals from low-income families and the general population. *Journal of Publica Health*, *39*(2), 258–265. doi: 10.1093/pubmed/fdwo46

Legare, C. H., Dale, M T., Kim, S. Y., & Deák, G. O. (2018). Cultural variation in cognitive flexibility reveals diversity in the development of executive functions. *Scientific Reports*, (8)16326, 1-14. doi:10.1038/s41598-018-34756-2

Leite, F. (1995/1996). Valores civilizatórios em sociedades negro-africanas. *África: Revista do Centro de Estudos Africanos, CESP*, *18–19*(1), 103–118.

Lester, B. M., & Padbury, J. F. (2009). Third pathophysiology of prenatal cocaine exposure. *Developmental Neuroscience*, *31*(1-2), 23–35. doi: 10.1159/000207491

Lever, J. P., Pinol, N. L., & Uralde, J. H. (2005). Poverty, psychological resources and subjective well-being. *Social Indicators Research*, *73*(3), 375–408. doi: 10.1007/s11205-004-1072-7

Liew, J. (2012). Effortful control executive function, and education: Bringing self- regulatory and social-emotional competencies to the table. *Child Development Perspectives*, *6*(2), 105–111. doi: 10.1111/j.1750-8606.2011.00196.x

Lima, A. F. S. O. (2004). *Pré-escola e alfabetização: uma proposta baseada em P. Freire e J. Piaget*. 16ª ed. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro.

Lin, B., Liew, J., & Perez, M. (2019). Measurement of self-regulation in early childhood: relation between laboratory and performance-based measures of effortful control and executive functioning. *Early Childhood Research Quarterly*, *47*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.10.004

Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T. B., Rodriguez, A., ... Jervelin, M. R. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*, *160*(6), 1028–1040.

Luby, J., Belben, A., Botteron, K., Marreus, N., Harms, M. P., Babb, C., ... Barch, D. (2013). The effects of poverty on childhood brain development: The mediating effect of caregiving and stressful life events. *JAMA Pediatrics*, *167*(12), 1135–1142. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.3139

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543–562. doi: 10.1111/1467-8624.00164

Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 739–797). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and*

Psychopathology, *15*(4), 853–884.

Maciel, C. M. A. (2015). Mulher, esposa, doméstica, mãe, educadora: Subsídios para uma reflexão sobre os provérbios moçambicanos no contexto escolar. *Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB*, *39*, 63–72.

Maguire, L. K., Niens, U., McCann, M., & Connolly, P. (2016). Emotional development among early school-age children: gender differences in the role of problem behaviours. *Educational Psychology*, *36*(8), 1408-1428. doi: 10.1080/01443410.2015.1034090

Magnuson, K. (2013). Reducing the effects of poverty through early childhood interventions. *Institute for Research on Poverty - Fast Focus*, 17-2013, 1–6.

Marceau, K., Rolan, E., Leve, L. D., Ganiban, J. M., Reiss, D., Shaw, D. S., ... Neiderhiser, M. (2019). Parenting and prenatal risk as moderators of genetic influences on conduct problem during middle childhood. *Developmental Psychology, 55(*6), 1164-1181. doi: 10.1037/deve0000701

Marques, T. S. M. (2012). *Psysical growth, mental development and neuro-endocrine functioning in portuguese institutionalized children: a longitudinal study* (Doctoral dissertation). Retrieved from http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/22899

Marrone, M. (2014). *Attachment and interaction: From Bowlby to current clinical theory and practice* (2nd ed). London, England: Jessica Kingsley Publishers.

Martinez, S., Naudeau, S., & Pereira, V. (2017). *Preschool and child development under extreme poverty: Evidence from a randomized experiment in rural Mozambique* (No. 8290). Retrieved from http://documents.worldbank.org/curated/en/756171513961080112/pdf/WPS8290.pdf

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga, Portugal: Psiquilíbrios Edições.

Mash, E. J., & Dozois, D. J. A. (2003). Child psychopathology: A developmental-systems perspective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 3–71). New York, NY, US: The Guilford Press.

Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosh, F. A. (2007). Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotional regulation and socioemotional difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*, 685–703. doi: 10.1007/s10802-9129-0

Mayes, L. C., & Suchman, N. E. (2006). Developmental pathways to substance abuse. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (eds.), *Developmental psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation* (pp. 599–619). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.

