

Avaliação de um programa de promoção da saúde mental com crianças institucionalizadas

Evaluation of a program of mental health promotion with institutionalized children

Evaluación de un Programa de Promoción de Salud Mental en los niños institucionalizados

Ana Francisca Cordeiro Pimentel*

Joana Matias Antão**

Ana Catarina Oliveira Ramos***

Resumo

Este estudo pretende avaliar a eficácia de um programa de promoção da saúde mental com a duração de dois anos: “Chapéu de Chuva”. A amostra é constituída por 45 crianças residentes em instituições de acolhimento, com idades compreendidas entre 6 e 12 anos (Mdn = 9). Os instrumentos utilizados para a avaliação dos resultados entre os momentos pré e pós-teste incluem o *Kidscreen 27* e o “Sede de Viver”. Foram encontradas melhorias estatisticamente significativas ao nível do bem-estar psicológico bem como ao nível da capacidade de tomada de decisão, assertividade e resistência à pressão de pares. Tendo em conta as melhorias encontradas em dimensões fundamentais ao nível da saúde mental e os elevados níveis de satisfação e envolvimento por parte do público-alvo, reflete-se acerca da importância de dar continuidade a intervenções dessa natureza junto dessa população vulnerável.

Palavras-chave: Crianças. Institucionalização. Saúde mental. Qualidade de vida. Promoção da saúde.

Abstract

The aim of this study is to assess the effectiveness of a 2 year project - Chapéu de Chuva - promoting mental health. The study sample is composed of 45 children resident in institutional care, between the ages of 6 and 12 years (Mdn = 9). The instruments used to evaluate results between pre- and post-test moments include the *Kidscreen 27* and the “Sede de Viver”. Statistically significant improvements were found in terms of psychological wellbeing, as well as in the decision making capacity, assertiveness and resistance to peer

Texto recebido em maio 2013 e aprovado para publicação em agosto de 2014.

* Doutora. Endereço: Alameda Jean Piaget, n.º 100, apartado 1523. 4411-801 Arcozelo - V. N. Gaia. Vila Nova de Gaia, Portugal. *E-mail:* francisca.pimentel@apdes.pt.

** Doutora. Endereço: Alameda Jean Piaget, n.º 100, apartado 1523. 4411-801 Arcozelo - V. N. Gaia. Vila Nova de Gaia, Portugal. *E-mail:* joana.anta@gmail.com.

*** Mestra. Endereço: Alameda Jean Piaget, n.º 100, apartado 1523. 4411-801 Arcozelo - V. N. Gaia. Vila Nova de Gaia, Portugal. *E-mail:* ana.ramos@apdes.pt.

pressure. The improvements found in fundamental aspects of mental health and the high levels of satisfaction and involvement in the target group, leads one to reflect on the importance of giving continuity to interventions of this nature with this vulnerable population group.

Keywords: Children. Institutionalization. Mental health. Quality of life. Health promotion.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de un programa de promoción de la salud mental, con una duración de dos años – “Chapéu de Chuva”. La muestra estuvo formada por 45 niños que viven en instituciones de acogida, con edades comprendidas entre 6 y 12 años (Mdn = 9). Los instrumentos utilizados para la evaluación de los resultados entre el pre y post-test incluyen Kidscreen 27 y “Sede de Viver”. Se encontraron mejorías estadísticamente significativas en términos de bienestar psicológico, así como en el nivel de la capacidad de toma de decisiones, asertividad, y resistencia a la presión. Teniendo en cuenta las mejoras que se encontraron en las dimensiones fundamentales de la salud mental y los altos niveles de satisfacción y compromiso por parte del público destinatario, se reflexiona sobre la importancia de dar continuidad a intervenciones de esta naturaleza con esta población vulnerable.

Palabras clave: Niños. Institucionalización. Salud mental. Calidad de vida. Promoción de la salud.

Introdução

A institucionalização em casas de acolhimento institucional é uma medida protetiva dos direitos da criança e do jovem vítima de maus-tratos, decorrente de um processo judicial instaurado quando:

Os pais ou representante legal ou quem tenha a guarda de fato da criança ou do jovem ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento ou quando esse perigo resulte de ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo (DL. 147/1999, 1º de setembro).

Desta forma, em Portugal, situações avaliadas como problemáticas, que colocam em risco a saúde e, ou, desenvolvimento saudável do menor, poderão mesmo levar à retirada da criança da sua família de origem.

Identificam-se como fatores de risco associados às dinâmicas e situações familiares:

- a) a ocorrência de situações de negligência, maus-tratos físicos e, ou, psicológicos e de abusos sexuais;
- b) problemas econômicos e de pobreza;
- c) desestruturação familiar; e
- d) presença de casos de toxicod dependência (Blatt, 2000; Instituto da Segurança Social [ISC], 2007).

