

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ACOLHIMENTO
RESIDENCIAL: ANÁLISE DOS FATORES DE
PROTEÇÃO E DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL**

Sara Isabel Alegria Tereso

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Psicologia da Saúde e da Doença**

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ACOLHIMENTO
RESIDENCIAL: ANÁLISE DOS FATORES DE
PROTEÇÃO E DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL**

Sara Isabel Alegria Tereso

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Isabel de Freitas Pereira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Psicologia da Saúde e da Doença**

2019

“Every child deserves a champion, an adult who will never give up on them, who understands the power of connection and insists that they become the best that they can possibly be.”

- R. Pierson

Agradecimentos

Queria começar por agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Ana Isabel Pereira, pela disponibilidade, incentivo e apoio constante que me demonstrou ao longo deste ano letivo, que foram fundamentais na elaboração deste trabalho.

Gostaria também de agradecer às minhas colegas Catarina, Márcia e Sofia, com quem trabalhei em conjunto na recolha de dados, e cujos resultados deste trabalho se devem, sem dúvida, a elas também.

Agradeço também à equipa da *Wave by Wave*, que me acolheu com boa disposição e que me permitiu experienciar um pouco do seu projeto tão interessante.

Com um carinho muito especial, quero agradecer às pessoas que me são mais próximas, e que são tão importantes para mim, por me acompanharem, animarem e encorajarem ao longo deste ano letivo (e não só).

Por fim, mas não menos importante, quero salientar que foi muito gratificante trabalhar com este tema, que me deu a oportunidade de conhecer um pouco deste contexto tão relevante (e desafiante) que é o das crianças e adolescentes em acolhimento residencial. Neste sentido, gostaria de agradecer também a todos os profissionais das casas de acolhimento que sempre me (nos) acolheram amavelmente e, principalmente, a todas as crianças e adolescentes que despenderam um pouco do seu tempo para colaborarem neste estudo.

Resumo

A institucionalização de crianças e adolescentes em casas de acolhimento ocorre quando as condições do meio familiar não são adequadas para o seu desenvolvimento, segurança e bem-estar. Esta população acumula vários fatores de risco (como experienciarem maus-tratos e serem conseqüentemente afastados da sua família) e apresenta uma prevalência elevada de problemas de saúde mental. O presente estudo teve como objetivos caracterizar uma amostra de 88 crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos relativamente às suas características sociodemográficas, escolares e institucionais, aos seus recursos individuais e relacionais e aos seus resultados de saúde mental, e explorar as associações entre vários potenciais fatores de proteção e os resultados de saúde mental. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: questionários acerca de informações sociodemográficas, escolares e institucionais, a Escala de Auto-estima de Rosenberg, o Questionário de Regulação Emocional – Crianças e Adolescentes, o *Test of Everyday Attention*, o Questionário de Ligação a Figuras Significativas, o Questionário de Capacidades e Dificuldades (para o próprio, tutores e professores) e a Escala de Ansiedade e Depressão para Crianças – Revista.

A maioria dos participantes reside na sua primeira casa de acolhimento, tem contacto com a família, não tem irmãos na instituição, não tem problemas de saúde mental ou física identificados pelos seus tutores e tem acompanhamento em psicologia ou pedopsiquiatria. Embora o ensino regular seja a situação escolar mais frequente e a maior parte das crianças tenha um aproveitamento escolar positivo, uma grande percentagem dos participantes beneficia de ensino especial ou de adaptações curriculares. É ainda de salientar que uma percentagem considerável dos alunos apresenta resultados negativos e/ou problemas comportamentais na escola. Para além disto, os participantes apresentaram resultados moderados de auto-estima, elevados de qualidade das relações com figuras significativas (que não os pais), e relativamente baixos de autorregulação emocional. Apesar dos resultados de ansiedade, depressão e dificuldades totais (reportadas por todos os informadores) serem relativamente baixos/moderados, são mais elevados do que os valores encontrados noutros estudos.

Relativamente às associações entre as variáveis, foram observadas algumas correlações estatisticamente significativas com uma significância de magnitude moderada. Nomeadamente, valores mais elevados de sintomas de externalização e de dificuldades totais foram mais frequentes no sexo masculino. Quanto às variáveis relacionadas com a institucionalização, observou-se uma associação entre um maior número de irmãos na casa de acolhimento e mais sintomas de externalização. No que diz respeito aos recursos individuais, verificaram-se associações entre uma auto-estima mais elevada e menos dificuldades totais, sintomas de

externalização e sintomas de Perturbação Depressiva Major. Foram também observadas associações entre capacidades de autorregulação da atenção mais elevadas e menos sintomas de internalização, de externalização, de Perturbação de Ansiedade de Separação e de dificuldades totais.

Desta forma, os resultados deste estudo sugerem algumas dimensões associadas a melhores resultados de saúde mental nas crianças e adolescentes em acolhimento residencial. A identificação e promoção destas dimensões é importante de modo a reduzir o impacto da adversidade na saúde mental desta população, podendo ser útil na elaboração e planeamento de intervenções.