McCall, R. B. (2013). Review: The consequences of early institutionalization: Can institutions be improved? - Should they?. *Child and Adolescent Mental Health*, *18*(4), 193–201. doi: 10.1111/camh.12025

McCall, R. B., Groark, C. J., Fish, L., Muhamedrahimov, R. J., Palmov, O. I., & Nikiforoya, N. V. (2013). Maintaining a social-emotional intervention and its benefits for institutionalized children. *Child Development*, *84*(5), 1734–1749. doi: 10.1111/cdev.12098

McCall, R. B., & Groark, C. J. (2015). Research on institutionalized children: implications for international child welfare practitioners and policymakers. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation, 4*(2), 142-159. doi: 10.1037/ipp0000033

McCall, R. B., Groark, C. J., Hawk, B. N., Julian, M. M., Merz, E., Rosas, J. M., ... Nikiforova, N. V. (2018). Early caregiver-child interaction and children´s development: Lessons from the St. Petersburg-USA Orphanage Intervention Research Project. *Clinical Child and Family Pschology Review, 22*(2), 208-224. doi: 10.1007/s10567-018- 0270-9

McClelland, M. M., & Cameron, C. E. (2011). Self-regulation and academic achievement in elementary school children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *133*, 29–44. doi: 10.1002/cd.302

Merz, E. C., McCall, R. B., & Groza, V. (2013). Parent-reported executive functioning in post-institutionalized children: A follow-up study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*,

42(5), 726–733. doi: 10.1080/15374416.2013.764826

Merz, E. C., McCall, R. B., Wright, A. J., & Luna, B. (2013). Inhibitory control and working memory in post-institutionalized children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(6), 879–890. doi: 10.1007/s10802-013-9737-9

Merz, E. C., Harlé, K. M., Noble, K. G., & McCall, R. B. (2016). Executive function in previously institutionalized children. *Child Development Perspectives*, *10*(2), 105-110. doi: 10.1111/cdep.12170

Messick, S. (1983). Assessment of children. In P. H. Mussen (Series Ed.) & W. Kessen (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. History, theory, and methods* (pp. 477–526). New York, NY, US: Wiley.

Milligan, I., Withington, R., Connelly, G., & Gale, C. (2017). *Alternative Child Care and Deinstitutionalisation in Sub-Saharan Africa: Findings of a Desk Review*. Retrieved from https://strathprints.strath.ac.uk/61137/

Ministério da Mulher e da Acção Social (2010). Diploma Ministerial nº 278/2010. Aprova o Regulamento dos Infantários e Centros de Acolhimento à Criança em Situação Difícil. Maputo, Moçambique: *Boletim da República*, I série, nº 52.

Ministério da Mulher e da Acção Social (2012a). Diploma Ministerial nº 35/2012. *Boletim da República,* I série nº 13, 179-190.

Ministério da Mulher e da Acção Social. (2012b). *Plano Nacional de Ação para Crianças (2013-2019): A criança em primeiro lugar*. Retrieved from https://pt.scribd.com/document/260495562/Plano-de-Accao-Para-a-Crianca-2013-2019-PNAC-II-MMAS

Ministério da Saúde. (2012). *Caderno de educação básica: Saúde da criança, crescimento e desenvolvimento.* http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf

Montroy, J. J., Bowles, R. P., & Skibbe, L. E. (2016). The effect of peer's self-regulation on Preschoolers: self-regulation and literacy growth. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *46*, 73–83. doi: 10.1016/jappdv.09.001

Moraes, P., M. & Dias, C. M. S. B. (2015). A Teoria bioecológica na pesquisa de famílias com crianças obesas. *Investigação Qualitativa Em Saúde, 1*, 69-74.

Morretti, M. M., & Craig, S. G. (2013). Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescent to early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *37*(1), 4–13. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.09.015

Mourão, C. A. Jr., & Melo, L. B. R. (2011). Integração de três conceitos: Função executiva, memória de trabalho e aprendizado. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *27*(3), 309–314. doi: 10.1590/S0102-37722011000300006

Muhamedrahimov, R. J., Palmov, O. I., Nikiforoya, N. V, Groark, C. J., & McCall, R. B. (2004). Intitution-based early intervention program. *Infant Mental Health Journal*, *25*(5), 488–501. doi: 10.1002/imhj.20021

Muhamedrahimov, R. J., Agarkova, V. A., Vershnina, E. A., Palmov, O. I., Nikiforova, N. V, McCall, R. B., & Groark, C. J. (2014). Behavior problems in children transffered from a socioemotionally depriving institution to St. Petersburg (Russian Federetion) families. *Intant Mental Health Journal*, *35*(2), 111–122. doi: 10.1002/imhj.21435

Muir, D. (1999). Teorias e métodos em psicologia de desenvolvimento. In A. Slater & D. Muir (Eds.), *Psicologia do desenvolvimento* (pp. 17–33). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.