Garbin, Queiroz, Rovida e Saliba (2012) referem encontrar uma associação entre os vários tipos de violência na dinâmica familiar. Essas vivências, decorridas em fases precoces da vida das crianças, parecem estar associadas a problemas no desenvolvimento, com impacto negativo em diferentes dimensões da vida das crianças e na sua saúde mental (Bowlby, 1998). Efetivamente, de acordo com Ellermann (2007), a taxa de incidência de problemas de saúde mental junto de crianças institucionalizadas, por exemplo, nos EUA, é muito elevada, pelo que a autora advoga que esse público evidencia necessidades complexas e únicas do ponto de vista da saúde mental às quais urge dar resposta.

Para além das situações potencialmente traumáticas que essas crianças e jovens vivenciaram no seu contexto familiar, o próprio processo judicial pode provocar sentimentos de insegurança e culpabilidade, bem como reforçar sentimentos de abandono e desamparo provocados pela retirada da família e que poderão ser agravados pelo próprio processo de institucionalização, configurando-se num processo de vitimização secundária (Ribeiro, 2009). A própria situação de institucionalização pode também influenciar o desenvolvimento e o comportamento das crianças. De acordo com Leslie et al. (2003), os problemas evidenciados pelas crianças institucionalizadas em diferentes dimensões (cognitiva, emocional, comportamental) acabam por ser agravados pelas reiteradas/repetidas saídas e reinstitucionalizações. O impacto negativo desses sucessivos acolhimentos é ainda agravado quando não é prestada devida atenção às necessidades da criança (Moreira, Bedran, Carellos & Passos, 2013). Strolin-Goltzman, Kollar e Trinkle (2010) falam, ainda, da influência que a elevada taxa de rotatividade dos técnicos das instituições tem ou pode ter para o bem-estar das crianças e jovens institucionalizados (traduz-se em instabilidade emocional, dificuldades em estabelecer relações de confiança, dificuldade em dar segundas oportunidades). Segundo o Plano de Intervenção Imediata (ISC, 2012), em Portugal, no ano

de 2012, 8.557 crianças e jovens estavam em situação de acolhimento, o que representa uma franja considerável da nossa população, sendo bastante superior o número de acolhidos em Casas de Acolhimento Institucional comparativamente com outras respostas sociais (Gaspar, 2013). Destas, 583 beneficiavam-se de acompanhamento pedopsiquiátrico/psiquiátrico e 579 beneficiavam-se de apoio psicológico. Esse número não incluía as outras crianças e jovens que, apresentando também problemas de saúde mental, não estavam ainda tendo acompanhamento médico. Estima-se, com efeito, que a percentagem de crianças institucionalizadas necessitando de apoio psicológico/psiquiátrico rondasse os 30%. A elevada taxa de incidência de problemas de saúde mental de crianças institucionalizadas parece reunir consenso na investigação (Egelund & Lausten, 2009; Gonçalves, Almeida, Guimarães & Alves, 2005; McDonald, Allen, Westerfelt & Piliavin, 1996). Efetivamente, muitos estudos revelam que as crianças institucionalizadas parecem apresentar uma maior incidência de problemas de comportamento e déficit ao nível do funcionamento adaptativo, comparativamente às crianças da população em geral (Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick & Litrownik, 1998; Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson & Ortiz, 2009). É também referido um baixo nível de desenvolvimento cognitivo, fracas competências sociais e de regulação emocional, sendo crianças suscetíveis de apresentar sintomatologia psicopatológica e em risco de desenvolver perturbações psiquiátricas, como as de carácter afetivo, perturbações da personalidade e distúrbios do comportamento (Hukkanen, Sourander, Bergroth & Piha, 1999). Desta forma, os resultados da investigação sugerem que experiências negativas/adversas na infância aumentam o risco da adoção de comportamentos disruptivos na idade adulta (Anda et al., 2006; McDonald et al., 1996).

Apesar disso, têm sido reconhecidas dificuldades no que concerne a encontrar serviços que respondam às necessidades de apoio em termos de saúde mental a crianças institucionalizadas. A Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016 (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007) reconhece a pouca importância que ainda é dada às questões da saúde mental da infância e da adolescência.