Palavras-chave: crianças, adolescentes, institucionalização, fatores de proteção, resiliência, saúde mental

Abstract

The institutionalization of children and adolescents on residential homes happens when the conditions of the family environment are not suitable for their development, safety and well-being. This population accumulates several risk factors (such as experiencing maltreatment and consequently being separated from their family) and presents a high prevalence of mental health problems. The present study aimed to characterize a sample of 88 children and adolescents from 7 to 17 years of age regarding their sociodemographic, school and institutional characteristics, their individual and relational resources, and their mental health outcomes, and to explore the associations between the various potential protective factors and mental health outcomes. The following evaluation instruments were used: questionnaires about sociodemographic, school and institutional information, the Rosenberg Self-esteem Scale, the Emotional Regulation Questionnaire - Children and Adolescents, the Test of Everyday Attention, the Relationship to Significant Figures Questionnaire, the Strengths and Difficulties Questionnaire (for self, tutors and teachers) and the Revised Child Anxiety and Depression Scale.

Most of the participants live in their first institution, have contact with their family, do not have siblings in the institution, do not have physical or mental health problems identified by their tutors and are followed up in psychology or child/adolescent psychiatry. Although regular education is the most frequent school situation and most children have a positive academic achievement, a large percentage of the participants benefit from special education/curricular adaptations. It should also be noted that a considerable percentage of students present negative results and/or behavioral problems in school. The participants presented moderate results of self-esteem, high quality of relationships with relatively high significant figures, and relatively low capacity of emotional self-regulation. Although the results of anxiety, depression and total difficulties (from all informants) are relatively low/moderate, they are higher than those in other studies

Regarding the associations between variables, it was observed some significant correlations of moderate strength. In particular, higher values of externalization symptoms and total difficulties were more frequent in the male gender. Concerning the variables related to institutionalization, there was an association between a larger number of siblings in the institution and more externalization symptoms. As for individual resources, there were associations between a higher self-esteem and fewer total difficulties, externalization symptoms and Major Depressive Disorder symptoms. There were also observed associations between better attentional self-regulation abilities and fewer symptoms of internalization, of Separation Anxiety Disorder and of total difficulties.

Thus, the results of this study suggest some dimensions associated with better mental health outcomes in children and adolescents in residential care. The identification and promotion of these dimensions is important in order to reduce the impact of adversity on the mental health of this population, being useful in the elaboration and planning of interventions.

Keywords: children, adolescents, institutionalization, protective factors, resilience, mental health

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico	2
Caracterização das Crianças e Adolescentes em Situação de Acolhimento em Portugal	2
Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes em Situação de Acolhimento	3
O caso específico do trauma complexo.	5
Prevalência dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes em situação de acolhimento: estudos empíricos.	6
Resiliência e Fatores de Proteção	7
Fatores de proteção em crianças e adolescentes em situação de acolhimento residencial: estudos empíricos.	8
Síntese dos estudos.	14
Limitações dos estudos.	16
Metodologia	17
Objetivos.....	17
Amostra	17
Instrumentos	18
Características sociodemográficas, escolares e relacionadas com a institucionalização. .	18
Recursos individuais e relacionais.	18
Resultados de saúde mental.	21
Procedimentos	23
Resultados	25
Caracterização da Amostra.....	25
Nº de instituições.	25
Tempo institucionalização.	25
Contacto com a família.	26
Irmãos na instituição.	26
Problemas de saúde.....	26
Acompanhamento médico, psicológico e farmacológico.	27
Situação escolar.	28

Desempenho acadmico.....	28
Recursos individuais e relacionais.	31
Resultados de saúde mental.	34
Correlaes entre as variáveis preditoras e as variáveis de saúde mental	38
Correlaes entre as variáveis preditoras e os resultados do SDQ – próprio.	38
Correlaes entre as variáveis preditoras e os resultados do SDQ – tutor.....	40
Correlaes entre as variáveis preditoras e os resultados do SDQ – professor.	43
Correlaes entre as variáveis preditoras e os resultados do RCDAS.....	46
Discussão dos Resultados e Concluses	50
Caracterizao da Amostra.....	50
Situao na instituio, problemas de saúde e acompanhamento médico/psicológico e situao escolar.	50
Recursos individuais e relacionais.	53
Resultados de saúde mental.	54
Correlaes entre as Variáveis Preditoras e as Variáveis de Saúde Mental.....	55
Variáveis sociodemográficas.	55
Variáveis relacionadas com a institucionalizao.....	56
Recursos individuais e relacionais.	58
Consideraes Finais	60
Contributos do estudo.	60
Limitaes do estudo.	62
Linhas futuras de investigao.....	63
Referências Bibliográficas	64
ANEXOS.....	75