Mwamwenda, T. (2004). *Psicologia Educacional: Uma perspectiva africana*. 1ª ed. Texto Editores, Maputo.

Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2014). *Romanian abandoned children: Deprivation, brain development, and the struggle for recovery*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.

Nix, C. M., & Ansertmet, E. (2009). Prematurity, risk factors, and protective factors. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 180–197). New York, NY, US: The Guilford Press.

Noltemeyer, A. L., & Bush, K. R. (2013). Adversity and resilience: A synthesis of international research. *School Psychology International*, *34*(5), 474–487. doi: 10.1177/0143034312472758

Nomura, Y., Marks, D. J., & Halperin, J. M. (2010). Prenatal exposure to maternal and paternal smoking on attention deficit hyperactivity disorders symptoms and diagnosis in offspring. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(9), 672–678. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181ef3489

Nsabimana, E. (2016). *The process of institutionalization-desinstitutionalization and children´s psychological adjustiment in Rwanda: parents matter* (Doctoral thesis). Retrieved from http://doc.rero.ch/record/277623

Nyamutinga, D., & Kang'ethe, S. M. (2015). Exploring the appropriateness of institutionalized care of orphans and vulnerable children (OCVs) in the era of HIV-IDS: Examples from South Africa and Botswana. *Journal of Human Ecology*, *19*(1–2), 63–69.

Osório, C., & Macuácua, E. (2013). *Os ritos de iniciação no contexto actual: Ajustamentos, rupturas e confrontos construindo identidades de género*. Maputo, Moçambique: WLSA Moçambique.

Palacios-Barrios, E. E., & Hanson, J. L. (2019). Poverty and self-regulation: connecting psychosocial processes, neurobiology, and the risck for psychopathology. *Comprehensive Psychiatry, 90*, 52-64. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.12.012

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *Human Development* (11th ed). New York, NY, US: McGraw-Hill Education.

Park, J., Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (2002). Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities. *Exceptional Children*, *68*(2), 151–170. doi: 10//77/001440290206800201

Pecora, G., Sette, S., Baumgartner, E., Laghi, F., & Spinrad, T. L. (2016). The moderating role of internalizing negative emotionality in the relation of self-regulation to social adjustment in Italian preschool-age children. *Cognitive and Emotion*, *30*(8), 1512–1520. doi: 10.1080/02699931.2015.1074547

Pereira, M., Soares, I., Esteves, C., & Dias, P. (2007). *Protocolo de avaliação e caracterização de instituições que acolhem crianças*. Unpublished manuscript, Universidade do Minho, Braga, Portugal, & Universidade Catótica Portuguesa, Porto, Portugal.

Pereira, M. M. A. (2008). *Desenvolvimento de Crianças em Centros de Acolhimento Temporário e Relação com os Cuidadores* (Master thesis). Retrieved from http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8078

Pereira, M., Soares, I., Dias, P., Silva, J., Marques, S., & Baptista, J. (2010). Desenvolvimento, psicopatologia e apego: Estudo exploratório com crianças institucionalizadas e suas cuidadoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *23*(2), 222–231. doi: 10.1590/S0102-79722010000200004

Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da Versão em Português Europeu do Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, *9*(2), 109–123. doi: 10.14417/lp.627

Piaget, J. (1959). *The Language and thought of the child: Selected works* (3rd ed). New York, NY, US: Routledge.

Piaget, J. (1999). *Seis estudos de Psicologia* (24ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Forense Universitária.

Pinheiro, A. M. F. P. (2011). *O crescimento físico e o desenvolvimento mental de crianças. institucionalizadas: o impacto do temperamento e da qualidade dos cuidados numa perspetiva longitudinal* (Master thesis). Retrieved from http://repositorium.sdum.uminho.pt/browse?type=author&value=Pinheiro%2C+Ana+Manuela+Fonseca+Pires

Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associados. *Análise Psicológica*, *4*(27), 509–521.

Porreca, A., Biringen, Z., Parolin, M., Saunders, H., Ballarotto, G., & Simonelli, A. (2018). Emotional availability, neuropsychological functioning, and psychopathology: the context of parental substance use disorder. *BioMed Research International*, 5359037. doi: 10.1155/2018/5359037

Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-159). Amsterdam, the Nethelands: IOS Press.