Embora sejam reconhecidas dificuldades de intervenção nesse domínio, diversos autores concluem, com base nos resultados da investigação, que se revela prioritário intervir o mais precocemente possível no domínio da saúde mental com crianças que residem em instituições de acolhimento que evidenciam problemas de comportamento e déficits em competências sociais (Clausen et al., 1998; Dimigen et al., 1999; Minnis, Everett, Pelosi, Dunn & Knapp, 2006; Jamora et al., 2009). Clausen et al. (1998) dão mesmos exemplos de atividades/serviços

que poderiam promover a saúde mental dessas crianças, tais como psicoterapia de grupo, intervenções recreativas ou treino de competências sociais. Também em Portugal é referida a importância de uma intervenção que contemple o desenvolvimento de competências afetivas e sociais, o desenvolvimento de programas adaptados às capacidades e necessidades das crianças/jovens e a frequência de atividades terapêuticas de acordo com as suas necessidades (Instituto da Segurança Social [ISS], 2012). Importa, contudo, esclarecer que o constructo de saúde mental é complexo e multidimensional, sendo por isso difícil proceder à sua avaliação. Um dos indicadores privilegiados de avaliação prende-se com a definição de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), que nos remete para o bem-estar físico e psicológico do indivíduo e para a qualidade de vida.

Em suma, o impacto dos fatores de risco enunciados e a falta de respostas institucionais de apoio no que respeita à saúde mental das crianças tornam as crianças residentes em instituições de acolhimento um grupo vulnerável, sendo fundamental uma intervenção precoce, sistemática e de proximidade (Bruskas, 2008). Segundo Menezes (2013), são fundamentais programas de promoção da saúde mental, já que estes potenciam o aumento dos fatores de proteção, mas também atuam ao nível da diminuição dos fatores de risco. Para além disso, intervenções em grupo, com vista à promoção de competências pessoais e sociais têm revelado um impacto positivo ao nível da saúde mental de crianças em diversos contextos sociais, nomeadamente junto de crianças vítimas de maus-tratos (Deblinger, Stauffer & Steer, 2001; Taussig & Culhane, 2010).

Perante esses pressupostos, a Agência Piaget para o Desenvolvimento (Apdes) implementou o projeto Chapéu de Chuva, um programa de promoção da saúde mental dirigido a crianças que se encontram em instituições de acolhimento. Esse projeto, cofinanciado pelo Alto Comissariado da Saúde, foi desenhado e desenvolvido pelo Gabinete de Intervenção em Saúde (GIS), linha de intervenção inserida na Apdes, e teve a duração de dois anos.

No decurso do projeto, procurou-se promover a saúde mental intervindo ao nível da qualidade da vida, competências pessoais e sociais. A intervenção foi operacionalizada por meio de três linhas de ação:

- a) intervenção em grupo (por meio de sessões de desenvolvimento pessoal, de sessões abertas e das Férias da Saúde);
- b) intervenção individual (mediante avaliação e acompanhamento psicológico); e

- c) intervenção indireta (por meio de consultoria aos técnicos e cuidadores das casas de acolhimento).

O objetivo deste artigo é apresentar os resultados do estudo da intervenção em grupo, nomeadamente por meio da avaliação pré e pós-intervenção das seguintes dimensões: bem-estar físico; bem-estar psicológico; autonomia e relação com os cuidadores; suporte e relações sociais; ambiente escolar; assertividade; competências de tomada de decisão; e capacidade para resistir à pressão de pares.

Método

Participantes

A população-alvo inicial era constituída por cerca de 54 menores, provenientes de cinco instituições de acolhimento na zona do grande Porto. Foi usado como critério de inclusão a idade, ou seja, foram consideradas todas as crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, tendo sido excluídas apenas as crianças cujo horário escolar era incompatível com o das sessões.

Todavia importa esclarecer que o grupo de crianças participantes foi sofrendo alterações ao longo do projeto: alguns menores abandonaram o projeto devido à saída da instituição de acolhimento e outros se viram impedidos de participar nas sessões devido à incompatibilidade de horários. Com efeito, das 54 crianças avaliadas no início do projeto, 45 completaram os dois anos de projeto, tendo apenas estas sido consideradas na avaliação do impacto do projeto (avaliação pré e pós-teste). Dessa forma, todas as crianças contempladas na avaliação integraram os grupos do projeto Chapéu de Chuva, não tendo sido constituído um grupo de controle.

Esses 45 menores eram maioritariamente do sexo masculino (66,7%), estando as idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos (Mdn = 9). No que diz respeito ao ano de escolaridade, no início do projeto, 88,9% frequentavam o 1.º ciclo do ensino básico e 11,1% frequentavam o 2.º ciclo do ensino básico.