Índice de Tabelas

Tabela 1. Nacionalidade dos participantes	17
Tabela 2. Estatística Descritiva do tempo de institucionalização total e na casa de acolhimento atual	25
Tabela 3. Estatística descritiva da frequência do contacto com a família	26
Tabela 4. Estatística descritiva dos tipos de Problemas de Saúde	27
Tabela 5. Estatística descritiva do tipo de acompanhamento médico e psicológico	27
Tabela 6. Estatística descritiva da situação escolar	28
Tabela 7. Estatística descritiva do desempenho académico (comportamento)	29
Tabela 8. Estatística descritiva do desempenho académico (aproveitamento) – 1º ciclo	30
Tabela 9. Estatística descritiva do desempenho académico (aproveitamento) – 2º e 3º ciclo	31
Tabela 10. Estatística Descritiva dos Subtestes do <i>Test of Everyday Attention</i>	32
Tabela 11. Estatística descritiva do número de Adultos Identificados no Questionário de Ligação a Figuras Significativas	33
Tabela 12. Estatística descritiva do tipo de ligação com o 1º adulto identificado	34
Tabela 13. Estatística descritiva do tipo de ligação com o 2º adulto identificado	34
Tabela 14. Estatística descritiva dos resultados de saúde mental: subescalas da Escala de Ansiedade e Depressão para Crianças - Revista (RCDAS) - preenchido pelo próprio	35
Tabela 15. Resultados de Saúde Mental: Subescalas do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) - preenchido pelo próprio, pelo tutor e pelo professor	36
Tabela 16. Diferenças entre os resultados reportados pelos vários informadores	37
Tabela 17. Correlações entre as variáveis preditoras e as variáveis de saúde mental - resultados do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) relatados pelo próprio	38
Tabela 18. Correlações entre as variáveis preditoras e as variáveis de saúde mental - resultados do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) relatados pelo tutor	40
Tabela 19. Correlações entre as variáveis preditoras e as variáveis de saúde mental - resultados do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) relatados pelo professor ..	44
Tabela 20. Correlações entre as variáveis preditoras e as variáveis de saúde mental – resultados da Escala de Ansiedade e Depressão para Crianças - Revista (RCDAS)	46

Lista de Anexos

Anexo I – Carta para as Casas de Acolhimento

Anexo II – Protocolo para o Tutor (Termo de Consentimento Informado)

Anexo III – Protocolo para o Criança (Guião para explicar o estudo à criança/adolescente e pedir o seu assentimento)

Anexo IV – Questionário acerca da Informação Sociodemográfica

Anexo V – Questionário acerca da Informação Escolar

Anexo VI – Escala de Auto-estima de Rosenberg (*Rosenbergs Self-esteem Scale*)

Anexo VII – Questionário de Regulação Emocional – Crianças e Adolescentes (*Emotional Regulation Questionnaire – Children and Adolescents*)

Anexo VIII – Questionário de Ligação a Figuras Significativas

Anexo IX – Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) – próprio

Anexo X – Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) – tutor

Anexo XI – Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) – professor

Anexo XII – Escala de Ansiedade e Depressão para Crianças - Revista (*Revised Child Anxiety and Depression Scale*)

Introdução

O presente estudo foi realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, submetida à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Está inserido num estudo mais alargado, que tem como principal objetivo estudar a efetividade do projeto *Wave by Wave* na promoção da saúde mental e física de crianças e adolescentes em situação de acolhimento residencial.

Este trabalho debruça-se sobre os fatores de proteção em crianças e adolescentes institucionalizados em casas de acolhimento e tem como um dos objetivos caracterizar esta população relativamente às suas características sociodemográficas, escolares e institucionais, aos seus recursos individuais e relacionais e aos seus resultados de saúde mental. Outro objetivo é o de explorar as associações entre os potenciais fatores de proteção e os resultados de saúde mental (como é o caso de problemas de externalização e de internalização). Estes objetivos são relevantes uma vez que permitem, não só conhecer um pouco melhor esta população em relação a estas dimensões, mas também conhecer quais destas estão associadas a melhores resultados de saúde mental, podendo ser útil na elaboração e planeamento de intervenções junto destas crianças e jovens.

Este trabalho está subdividido em várias secções. Começamos por apresentar o enquadramento teórico que aborda o contexto institucional em Portugal e a prevalência de problemas de saúde mental nesta população. De seguida, são caracterizados os conceitos de resiliência e de fatores de proteção, e descritos vários estudos empíricos acerca destes mesmos conceitos no contexto de acolhimento residencial. Na secção seguinte é apresentada a metodologia, onde são descritos os objetivos, a amostra e os instrumentos utilizados no estudo, sendo finalizada com a descrição do procedimento.

Como parte central deste trabalho, são posteriormente descritos e discutidos os resultados do estudo, que estão organizados de acordo com os objetivos definidos inicialmente: a caracterização da amostra e a correlação entre as variáveis preditoras (características sociodemográficas, características relacionadas com a institucionalização, recursos individuais e relacionais) e as variáveis relativas aos resultados de saúde mental reportados pelo próprio, pelo tutor e pelo professor.

Por último, são incluídas algumas considerações finais relativas à relevância do estudo, às suas limitações e a linhas futuras de investigação.