Psychologiou, L., Moberly, N. J., Perry, E. Nath S., Kallitsoglon, A., & Russel, G. (2017). Parental depressitive symptoms, childrens emotional and behavioral problems, and parents expressed emotion-critical and positive comments. PLOS ONE, *12*(10), e0183546. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183546

Rakhlin, N., Doyle, N., Koposov, R., Ruchkin, V., Tan, M., Hein, S., ... Grigorenko, E. L. (2017). Sources of heterogeneity in developmental outcomes of children with past and current experiences of institutionalization in Russia: A four-group comparison. *American Journal of Orthopsychiatry*, *87*(3), 242–255. doi: 10.1037/ort0000146

Ralli, A., Melpomeni, S., & Alexandra, T. (2017). Language and psychosocial skills of institutionalized children in Greece. *The Open Family Studies Journal*, *9*, 76–87. doi: 10.2174/1874922401709010076

Raven, J., Raven, J., & Court, H. (2009). *CPM-P, Matrizes Progressivas Coloridas (forma paralela)*. Lisboa, Portugal: Cegoc. TEA.

Riley-Behringer, M. E. (2015). *Effects of prenatal risk and early life care on behavioral problems, self-regulation, and modulation of physiological stress response in 6 to 7 years-old Children of intercountry adoption* (Doctoral dissertation). Retrieved from https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=case1427990709&disposition=inline

ROSC. (2016). *Implementação da concenção dos direitos da criança em Moçambique: Uma análise dos progessos e desafios 2010-2016*. Retrieved from www.rosc.org.mz/index.php/.../329-rosc-analise-a-implementacao-da-cdc-2010-2016

Rosenblum, K. L., Dayton, C. J., & Muzik, M. (2009). Infant social and emotional development: Emerging competence in a relational context. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 80–103). New York, NY, US: The Guilford Press.

Routray, S., Mahalary, N., & Paul, R. (2015). Effect of maternal deprivation on child development: a comparative study between orphanage and urban slum children in Odisha. *International Journal of Bioassays, 4*(3), 3701-3703.

Save the Children. (2010). *Plano nacional de ação para crianças órfãs e vulneráveis*. Retrieved from https://resourcecentre.savethechildren.net/node/3191/pdf/3192_0.pdf

Save the Children. (2013). *Child protection strategy 2013-2015: Making the world a safe place for children*. Retrieved from https://www.savethechildren.net/sites/default/files/cp_strategy_final_web_email1.pdf

Save the Children. (2014). *Institutional care: The last resort*. Retrived from https://resourcecentre.savethechildren.net/library/institutional-care-last-resort-policy-brief-2014

Schechter, D. S., & Willheim, E. (2009). The effects of violent experiences on infant and young children. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 197–213). New York, NY, US: The Guilford Press.

Serafina, F. C., & Vargas, L. A. (2006). Cultural diversity in the developmental of child psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (pp. 588–626). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.

Sherr, L., Roberts, K. J., & Gandhi, N. (2017). Child violence experiences in institutionalised/orphanage care. *Psychology, Health & Medicine*, *22*(1), 31–57. doi: 10.1080/13548506.2016.127195

Siqueira, A., & Dell'Aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: Uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, *18*(1), 71–80. doi: 10.1590/S0102-

71822006000100010

Smyke, A., Koga, S. F., Johnson, D. E., A, F., Marshall, P. J., Nelson, C. A., ... Group, T. B. C. (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. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01694.x

Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Gleason, M. M., Drury, S. S., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2012). A randomized controlled trail comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 508–5014.

Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho(a)*. Braga, Portugal: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Soares, I., Silva, J., Marques, S., Baptista, J., & Oliveira, A. (2010). Uma perspetiva desenvolvimental sobre o impacto da institucionalização e da adopção em crianças. In C. Machado (Ed.), *Novas abordagens à vitimação criminal*. Braga, Portugal: Psiquilibrios.

Sonuga-Barke, S. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., ...Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow.up of the longitudinal English and Romanian Adoptees Study. *The Lancet*, *389*(10078), 1539-1548. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30045-4

Stein, A., Desmond, C., Garbarino, J., Van IJzendoorn, M. H., Barbarin, O., Black, M. M., ... Richter, L. M. (2014). Predicting long-term outcomes for children affected by HIV and AIDS: Perspectives from the scientific study of children's development. *AIDS*, *3*, S261–S268. doi: 10.1097/QAD.0000000000000328

Tibu, F., Humphreys, K., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2014). Psychopatology in young children in two types of foster care: Following institutional rearing. *Infant Mental Health Journal*, *35*(2), 123–131. doi: 10.1002/imhj.21428

Tottenham, N. (2012). Risk and developmental heterogeneity in previously-institutionalized children. *Journal of Adolescent Health*, *51*(2), 29–33. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.04.004

Tougas, M. E., Hayden, J. A., McGrath, P. J., Huguet, A., & Rozario, S. (2015). A systematic review exploring the social cognitive theory of self-regulation as a framework for chronic health condition interventions. *Plos One*, *10*(8), 1–19. doi: 10.1371/jornal.pone.0134977

Thabet, A. A. M., Elhelou, M. W., & Vostais, P. (2017). Prevalence of PTSD, depression, and anxiety among orphaned children in the Gaza Strip. *EC Paediatrics*, *5*(6), 159–169.