No que diz respeito aos motivos de institucionalização, verificaram-se: 41 ocorrências de negligência, 11 de violência física, 1 de abuso sexual, 9 de abandono, 7 de fracas condições socioeconômicas, 7 de falta de condições habitacionais, 8 de falta competências parentais e 4 de consumo de substâncias pelos pais. Ainda no que concerne ao público-alvo do projeto, 45,5% das crianças evidenciavam alterações comportamentais e, ou, emocionais (ex.: agressividade, hiperatividade, sintomatologia depressiva) e 47,7% apresentavam atrasos no desenvolvimento, sendo que 22,7% estavam tomando medicação à data de início

do projeto. É ainda de referir que 12 crianças usufruíam de acompanhamento psicológico, 9 de acompanhamento psiquiátrico e 4 beneficiavam de ambos os tipos de acompanhamento (psicológico e psiquiátrico).

Instrumentos

Satisfação com o programa

Resposta à pergunta “Em que medida é que gostaste da sessão?”, por meio de cinco níveis de satisfação, de acordo com uma escala tipo *Likert*, em que 1 corresponde a “não gostei nada” e 5 corresponde a “gostei muito”. Essa escala era individualmente preenchida pela criança no fim das sessões.

Quadro de observação

Esse quadro de observação foi construído pela equipe técnica do projeto, com vista à monitorização do processo. É composta por cinco categorias: envolvimento das crianças nas atividades realizadas; interesse demonstrado pelo tema; compreensão dos conteúdos abordados; comportamento das crianças e adequação das atividades. Cada uma dessas categorias tem cinco níveis de resposta, numa escala tipo *Likert*, em que 1 corresponde a “muito fraco” e 5 a “muito bom”. Esse instrumento era preenchido pela equipe técnica do projeto no final de cada sessão.

Kidscreen 27 – versão portuguesa (Gaspar & Matos, 2008)

O Kidscreen é um instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) de crianças e adolescentes. Esse instrumento apresenta duas versões: uma para crianças e adolescentes e outra para pais. O Kidscreen 27 é uma versão reduzida do Kidscreen 52, constituído por 27 itens da versão original, agrupados em cinco dimensões:

- a) bem-estar físico, bem-estar psicológico;
- b) autonomia e relação com os pais;
- c) suporte social e grupo de pares; e
- d) ambiente escolar.

Neste estudo, foi utilizada a versão para pais, que foi preenchida pelos encarregados de educação ou cuidadores das crianças. Os valores de alfa variam entre 0,64 e 0,87 (sendo apenas um deles abaixo de 0,80).

Sede de Viver (Moreira, 2002)

Esse instrumento de tomada de decisão consiste numa história, contada às crianças, com quatro situações dilema. Para cada um desses itens a criança deve escolher uma de três possibilidades de resposta. O item 1 avalia a tomada de decisão; o item 2, a assertividade; o item 3, a capacidade de dizer “não”; e o item 4, além de avaliar essas variáveis, incide na pressão e interação grupal. Esse instrumento foi aplicado no início e no final do projeto (pré e pós-teste).

Procedimento

Intervenção

A intervenção em grupo contou com a realização de 30 sessões de desenvolvimento pessoal nas casas de acolhimento, dinamizadas por dois psicólogos, com grupos de cerca de seis crianças, e com a duração de 60 minutos. A intervenção teve como principal linha condutora a adaptação de dinâmicas de grupo, jogos e atividades lúdicas aos objetivos do projeto (ex.: *role-play*, discussão de dilemas, leitura e análise de histórias). Para isso, foram promovidas as seguintes competências:

- a) autoconceito;
- b) autoestima;
- c) tomada de decisão;
- d) resolução de problemas;
- e) gestão emocional, relacionamento interpessoal;
- f) autonomia;
- g) assertividade, resistência à pressão grupal.

As dinâmicas de grupo permitem à criança aprender pela ação e de forma validada no grupo, nas brincadeiras podem reinterpretar problemas e conflitos de forma segura e sem medo das consequências reais, e o jogo imprime uma lógica estruturada e regras à ação.

Foram ainda realizadas 20 sessões abertas, que foram definidas de acordo com as necessidades e interesses específicos de cada grupo. Para além de promover sentimentos de participação ativa e de proatividade, possibilitando, assim, uma melhor integração das crianças na comunidade, essas sessões tinham também como objetivo trabalhar in vivo algumas temáticas desenvolvidas nas sessões semanais e criar oportunidades de descoberta de novos contextos e áreas de interesse. Por esse motivo, essas sessões consistiram em workshops em diversas áreas culturais e artísticas (dança criativa, pintura, teatro), dinamizados por profissionais da área, ou em atividades que decorreram fora dos espaços das instituições (passeio pela cidade, visitas culturais, visionamento de espetáculos) ou ainda em eventos organizados pelas crianças para a comunidade envolvente (comunidade escolar).