Enquadramento Teórico

Caracterização das Crianças e Adolescentes em Situação de Acolhimento em Portugal

Em 2017, o Relatório de Caracterização Anual da Situação do Acolhimento das Crianças e Jovens indicou que 7553 crianças e jovens dos 0 aos 20 anos se encontravam em situação de acolhimento familiar ou residencial, estando a maioria em Lares de Infância e Juventude (61%) e em Centros de Acolhimento Temporário (25%) (Instituto da Segurança Social, 2018). A colocação em situação de acolhimento ocorre quando as condições do meio familiar não são adequadas para o desenvolvimento destas crianças e adolescentes, sendo expostas/os a riscos para a sua segurança e bem-estar.

De acordo com o artigo 49 da Lei n.º 142/2015 (Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo), a medida de acolhimento residencial consiste na “colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações, equipamento de acolhimento e recursos humanos permanentes, devidamente dimensionados e habilitados, que lhes garantam os cuidados adequados” (p. 7204) e tem como finalidade “contribuir para a criação de condições que garantam a adequada satisfação de necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens e o efetivo exercício dos seus direitos, favorecendo a sua integração num contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral” (p. 7204).

São várias as situações de perigo que constituem um motivo para a decisão da retirada de casa pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e pelos tribunais, havendo um afastamento temporário das crianças e adolescentes das suas famílias. As situações de perigo mais comuns são a negligência (71%), os maus-tratos psicológicos (9%), nos quais predomina a exposição à violência doméstica, os maus-tratos físicos (4%) e os abusos sexuais (3%). Importa sublinhar que é possível que cada criança ou adolescente tenha entrado no sistema de acolhimento por identificação de mais do que uma situação de risco, sendo que as situações apuradas (17.600) excedem em grande escala o número de crianças e adolescentes em situação de acolhimento (Instituto da Segurança Social, 2018). Adicionalmente, os principais motivos identificados para a institucionalização da amostra do estudo português de Cordovil, Crujo, Vilariça, e Caldeira da Silva (2011), foram os maus-tratos (78,1%), a disfuncionalidade familiar (53,1%) e o alcoolismo parental (14,1%).

As casas de acolhimento fornecem então o cuidado, a supervisão, as oportunidades de aprendizagem e o suporte financeiro a crianças e a adolescentes que são privados destes aspetos essenciais junto das suas famílias (Elebiary, Behilak, & Kabbash, 2010). A institucionalização

é uma transição de vida causada, maioritariamente, pelas dificuldades dos cuidadores, nomeadamente os pais, em assegurarem as condições económicas, sociais e emocionais necessárias para o desenvolvimento saudável dos seus filhos (Mota & Matos, 2014). Apesar de as casas de acolhimento fornecerem um contexto alternativo para o desenvolvimento destas crianças e jovens, não são o ambiente mais desejável por diversas razões, entre elas: os problemas de sobrelotação, de menor atenção individual e de oportunidades mais limitadas para formar relações de vinculação, por comparação a crianças que crescem num ambiente familiar estável (Johnson, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2006; Kaur, Vinnakota, Panigrahi, & Manasa, 2018; Rushton & Minnis, 2002).

Tendo em conta estas experiências e consequentes riscos a que estas crianças e adolescentes são expostos, não é de admirar que esta população apresente uma prevalência elevada de problemas de saúde mental.

Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes em Situação de Acolhimento

Como já foi referido, muitas crianças e adolescentes em situação de acolhimento experienciam maus-tratos e/ou negligência, sendo privadas do cuidado parental e de um ambiente familiar seguro. Esta população pode acumular uma série de fatores de risco como, por exemplo, pobreza, saúde física pobre, dificuldades de vinculação e capacidades sociais inadequadas (Elebiary et al., 2010; Schmid, Goldbeck, Nuetzel, & Fegert, 2008). As situações adversas que experienciam durante a infância e a adolescência e os fatores de risco associados colocam-nos mais vulneráveis para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, perturbações psiquiátricas e perturbações do desenvolvimento, que podem persistir após a saída do acolhimento residencial (Kaur et al., 2018; Lehmann, Havik, Havik, & Heiervang, 2013; Oswald, Heil, & Goldbeck, 2010; Washington et al., 2018). Aliás, a literatura mostra uma prevalência elevada (e maior risco para o desenvolvimento) de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes em situações de acolhimento, sendo particularmente elevada em acolhimento residencial (Erol, Simsek & Munir 2010; Rushton & Minnis, 2002; Schmid et al., 2008). Para além de apresentarem frequentemente problemas emocionais e comportamentais graves, as dificuldades nas relações com os pares e os problemas cognitivos parecem também ser características muito notórias nesta população (Leloux-Opmeer, Kuiper, Swaab & Scholte, 2016).

Existem dois fatores principais que levam a que seja de esperar que as crianças no sistema de acolhimento exibam um risco significativamente maior de apresentarem problemas de saúde mental e de desenvolvimento do que outras crianças que não estão na mesma situação

(Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998). Em primeiro lugar, a maioria das crianças experienciaram uma ou mais formas de maus-tratos antes da colocação em acolhimento, suficientemente graves ao ponto de envolverem os serviços de proteção infantil. Num estudo de Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell e Daigneault (2011), com 53 crianças e adolescentes em acolhimento residencial, todos os participantes reportaram ter experienciado algum nível de negligência física (98%), abuso emocional (68%), abuso físico (60%), negligência emocional (58%) e/ou abuso sexual (38%). Foi também verificado que mais de metade da amostra reportou ter experienciado todos ou quase todos estes diferentes tipos de experiências de maus-tratos. Os resultados deste estudo mostraram que a experiência de diferentes tipos de trauma estava associada a uma maior probabilidade de apresentar sintomas clínicos de depressão, raiva, stress pós-traumático e/ou dissociação. Estes dados são consistentes com a literatura sobre os efeitos do trauma complexo (Cook et al., 2003).