The St. Petersburg–U.S.A Orphange Research Team. (2008). The effects of early social emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *73*(3), 1–262. doi: 10.1111/j.1540-5834.2008.00483.x.

Tran, N. K., van Berkel, S. R., van IJendoorn, M. H., & Alink, L. R. (2017). The association between child maltreatment and emotional, cognitive, and physical health functioning in Vietnam. *BMC Public Health, 17*(33), 1-13. doi: 10.1186/s12889-017-4258-z

Troller-Renfree, S., Zeanah, C., Nelson, c., & Fox, N. (2018). Neural and cognitive factors influencing the emergence of psychopathology: Insights from the Bucharest Early Intervention Project. *Child Development Perspectives*, *12*(1), 28-33. doi: 10.1111/cdep.12251

Ucembe, S. (2015). *Institutionalization of children in Kenya: A child rights Perspective - Does institutionalization of children in Kenya neglect a child rights based approach?* Retrieved from https://bettercarenetwork.org/library/the-continuum-of-care/residential-care/institutionalization-of-children-in-kenya-a-child-rights-perspective-does-institutionalization-of

UNESCO. (2017). UNESCO Moçambique: *Relatório anual 2016*. Retrieved from https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260351_por

United Nations Development Programme. (2018). *Human development indices and indicators: 2018*

statistical update. Retrieved from http://hdr.undp.org/en/content/human-development-indices-indicators-2018-statistical-update

UNICEF. (2011). *All children count: A baseline study of children in institutional care in Malawi.* Retrieved from https://bettercarenetwork.org/library/the-continuum-of-care/residential-care/all-children-count-a-baseline-study-of-children-in-institutional-care-in-malawi

UNICEF. (2013). UNICEF *annual report* 2013 - Mozambique. Retrieved from https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Mozambique_COAR_2013.pdf

UNICEF. (2018). *Nutrição em Moçambique*. Retrieved from www.unicef.org.mz/nosso-trabalho/o-trabalho-do-unicef/nutricao

Valle, J. F. (2006). *Sistema de Avaluacion de Programas de Acogimiento Residencial: Formato de Entrevistas para Diretores, Personal de Atención Directa e para Niños*. Unpublished manuscript.

van del Pol, L. D., Groeneveld, M. G., Endendijik, J. J., van Berkel, S. R., Hallers-Haalboom, E. T., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Mesman, J. (2016). Associations between father's and mother's psychopathology symptoms, parental emotion socialization, and preschoolers social-emotional development. *J Child Fam Study*. doi:10.1007/s10826-016-0490-x

van IJzendoorn, M., & 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*(12), 1228-1245. doi: 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. (2014). Children in institutional care: Delayed developmentand resilience. *In Monographs of the Society for Research in Child Development*, *76*(4), 8-30. doi: 10.2307/41408755

Vávrová, S. (2015). Children and minors in institutional care: Research of self-regulation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *171*, 1434–1441. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.265

Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies, and child mental health: Findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(7), 507–514. doi: 10.1007/s00127-006-0061-3

Votruba-Drzal, E., Miller, P., & Coley, R. L. (2016). Poverty, urbanicity, and children's development of early academic skills. *Child Development Perspectives*, *10*(1), 3–9. doi: 10.1111/cdep.12152

Wade, M., Fox, N., Zeanah, C., & Nelson, C. (2019). Long-term effects of institutional rearing, foster care, and brain activity on memory and executive functioning. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *116*(5), 1808-1813. doi: 10.1073/pnas.1809145116

Walakira, E. J., Ochen, E. A., Bukuluki, P., & Allan, S. (2014). Residencial care for abandoned children and their integration into a family-based setting in Uganda: Lessons for policy and programing. *International Mental Health Journal*, *35*(2), 144–150. doi: 10.1002/imhj.21432

Walker, E., Downy, G., & Bergman, A. (1989). The effects of parental psychopathology and maltreatment on chil behavior: a test of the diathesis-stress model. *Child Development*, *60*, 15–24.

Wekerle, C., Wolf, D. A., Dunston, J., & Alldred, T. (2014). Child maltreatment. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 737–798). New York, NY, US: The Guillford Press.