Ainda na vertente de intervenção em grupo, foram realizadas duas edições de colônias de férias, denominadas “Férias da Saúde”. Essas colônias foram realizadas no período de férias letivas de verão, nos dois anos de intervenção, e tiveram a duração de cinco dias cada. Nesse contexto mais informal, as crianças participavam, ao longo do dia, em diversas atividades promotoras de bem-estar (ioga, pintura, música).

Coleta de dados

A avaliação foi realizada por meio de indicadores de processo e de resultado. A avaliação do processo foi concretizada mediante o registo semanal das presenças, dos quadros de observação e da avaliação da satisfação das crianças em relação ao programa.

A avaliação dos resultados dirigiu-se às crianças e aos técnicos da instituição ou aos encarregados de educação das crianças, sensibilizando-os para a importância da sua participação e da genuinidade da informação fornecida e processando-se em dois momentos: uma situação de pré-teste (T0) e uma situação de pós-teste (T1), para, dessa forma, avaliar se surgiram mudanças relativamente às variáveis em estudo na população alvo. Entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, decorreram dois anos.

Análise de dados

Todos os dados recolhidos foram inseridos no *PAWS 18.0 for Windows*, procedendo-se à análise das características sociodemográficas da amostra, recorrendo às sínteses estatísticas descritivas. Foram excluídos nove sujeitos pelo fato de terem saído da instituição, não estando presentes na avaliação pós-teste. Recorreu-se à *paired sample t-test* no estudo longitudinal. Por último, apreciaram-se os resultados obtidos quanto à satisfação com o programa e relativos aos critérios do quadro de observação.

Resultados

Resultados da avaliação do processo

A avaliação do processo realizada pela equipe técnica, por meio dos quadros de observação, revelou que 62,3% das sessões em grupo foram avaliadas como “muito bom” e 29% como “bom” relativamente ao “envolvimento das crianças nas sessões”. No que se refere ao “interesse demonstrado pelo tema”, 54% das sessões foram avaliadas como “muito bom”, 32,3% foram avaliadas como “bom” e 12 % como “mais os menos”. Relativamente à “compreensão dos conteúdos abordados”, 59,8% das sessões foram avaliadas com “muito bom” e 30,2% como “bom”. Quanto à “adequação das atividades”, 84,3% das sessões foram avaliadas com “muito bom” e 12,3% com “bom”.

No que concerne à avaliação do processo realizada pelas crianças, é possível observar que a média da pontuação atribuída no final de cada sessão é de 4,9 (numa escala de 1 a 5, sendo que 5 equivale a “gostei muito”).

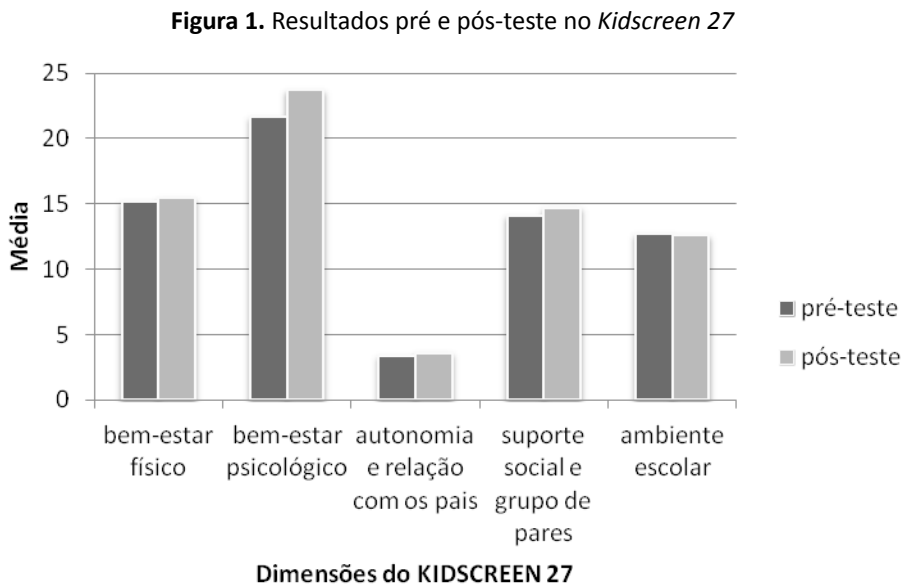
Resultados provenientes do Kidscreen 27

Relativamente à comparação dos resultados pré e pós-teste dos questionários preenchidos pelos técnicos, é possível observar que houve melhorias estatisticamente significativas no bem-estar psicológico ($t(38) = -2,884$, $p < 0,01$; $M(\text{pré-teste}) = 21,67$, $M(\text{pós-teste}) = 23,72$).