Em segundo lugar, todas estas crianças estão expostas aos efeitos negativos, incluindo o trauma, de serem separados dos seus pais ou outros cuidadores. Ou seja, é de esperar que uma criança que sofreu de abuso e/ou de negligência e, subsequentemente, foi removida de casa para longe da sua família, tenha um risco elevado para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Clausen et al., 1998; Simms, Dubowitz, & Szilagyi, 2000). A maioria das crianças, ao serem retiradas de casa, sentem uma combinação de medo do desconhecido, culpa de terem de alguma forma provocado a sua separação da família e a sensação de estarem a ser castigadas (Simms et al., 2000).

Segundo jovens que estiveram em acolhimento residencial, as experiências pessoais desafiadoras ou adversas, o sentimento de aprisionamento na instituição, alguns comportamentos da equipa da instituição menos favoráveis, os sentimentos de desrespeito e/ou de desvalorização, a desconexão com a família, o ambiente residencial conflituoso e o facto de se sentirem diferentes dos seus pares, foram fatores que eles sentiram que interferiram na sua saúde mental (Arsenault & Domene, 2018). Para além disso, a própria questão de viverem numa casa de acolhimento é muitas vezes vista como uma experiência stressante, e a ida para este local pode ser vivenciada com sofrimento (Calcing & Benetti, 2014).

Em Inglaterra, num estudo de Berridge, Biehal e Henry (2012), ao entrevistarem 59 crianças e adolescentes dos 10 aos 18 anos, de forma a perceber o que a vida na casa de acolhimento significa para eles, verificaram-se diferenças na experiência individual de cada jovem. Enquanto que para uns o cuidado residencial significava estarem em segurança, para outros significava a falta de segurança e sentimentos de solidão. Houve jovens que expressaram muita tristeza e o desejo de voltar para a sua família e outros que acharam que a casa de

acolhimento deveria ser mais sentida como um lar e não tanto como uma instituição, para não terem o lembrete constante que estão numa casa de acolhimento, longe da família. Neste estudo foi também interessante perceber que, apesar de poderem estabelecer laços importantes com os seus pares nas casas de acolhimento, viver com outros jovens foi muitas vezes mencionado como uma dificuldade ou stressor. Ou seja, o conflito entre pares pode ser um grande problema em algumas casas, e aqueles que não estão envolvidos nos conflitos podem até ter uma atenção mais limitada por parte da equipa.

Para além dos fatores já referidos, os fatores genéticos e pré-natais também têm impacto no desenvolvimento (Oswald et al., 2010), podendo ser relevantes em situações em que os pais têm problemas de saúde mental ou em que houve abuso de substâncias e/ou outros problemas durante a gestação.

O caso específico do trauma complexo.

Em crianças que sofreram de abuso ou de negligência, apesar do diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PPST) ser muitas vezes utilizado, raramente capta todo o impacto da exposição múltipla e crónica ao trauma, havendo também frequentemente diagnósticos como Perturbação Depressiva Majora, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Perturbações de Oposição e de Comportamento, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Ansiedade de Separação e Perturbação de Vinculação Reativa (Cook et al., 2003). A exposição a trauma complexo (que estará presente na maioria das crianças em situação de acolhimento) é caracterizada como as “ocorrências simultâneas ou sequenciais de maus-tratos na criança - incluindo abuso emocional, negligência, abuso sexual, abuso físico e exposição a violência doméstica - que são crónicos e começam no início da infância. Para além disto, estas experiências traumáticas no início da vida e a consequente desregulação emocional, ausência de um porto seguro, entre outras, muitas vezes levam a subsequente exposição a trauma” (Cook et al., 2003, p. 5).

De acordo com Cook et al. (2003), há sete domínios afetados em crianças expostas a trauma complexo: a vinculação (isolamento social e dificuldades interpessoais), a biologia (problemas do desenvolvimento sensório-motor e hipersensibilidade ao contacto físico), a regulação afetiva (dificuldades de autorregulação emocional e dificuldade no reconhecimento/descrição dos estados internos), a dissociação (alterações nos estados de consciência e despersonalização), o controlo comportamental (impulsividade e agressão), a cognição (dificuldades de aprendizagem e dificuldades de atenção e funções executivas) e o auto-conceito (baixa auto-estima, vergonha e culpa).

Prevalência dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes em situação de acolhimento: estudos empíricos.