Wesseldijik, L. W., Dieleman, G. C., van Steensel, F. J. A., Bartels, M., Hudziak, J. J., Lindauer, R. J. L., Bogels, S. M., & Middeldorp, C. M. (2018). Risk factors for parental psychopathology: a study in families with children or adolescents with psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*, 1575-1584. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1156-6

WHO. (1997). No TitlWHOQOL: Measuring Quality of Life. *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.* WHO. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

WHO. (2010). Nutrition landscape information system (NLIS). Country profile indicators: Interpretation guide. Retrieved from https://www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf

Williams, S. R., & Woodruff-Borden, J. (2015). Parent emotion socialization practices and child self-

regulation as predictors of child anxiety: the mediating role of cardiac variability. *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(4), 512–522. doi: 10.1007/s10578-014-0492-0

Wilmshurst, L. (2009). *Abnormal child psychology: A developmental perspective*. New York, NY, US: Routledge.

Winnicott, D. W. (1975). Reparation in respect of mothers' organized defense against depression. In D. W. Winnicott (Ed.), *Through paediatrics to psycho-analysis* (pp. 33–52). New York, NY, US: Basic Books.

Woodward, L. J., Lu, Z., Morris, A. R., & Healey, D. M. (2017). Preschool self-regulation predicts later mental health and educational achievement in very preterm and typically developing children. *The Clinical Neuropsychologist*, *13*(2), 404–422. doi: 10-1080/13854046.2016.1251641

Wright, A. C., Lamsal, D., Ksetree, M., Sharma, A., & Jaffe, K. (2014). From maid to mother: Transforming facilities, staff training, and caregiver dignity in an instituitional facility for young children in Nepal. *Infant Mental Health Journal*, *35*(2), 132–143. doi: 10.1002/imhj.21429

Young, N. K., Boles, S. M., & Otero, C. (2007). Parental substance use disorders and child maltreatment: Overlap, gaps, and opportunities. *Child Maltreatment*, *12*(2), 137–149. doi: 10.1177/1077559507300322

Zeanah, C. H., Humphreys, K. L., Fox, N. A., & Nelson, C. A. (2017). Alternative for abandoned children: Insights from the Bucharest Early Intervention Project. *Current Opinion in Psychology*, *15*, 182–188. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.02.024

Zimmerman, B. J., & Campillo, M. (2003). Motivating self-regulated problem solvers. In J. E. Davidson & R. Sternberg (Eds.), *The nature of problem solving* (pp. 233–262). New York, NY, US: Cambridge University Press.

Zimmerman, B. J. (2008). Investigating self-regulation and motivation: Historical background, methodological developments, and future prospects. *American Educational Research Journal*, *45*(1), 166–183. doi: 10.3102/0002831207312909

Anexos

Anexo A: *Caraterísticas Sociodemográficas e Motivos da Institucionalização*

		M	*DP*	Mín – Máx
Caraterísticas Sociodemográficas	Idade	64.47	10.12	44 – 81
	Idade de admissão na instituição	33.11	20.07	0 – 70
	Tempo de acolhimento	29.41	17.11	7 – 67
	Sexo	*n*	%	...
	Masculino	27	58.7	...
	Feminino	19	41.3	...
		n	%	...
Motivos da Institucionalização	Órfãs e vulneráveis	34	73.9	...
	Abandono	11	23.9	...
	Prisão dos pais	1	2.2	...

Anexo B: *Caraterísticas Sociodemográficas dos/as Prestadores/as de Cuidados Institucionais*

		M	*DP*	Mín-Máx
	Idade	40.08	12.98	18 – 65
	Rácio Cuidador–criança	15.79	4.53	4 – 26
		N	%	
Escolaridade	≤ 7ª classe	17	43.6	...
	8ª-9ª classe	8	20.5	...
	10ª classe	6	15.4	...
	11ª classe	1	2.6	...
	12ª classe	7	17.9	...
		N	*%*	
Formação Especifica	Sim	8	20.5	...
	Não	31	79.5	...
		N	*%*	...
Natureza do Horário	Fixa	13	33.3	...
	Rotativa	26	66.7	...