Observa-se também uma melhoria nos resultados ao nível do bem-estar físico (cf. FIG. 1), embora essas diferenças não sejam estatisticamente significativas ($t(42) = -0,456$, $p > 0,05$; $M(\text{pré-teste}) = 15,19$, $M(\text{pós-teste}) = 15,42$).

Quanto à autonomia e relação com os pais/educadores, observa-se uma melhoria, não sendo estatisticamente significativa ($t(32) = -1,110$, ns; $M(\text{pré-teste}) = 3,38$, $M(\text{pós-teste}) = 3,60$). Também foram encontradas melhorias não estatisticamente significativas ao nível do suporte social e grupo de pares ($t(39) = -1,065$, $p > 0,05$; $M(\text{pré-teste}) = 14,12$, $M(\text{pós-teste}) = 14,72$).

Relativamente ao ambiente escolar, os resultados mantiveram-se semelhantes nos dois momentos de avaliação ($t(38) = 0.196$, ns; $M(\text{pré-teste}) = 12,69$, $M(\text{pós-teste}) = 12,59$), tendo-se observado um ligeiro decréscimo (cf. Fig. 1).



Fonte: elaborado pelas autoras.

Resultados provenientes do instrumento “Sede de Viver”

Por meio dos resultados dos questionários administrados às crianças, foram ainda encontradas diferenças significativas ao nível da tomada de decisão, da assertividade e da pressão de pares ($t_{(33)} = -4,512$, $p < .01$; $M_{(\text{pré-teste})} = 1,82$, $M_{(\text{pós-teste})} = 3,06$), verificando-se uma maior adoção de comportamentos assertivos no final do projeto.

Discussão e conclusão

Tendo em conta os resultados apresentados anteriormente, é possível verificar um elevado nível de satisfação e envolvimento por parte das crianças que participaram no projeto.

Parece ainda ser possível afirmar que o projeto “Chapéu de Chuva” teve um impacto positivo em algumas das dimensões avaliadas, nomeadamente ao nível do bem-estar psicológico. Esses resultados corroboram os dados da revisão bibliográfica e empírica, demonstrando que a exploração e treino de competências pessoais e sociais têm um impacto positivo ao nível do bem-estar psicológico (Remédios, 2010).

Relativamente à dimensão do bem-estar físico, importa refletir acerca da ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as fases iniciais e finais do projeto. Esse resultado pode se dever ao fato de não ter sido realizada uma intervenção direta sobre essa dimensão. No futuro, sugerimos que essa dimensão seja mais bem explorada, nomeadamente tentando-se perceber o seu impacto ao nível da saúde mental das crianças, bem como analisar compreensivamente a relação existente entre bem-estar físico, bem-estar psicológico e entre estes e a saúde mental.

Relativamente às dimensões autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Esse resultado poderá ser explicado pelo fato de, embora se tenham trabalhado essas dimensões ao longo do programa, não ter sido explorada a sua generalização aos contextos efetivos de vida. A título de exemplo, foram identificados aspetos importantes para uma boa adaptação aos diferentes contextos de vida (escola, por exemplo) em grupo, mas nem as competências e os temas explorados foram trabalhados também nos contextos (com os professores na sala de aula, por exemplo), nem a alteração do comportamento foi monitorizada nestes (alteração do comportamento na sala de aula, atitude em relação à escola e ao estudo). Diante do exposto, coloca-se a hipótese de melhoria desses resultados se houver possibilidade de dar continuidade ao programa, sendo complementado com intervenção direta junto dos atores e contextos de vida das crianças (Moos, 1976).

As melhorias estatisticamente significativas ao nível da capacidade de tomada de decisão, assertividade e resistência à pressão de pares permitem constatar que o trabalho de promoção de competências de relacionamento interpessoal teve um impacto positivo ao nível dos comportamentos assertivos das crianças. Perante os resultados apresentados, podemos constatar que o programa parece ter contribuído para a melhoria de indicadores de saúde mental do grupo-alvo. Isso poderá ter sido favorecido pela construção de uma relação de confiança e de partilha entre a equipe técnica e as crianças e um funcionamento e dinâmica dos grupos facilitadores do desenvolvimento de competências pessoais e de relacionamento interpessoal. Dessa forma, tal como sugerido por Deblinger et al. (2001), os resultados demonstram que a promoção de competências pessoais e sociais pela intervenção em grupo revela um impacto positivo na promoção da saúde mental em crianças. Para além disso, esses resultados vêm corroborar a ideia defendida por Bruska (2008) de que é fundamental desenvolver intervenções precoces, sistemáticas e de proximidade com as crianças residentes em instituições de acolhimento.