Existem atualmente vários estudos que demonstram a prevalência de perturbações em crianças e adolescentes em acolhimento residencial. No estudo de Schmid et al. (2008), realizado na Alemanha, com 557 participantes dos 4 aos 18 anos, os problemas identificados mais frequentemente foram os problemas de comportamento (26%), os problemas de comportamento com PHDA (22%), a PHDA (2%), a distímia/depressão (10,4%), o abuso de álcool e drogas (8,8%) e a enurese noturna (6%). Num outro estudo, de Kaur et al. (2018), realizado na Índia, foram avaliadas 292 crianças e adolescentes dos 4 aos 17 anos com o recurso ao *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Os resultados indicaram uma elevada prevalência de problemas de comportamento (34,90%), problemas com os pares (15,80%), problemas emocionais (14,70%), hiperatividade (8,60%) e poucos comportamentos pró-sociais (3,40%). Em 91,8% desta amostra, estes problemas tinham um impacto negativo na sua vida em geral, sendo que a vida em casa, a aprendizagem na escola, as atividades de lazer e as amizades foram os domínios mais afetados. Noutro estudo (Collin-Vézina et al., 2011), realizado no Canadá, com 53 adolescentes dos 14 aos 17 anos, muitos participantes reportaram dissociação (28,3%), depressão (26,4%), stress pós-traumático (24,5%) e níveis clínicos de raiva (18%) e de ansiedade (12%).

No estudo de Altshuler e Poertner (2002) realizado com 63 adolescentes dos 12 aos 19 anos nos Estados Unidos da América, observou-se que comparativamente ao grupo de jovens que não estavam em situação de acolhimento, mais do dobro dos adolescentes do grupo em acolhimento residencial apresentavam perturbações psicossociais (como problemas comportamentais e emocionais, problemas na fala e perturbações de aprendizagem). Por fim, um estudo realizado no contexto português, conduzido por Campos, Barbosa-Ducharne, Dias, Rodrigues, Martins e Leal (2019), com 443 adolescentes dos 11 aos 18 anos, revelou que os adolescentes que viviam em acolhimento residencial reportaram significativamente mais problemas comportamentais e emocionais do que os pares que viviam em contexto familiar (grupo normativo de referência). Relativamente a diferenças entre géneros, as raparigas reportaram resultados mais elevados de ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas de pensamento e de atenção, problemas afetivos, tal como de total de problemas de internalização e de total de problemas no geral. Por outro lado, os rapazes apresentaram resultados mais elevados de problemas de comportamento e de oposição.

Como estes estudos indicam, existe uma elevada prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes em acolhimento residencial, sendo manifestadas

dificuldades em diversas áreas do funcionamento. Esta prevalência aponta para a necessidade da exploração da resiliência e dos fatores de proteção nesta população.

Resiliência e Fatores de Proteção

Rutter (1985) define os fatores de proteção como “influências que modificam, atenuam, ou alteram a resposta das pessoas a algum risco ambiental que as predispõe para um resultado mal-adaptativo” (p. 600), ou seja, são recursos internos e/ou externos que promovem a resiliência e reduzem a probabilidade de existirem problemas de saúde mental devido à atenuação do efeito dos fatores de risco (Fraser, Kirby, & Smokowski, 2004).

Masten e Coatsworth (1998) definem a resiliência como “a competência manifestada no contexto de desafios significativos para a adaptação ou desenvolvimento” (p. 206). Parece não existir uma “imunidade” ao stress, mas sim diferentes padrões de resposta ao mesmo, que são mais ou menos adaptativos, dependendo do contexto, das circunstâncias e da fase de desenvolvimento da criança/adolescente (Masten, Morison, Pellegrini, & Tellegen, 1990). A resiliência pode ser também compreendida como “um processo ou padrão dinâmico de adaptação e desenvolvimento positivo face a ameaças significativas para a vida ou funcionamento do indivíduo” (Masten & Wright, 2010, p. 215) que surge através de vários processos e interações a nível individual, relacional e social (Masten & Wright, 2010). Desta forma a resiliência é considerada como o resultado do equilíbrio dinâmico entre fatores de risco e fatores de proteção (Zabern & Bouteyre, 2017).

As maiores ameaças para o desenvolvimento são aquelas que põem em causa os sistemas subjacentes aos processos adaptativos, incluindo o desenvolvimento cerebral e cognitivo, as relações cuidador-criança, a regulação do comportamento e das emoções, e a motivação para aprenderem e envolverem-se no ambiente. Muitas vezes, as crianças que enfrentam grandes adversidades não têm os recursos básicos nem tiveram as experiências que promovem as capacidades de adaptação, o que salienta a importância da promoção da competência e da resiliência das crianças em risco (Masten, 2001). A intervenção precoce e a promoção de fatores de proteção podem ajudar a contornar os resultados de saúde mental negativos nesta população (Kisiel, Summersett-Ringgold, Weil, & McClelland, 2017; Lou, Taylor, & Di Folco, 2018), o que significa que é necessário perceber como é que o risco, frequentemente associado à institucionalização, pode ser atenuado através dos fatores de proteção relacionados, por exemplo, com as circunstâncias contextuais e emocionais dos jovens (Mota & Matos, 2010).