Anexo C*: Número de Crianças Acolhidas por Instituição e Cuidadores*

Instituição	Crianças		Cuidadores	
	Sexo	*n*(%)	Sexo	*n*(%)
1	Masculino	30(47.6)	Masculino	...
	Feminino	33(52.4)	Feminino	26(100)
	Total	63(100)	Total	26(100)
2	Masculino	40(44.4)	Masculino	...
	Feminino	50(55.6)	Feminino	14(100)
	Total	90(100)	Total	14(100)
3	Masculino	14(50)	Masculino	6(75)
	Feminino	14(50)	Feminino	2(25)
	Total	28(100)	Total	8(100)

Anexo D: Recursos Humanos: Funcionários das Instituições Participantes Distribuídos por Setores de Atividades

Instituição		Funções	*n*	%
		Cuidadores	26	39.4
		Guardas	2	3.0
		Cozinheiras	3	4.5
		Lavandaria	8	12.1
		Limpeza	4	6.1
		Enfermagem	4	6.1
1	Trabalhadores	Assistente Social	1	1.5
		Psicóloga	1	1.5
		Gestor Administrativo	1	1.5
		Gestor dos Recursos Humanos	1	1.5
		Educadora	1	1.5
		Auxiliares de Educação	6	9.1
		Ativistas	6	9.1
		Gestor do *Stock*	2	3.0
		Total	66	100
		Cuidadoras	14	66.7
		Guarda	3	14.3
2	Trabalhadores	Serviços de Ação Social	2	9.5
		Educadora	1	4.8
		Cozinheira	1	4.8
		Total	21	100
		Guarda	1	11.1
		Zelador	1	11.1
		Educador	1	11.1
3	Trabalhadores	Cozinheiras	2	22.2
		Mainato	1	11.1
		Voluntários (Cuidadores)	3	33.3
		Total	9	100

Anexo E: *Caraterísticas Sociodemográficas das Famílias do Grupo da Comunidade*

		M	*DP*	Mín – Máx	
	Agregado Familir	7.18	2.22	4- 15	
	Rendimento Familiar	4000.00	3850.00	0 – 12000	
		Pais		Mães	
		n	%	*n*	%
Escolaridade	≤7ª classe	14	36.8	14	35.9
dos Pais	8ª-9ª classe	5	13.2	10	25.6
	10ª classe	11	28.9	6	15.4
	11ª classe	...	...	2	5.1
	12ª classe	8	21.1	7	17.9
Estatuto	Desemprego	7	18.4	30	76.9
Profissional dos	Emprego Part-Time	13	34.2	2	5.1
Pais	Emprego Full-Time	12	31.6	7	17.9
	Conta Própria	6	15.8	...	...
Tipo de	Própria	24	61.5	...	...
Habitação	Arrendada	9	23.1	...	...
	Outra	6	15.4	...	...
Condições	Adequadas	15	38.5	...	...
Habitacionais					
	Inadequadas	24	61.5	...	...
Sobrelotação	Sim	23	59	...	...
	Não	16	41	...	...

\

Anexo F*: Pontuações Altas e Limitrofe do Questionário de Capacidades e de Dificuldades*

Escala	Nível Clínico	Nível Limítrofe	Nível Normal
Sintomas Emocionais	5 -10	4	0-3
Problemas de Comportamento	4-10	3	0-2
Hiperatividade	7-10	6	0-5
Problemas de Relação com Colegas	4-10	3	0-2
Comportamentos Pró-Sociais	0-4	5	6-10
Total de Dificuldades	17-40	14-16	0-13

Nota. Adaptado de (Fleitlich et al., 2005; Goodman, 2001), "Questionário de Capacidades e de Dificuldades".

Anexo G*: Associações entre o Desenvolvimento da Criança e o Bem-estar dos Prestadores de Cuidados*

	Qualidade de Vida	Índice de Sintomas Positivos
QI	-.19	.20
Autorregulação	-.14	.03
Problemas Emocionais	.14	.07
Problemas de Comportamento	.11	-.03
Total de Dificuldades	.12	.02

Nota. Coeficiente de Correlação de Spearman.

Anexo H*: Associações entre o Desenvolvimento da Criança e a Sensibilidade e Cooperação dos Cuidadores*

	Sensibilidade	Cooperação
QI	.08	-.31+
Autorregulação	.14	.05
Problemas Emocionais	-.13	-.05
Problemas de Comportamento	.19	-.26
Total de Dificuldades	.00	-.18

Nota. Coeficiente de Correlação de *Spearman*; +*p* <.10.

Anexo I: *Pedido de Pronunciamento à Procuradora Provincial de Sofala-Moçambique*.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DA PROVÍNCIA DE SOFALA
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE GENERO CRIANCA E ACÇÃO SOCIAL

Exmo Senhor
Procurador Provincial

Ref/ N.º 286 /DAS/38 / DPGCAS / 995 Beira, aos 14 de Julho de 2016

ASSUNTO: **Pedido de Pronunciamento.**

A Direcção Provincial de Género Criança e Acção social, recebeu uma carta da Universidade do Ninho (Escola de Psicologia) em Portugal, em que um grupo de docentes e investigadores pretendem desenvolver uma investigação sobre o desenvolvimento infantil e qualidade dos cuidados em crianças dos 3 aos 6 anos de idade em acolhimento Institucional na Cidade da Beira, nas seguintes componentes:

- Avaliação do desenvolvimento físico, neurológico, psicológico e social das crianças;
- Entrevistas e questionários aos directores e cuidadores das crianças;
- Realização de testes psicológicos;
- Recolha de salivas para análise genética e hormonal;
- Avaliarão do funcionamento neuro-cognitivo através de eléctrodos colocados na pele da criança.