Com base na apresentação e discussão dos resultados, torna-se já possível sinalizar a principal dificuldade encontrada neste projeto: a avaliação do impacto de um programa de intervenção dirigido a crianças. Efetivamente, as principais limitações deste estudo prendem-se com a avaliação. Desde logo, é importante referir a dificuldade em encontrar instrumentos de avaliação adequados ao nível de desenvolvimento das crianças, que lhes possam ser aplicados diretamente, acedendo efetivamente à sua percepção pessoal. Tendo em conta a dificuldade apresentada anteriormente, optando-se pela avaliação indireta por meio de cuidadores (técnicos das instituições e/ou encarregados de educação), verificou-se também um certo viés na avaliação, uma vez que cada técnico avaliou um conjunto mais ou menos alargado de menores, descurando nesse processo, naturalmente, pequenas diferenças individuais. Ao longo do projeto, a equipe técnica foi identificando instrumentos de avaliação psicológica que permitissem avaliar de forma mais fidedigna dimensões da saúde mental - nomeadamente o Child Behavior Check List (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001) ou o Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997) - pelo que se aconselha a sua utilização em oportunidades futuras. Outra limitação deste estudo prende-se com a ausência de um grupo de controle. Dessa forma, sugere-se que, em futuras oportunidades, seja criado um grupo de controle para que se possa aferir se as alterações decorridas se devem, efetivamente, ao fato de as crianças terem participado no projeto.

Todavia as limitações não se circunscrevem às dificuldades encontradas na avaliação. Verificaram-se, ainda, algumas dificuldades no que concerne ao decurso do projeto. Desde logo, a saída das crianças da instituição interferiu com a dinâmica da intervenção, não só por alterar a constituição dos grupos, como por ter tornado, por vezes, imperativa a exploração dos motivos da saída da criança (muitas vezes, as crianças que permaneciam na instituição questionavam-se acerca dos motivos de o colega sair e elas não), alterando o plano estipulado para as sessões. Mais uma vez, a saída de crianças teve também um impacto negativo na avaliação, reduzindo assim o número da amostra.

Por outro lado, apesar de se ter empreendido o esforço de constituir os grupos de forma homogênea, verificavam-se diferenças entre os grupos das diferentes instituições, obrigando a equipe a adaptar a estratégia de exploração dos temas em função das características dos diferentes grupos. Por esse motivo, o plano de cada sessão não foi exatamente igual em todos os grupos, embora se assemelhasse em termos de temas e objetivos.

Outra limitação prende-se com o fato de as instituições de acolhimento estarem responsáveis por um elevado número de crianças, não sendo sempre fácil a articulação com as equipes das instituições para realização de algumas

atividades, essencialmente devido a problemas de logística (dificuldades no transporte das crianças, definição de horários compatíveis, etc.). Contudo importa salientar que as equipas técnicas das casas de acolhimento sempre se demonstraram receptivas e colaboradoras no projeto “Chapéu de Chuva”, e que essa atitude disponível e interessada se constituiu como um motivo de sucesso.

Reflexões finais

De acordo com o que foi apresentado, parece poder concluir-se que uma intervenção adequada às necessidades e características da população-alvo, implantada em idades precoces do desenvolvimento, realizada em colaboração com os diferentes agentes educativos e que se centra no processo de empoderamento da criança parece trazer benefícios ao nível da saúde mental. O programa “Chapéu de Chuva” materializa essa intenção e constitui-se como uma possibilidade não só válida como desejável para promover a saúde mental e a qualidade de vida de crianças residentes em instituições de acolhimento de menores.

Importa ainda refletir sobre a importância da qualidade da relação (de confiança e de colaboração) estabelecida e progressivamente consolidada entre a equipe do projeto e as crianças, que parece ter constituído um dos fatores de sucesso do projeto. Por outro lado, a relação de cooperação e de ajuda efetiva estabelecida entre a equipe do projeto e as equipas das instituições de acolhimento assumiu-se igualmente como um aspeto muito importante, facilitador do trabalho em articulação centrado nas necessidades da(s) criança(s).

A diversidade das atividades do programa, e a complementaridade existente entre todas as estratégias de intervenção quanto aos seus objetivos, parece também ser um dos principais pontos fortes do projeto, considerando-se que esta deveria ser uma prática generalizada à maioria das instituições de acolhimento de menores em risco. Todos os intervenientes do projeto são unânimes em considerar que a continuidade do projeto se constituiria como uma importante mais-valia no crescimento dessas crianças, favorecendo a consolidação e a generalização de algumas das aprendizagens decorridas no contexto do programa.