Tendo em conta que muitas crianças que se encontram em contexto residencial não tiveram o cuidado responsivo e consistente necessário para um desenvolvimento adequado, as relações interpessoais são o núcleo de um cuidado residencial eficiente. De forma a contribuir para resultados de saúde mental positivos, deve-se garantir a disponibilidade de adultos carinhosos e interessados, fornecer apoio educacional e motivar os jovens para o futuro (Lou et al., 2018). Boas capacidades cognitivas, a ausência de problemas de atenção e uma boa capacidade de controlo de impulsos são características que também levam a que as crianças consigam ter comportamentos mais adaptativos, apesar de terem experienciado situações adversas (Masten e Coatsworth, 1998).

Fatores de proteção em crianças e adolescentes em situação de acolhimento residencial: estudos empíricos.

1. Caracterização de alguns fatores de proteção em crianças e adolescentes em acolhimento residencial e do impacto da adversidade nestes fatores

Dois estudos com este tipo de objetivo utilizaram metodologias **quantitativas** e um desenho **transversal**. Nomeadamente, o estudo de Altshuler e Poertner (2002), realizado nos Estados Unidos da América, teve como objetivo estudar o bem-estar [operacionalizado em 5 domínios: satisfação (auto-estima e satisfação com a saúde), desconforto (físico e emocional, e limitações de atividade), fatores de proteção (envolvimento familiar, capacidade de resolução de problemas, atividade física, e segurança/saúde em casa) riscos (comportamento individual de risco, ameaças ao sucesso e influência dos pares) e sucesso (desempenho académico e profissional)] de um grupo de 63 adolescentes em acolhimento residencial com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, comparando-o a um grupo de referência normativo de adolescentes que não se encontravam na mesma situação. Os resultados indicaram que os adolescentes em acolhimento residencial apresentaram níveis de auto-estima significativamente mais baixos do que o grupo de referência e que, apesar de terem reportado um desconforto físico (como sentirem-se doentes, com tonturas, dores de cabeça/físicas ou vômitos) comparável ao grupo de referência, reportaram um sofrimento emocional (sentirem-se deprimidos, ansiosos, com medo, acordarem cansados e sentirem que não são amados) também significativamente mais elevado. Estes jovens reportaram níveis elevados de risco, nomeadamente através do próprio envolvimento em comportamentos de risco e em outros comportamentos que afetam o seu desenvolvimento social (como mentir, roubar, trair e desobedecer). Apesar disto, apresentaram níveis de desempenho académico semelhantes ao

grupo de referência (mas mais baixos de desempenho profissional). Relativamente aos fatores de proteção estudados, os grupos apenas diferiram significativamente em relação às competências percebidas de resolução de problemas e ao envolvimento familiar. Nomeadamente, os adolescentes em acolhimento residencial revelaram níveis mais elevados na capacidade de resolução de problemas e níveis mais baixos de envolvimento familiar, por comparação ao grupo de referência. Estes resultados podem refletir a necessidade que os jovens em acolhimento residencial têm de desenvolver este tipo de capacidades que contribuem para a sua resiliência, uma vez que não podem contar tanto com outros recursos, como o envolvimento familiar.

Um outro estudo, já mencionado anteriormente, de Collin-Vézina et al. (2011), teve como um dos objetivos descrever o impacto do género e do número de diferentes traumas experienciados nos fatores de proteção (agrupados a nível individual, relacional, comunitário e cultural). Este estudo foi realizado com uma amostra de 53 adolescentes dos 14 aos 17 anos de nacionalidade canadiana e os resultados indicam que a frequência de múltiplas experiências de abuso e/ou negligência tem um impacto significativo nos fatores de proteção individuais (como a capacidade de resolução de problemas, de adaptação a diferentes contextos sociais e de esforço para completar tarefas), relacionais (como o apoio de familiares/amigos, a segurança transmitida pelos familiares e sentimentos de admiração) e comunitários (como considerar que tem ajuda da comunidade e que é tratado com justiça). Ou seja, os jovens que experienciaram uma maior quantidade de diferentes tipos de maus-tratos tiveram resultados mais baixos nestas dimensões. Não houve qualquer diferença no género relativamente aos fatores de proteção avaliados.

2. Relação entre os fatores de proteção e os resultados de saúde mental em crianças e adolescentes em acolhimento residencial

Alguns estudos exploraram quais os fatores de proteção mais salientes nesta população e de que forma estes fatores se encontravam relacionados com a saúde mental. Certos estudos, **qualitativos e transversais** exploraram quais as perspetivas das crianças e dos adolescentes em acolhimento residencial acerca das suas experiências e dos fatores de proteção. É o caso do estudo de Arsenault e Domene (2018), realizado no Canadá, que procurou explorar formas eficientes de promover a saúde mental e a resiliência desta população através de entrevistas a 8 adolescentes com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos. Ao serem questionados sobre que fatores consideravam como tendo sido promotores da sua saúde mental, os jovens

referiram os seguintes: relações positivas com os pares, funcionários da casa de acolhimento e membros da família, estratégias de *coping* e de auto-cuidado, atividades e recursos fora da instituição, liberdade e independência, participação no ambiente escolar e conexão com a sua cultura. Para além disto, também foram questionados sobre que fatores poderiam promover a sua saúde mental (uma espécie de “*wish list*”), sendo referidas mais conexões positivas com os membros da família, maior liberdade/independência, estratégias de *coping* adicionais, ter um emprego/controlo financeiro, melhorias a nível das políticas da instituição e do comportamento da equipa, maior estabilidade no contexto institucional e escolar, e um maior número de relações com os pares. Uma estratégia de *coping* interessante mencionada por estes jovens foi a música, ou seja, ouvir, escrever e tocar música foi percebido como benéfico para a sua saúde mental.