Porém os investigadores envolvidos neste projecto comprometem-se a:

- Manter o anonimato dos participantes, sendo divulgados publicamente apenas os resultados globais por grupos de indivíduos sem qualquer informação que leve a identificação dos mesmos;
- No final da investigação, fornecer a cada instituição um relatório com os resultados da pesquisa;
- Organizar sessões de capacitação aos cuidadores e gestores em matérias ligadas ao desenvolvimento infantil, a qualidade dos cuidados relacionais e da organizarão institucional tendo em vista a promoção do desenvolvimento integral das crianças.

Recebido
Ana Sofia
B, 18.07.16

Neste contexto, esta instituição vem mui respeitosamente solicitar a V.Excia Senhor Procurador Provincial, se digne pronunciar--se sobre o pedido.

Com os nossos melhores cumprimentos, votos de bom trabalho.

Na ausência do Director Provincial

Chefe do Departamento de Acção Social

Maria de Lurdes Nosiade

Anexo J: Remessa do *Pronunciamento da Procuradora Provincial de Sofala-Moçambique*

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

PROCURADORIA PROVINCIAL DE SOFALA

Gabinete da Procuradora Provincial – Chefe

Á
Direcção Provincial do Género,
Criança e Acção Social
Beira

Ofício nº1636/GPPC/S/PPS/909/2016 19 de Agosto

Assunto: **Remessa de Pronunciamento**

Vimos por meio deste remeter a V. Excia em anexo, o pronunciamento sobre aditamento do pedido de estudo solicitado pela Universidade do Ninho a vossa Instituição.

Respeitosos cumprimentos.

A Procuradora Provincial-Chefe

Dra. Carolina Azarias

/Procuradora da República Princiapal/

Direcção [illegible]
Nº 808 D.P.G.C.R.A.S.A
Beira, 23 / Agosto / 16
Ass. Maria fernanda

Rua Por – Trás – os Montes nº 1565. Telefax nº 23 323231. Bairro dos Pioneiros .

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROCURADORIA DA PROVÍNCIA DE SOFALA
SECÇÃO DE FAMÍLIA E MENORES
BEIRA

Ao Gabinete da Digna Procuradora Provincial-Chefe de Sofala

Assunto: Pronunciamento sobre aditamento do pedido de estudo solicitado pela Universidade do Ninho à Direcção Provincial do Género, Criança e Acção Social.

Relativamente ao assunto em epígrafe, expõem-se que um grupo de docentes e investigadores da Universidade do Minho (Escola de Psicologia) de Portugal, pretende desenvolver uma investigação sobre o desenvolvimento infantil e qualidade dos cuidados em crianças dos 3 aos 6 anos de idade em acolhimento institucional na Cidade da Beira nas seguintes componentes:

- Avaliação do desenvolvimento físico, neurológico, psicológico e social das crianças;
- Entrevista e questionários aos directores e cuidadores de crianças;
- Realização de testes psicológicos;
- Recolha de saliva para análise genética e hormonal;
- Avaliação do funcionamento neuro-cognitivo através de eléctrodo colocados na pele da criança.

Em aditamento, foi solicitado o pedido de autorização de recolha de dados nas instituições de acolhimento de crianças, enquanto se aguarda pelo pronunciamento do Hospital Central da Beira sobre a viabilidade ou não dos procedimentos por nós considerados invasivos (recolha de

saliva para análise genética e hormonal; avaliação do funcionamento neuro-cognitivo através de eléctrodo colocados na pele da criança).

Esses dados serão recolhidos através de entrevistas e inquéritos dirigidos aos cuidadores de crianças e aos directores dos centros de acolhimento e teste de avaliação mental às crianças.

Relativamente a este pedido, nosso parecer é de se acolher pois, entendemos ser menos invasivo e este estudo tem em vista contribuir para o melhoramento dos cuidados a prestar aos petizes.

É tudo quanto se nos oferecia dizer, endereçámos desde já os nossos melhores cumprimentos.

Beira, 16 de Agosto de 2016

A Magistrada do Ministério Público

Clara Juma Nehama Rodrigues

Procuradora da República de 2ª