Referências

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School - Age Forms and Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children Youth & Families.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (3), 174-186.
- Blatt, S. M. (2000). *A guide book for raising fosterchildren*. Westport: Greenwood.
- Bowlby, J. (1998). *Loss: sadness and depression* (vol. 3). London: Pimlico.
- Bruskas, D. (2008). Children in foster care: a vulnerable population at risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21, 70-77.
- Clausen, J. M., Landsverk, J., Ganger, W, Chadwick, D. & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 283-296.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Recuperado a partir de <http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/relato-rioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>.
- Deblinger, E., Stauffer, L. B. & Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6 (4), 332-343.
- Dimigen, G., Del Priore, C., Butler, S., Evans, S., Ferguson, L. & Swan, M. (1999). The need for a mental health service for children at commencement of being looked after and accommodated by the local authority: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 319, 675-675.
- Egelund, T. & Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work*, 14, 156-165.

- Ellermann, C. R. (2007). Influences on the mental health of children placed in foster care. *Family and Community Health Supplement*, 30, S23-S32.
- Garbin, C., Queiroz, A., Rovida, T. & Saliba, O. (2012). A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicologia em Revista*, 18, 107-118.
- Gaspar, J. (2013). Do acolhimento à autonomização: o que dizem adultos que viveram institucionalizados. Breves notas metodológicas. *Polemica*, 12, 7-21.
- Gaspar, T. & Matos, M. G. (Eds.). (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde
- Gonçalves, M. J., Almeida, M. J., Guimarães, P. & Alves, A. P. (2005). *Contributos para um diagnóstico e uma estratégia de intervenção integrada em matéria de saúde mental da infância e da adolescência*. Recuperado a partir de <http://appia.com.pt/files/contributo.pdf>.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L. & Piha, J. (1999). Follow-up of children and adolescents in residential care in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry* 53, 185-189.
- Instituto da Segurança Social. (2007). *Relatório de caracterização sumária: instituições de acolhimento 2006*. Documento não publicado.
- Instituto da Segurança Social. (2012). *Relatório de caracterização das crianças e jovens em situação de acolhimento em 2009*. Documento não publicado.
- Jamora, M. S., Brylske, P. D., Martens, P., Braxton, D., Colantuoni, E. & Belcher, H. M. (2009). Children in foster care: adverse childhood experiences in psychiatric diagnoses. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2, 198-208.
- Leslie, L. K., Hurlburt, M. S., Landsverk, J., Rolls, J. A., Wood, P. A. & Kelleher, K. J. (2003). Comprehensive assessments for children entering foster care: a national perspective. *Pediatrics*, 112, 134-142.
- McDonald, T. P., Allen, R. I., Westerfelt, A. & Piliavin, I. (1996). *Assessing the long-term effects of foster care: a research synthesis*. Washington: Child Welfare League of America Press.

- Menezes, J. (2013). *Desenvolvimento positivo e saúde mental de crianças: uma revisão sistemática de estudos brasileiros*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília.
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J. & Knapp, M. (2006). Children in foster care: mental health, service use and costs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 63-70.
- Moos, R. (1976). Conceptualizations of human environments. In H. Proshansky, W. Ittelson & L. Rivlin (Eds.), *Environmental psychology: man and his physical setting*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Moreira, M., Bedran, P., Carellos, S. & Passos, A. (2013). As famílias e as crianças acolhidas: histórias mal contadas. *Psicologia em Revista*, 19, 59-73.
- Moreira, P. (2002, 2a ed.). *Crescer a brincar*. Coimbra: Quarteto.
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Health topics: mental health*. Recuperado a partir de http://www.who.int/topics/mental_health/en/.
- Pecora, P., Jensen, P., Romanelli, L., Jackson, L. & Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in Foster Care: an overview of current challenges. *Child Welfare*, 88, 5-26.
- Remédios, C. (2010). *O bem-estar psicológico e as competências pessoais e sociais na adolescência*. Tese de Mestrado Integrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, C. (2009). *A criança na justiça: trajetórias e significados do processo judicial de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. Coimbra: Almedina.
- Strolin-Goltzman, J., Kollar, S. & Trinkle, J. (2010). Listening to the voices of children in foster care: youths speak out about child welfare workforce turnover and selection. *Social Work*, 55, 47-53.
- Taussig, H. N. & Culhane, S. E. (2010). Impact of a mentoring and skills group program on mental health outcomes for maltreated children in foster care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164 (8), 739-74.