O estudo de Drapeau, Saint-Jacques, Lepine, Begin e Bernard (2007), realizado no Canadá, pretendeu compreender o que contribui para a resiliência de adolescentes em situação de acolhimento. Foram identificados 12 jovens nesta situação, com idades entre os 14 e os 17 anos, considerados “resilientes” (ou seja, com uma participação escolar, empregabilidade, relação com os pares e com os adultos, características pessoais e comportamentais num nível de competência igual ou superior ao grupo de referência). Os resultados das entrevistas sugerem a existência de três tipos de pontos de viragem nas suas histórias de vida que os levou nessa direção: a ação, que está associada a uma conquista que fornece um sentido de realização em algum campo (profissional ou de lazer), que faz com que acreditem mais nas suas próprias capacidades e que desenvolvam uma melhor rede social (que, por sua vez promove a auto-estima); a relação com um adulto, que está associada a conhecer uma pessoa e criar uma relação significativa com esta; e a reflexão, que está associada à perceção de não quererem continuar como estão, existindo uma grande motivação para a mudança (como por exemplo, em casos de abusos de substâncias ou problemas de comportamento). Esta perceção esteve muitas vezes associada a um evento significativo, como a colocação em acolhimento residencial.

O estudo de Berridge et al. (2012), em Inglaterra, com 59 crianças e adolescentes dos 10 aos 18 anos, teve como objetivo perceber a perspetiva destes acerca das suas experiências na casa de acolhimento. Neste estudo, quase todos os participantes conseguiram mencionar um membro da equipa com quem se sentiam particularmente próximos ou que pudessem abordar se precisassem de apoio. Salientaram ainda o valor que dão aos esforços que os funcionários fazem para construírem relações, estarem disponíveis e assegurarem que os jovens se sentem ouvidos e compreendidos.

O estudo de Malindi e Machenjedge (2012), realizado na África do Sul, teve por objetivo compreender de que forma o envolvimento escolar promove a resiliência. Foram realizadas entrevistas a 17 rapazes dos 11 aos 17 anos que antes de viverem numa casa de acolhimento viviam na rua. Os resultados sugerem que o envolvimento escolar é um fator de proteção que contribui para um maior comportamento pró-social, uma maior orientação para o futuro e mais oportunidades de apoio e de aprendizagem de capacidades básicas (como ler, escrever e cálculo matemático), de participação em atividades extracurriculares e de interação com os amigos. A participação no ambiente escolar permitia aos participantes aprender a relacionar-se de forma significativa com os pares e com os adultos, diminuía os sentimentos de solidão e encorajava não só a que adquirissem estratégias de coping mais adequadas, mas também a que regulassem os seus comportamentos de acordo com as normas sociais.

Fazendo a transição para as metodologias **quantitativas** e **transversais**, foram realizados três estudos, em Portugal, com adolescentes em casas de acolhimento dos 12 aos 18 anos. Um deles, com 246 adolescentes, procurou analisar o efeito da qualidade da relação com figuras significativas (professores, funcionários da escola e da casa de acolhimento) no bem-estar (Mota & Matos, 2014), outro, com 202 adolescentes, teve o objetivo de testar o efeito preditivo da qualidade da relação com as figuras significativas no desenvolvimento de comportamentos desviantes (comportamentos violentos, de vício, auto-destrutivos, e roubos) (Mota, Costa, e Matos, 2015), e um último, com 387 adolescentes, procurou compreender as associações entre a qualidade da relação entre irmãos (apoio, companheirismo, intimidade e admiração) e o auto-conceito (aceitação, auto-eficácia, maturidade psicológica e proatividade) (Mota & Matos, 2015). Os resultados destes estudos sugerem que os jovens privados do contacto com o cuidador primário, mas com uma relação de qualidade e emocionalmente próxima e apoiante com figuras significativas na instituição e/ou na escola, também são capazes de desenvolver resiliência. Ou seja, a qualidade da relação com figuras significativas marcada por uma atitude de apoio e atenção prediz positivamente o bem-estar dos jovens em contexto de institucionalização (Mota & Matos, 2014). Esta qualidade da relação com figuras significativas mostrou-se também negativamente correlacionada com o desenvolvimento de comportamentos desviantes, e positivamente correlacionada com o desenvolvimento de resiliência (Mota et al., 2015). Relativamente à relação com os irmãos, os resultados indicaram uma correlação positiva entre a qualidade desta relação e o auto-conceito. Ou seja, a perceção de apoio por parte dos irmãos é adaptativa e foi associada a resultados mais elevados de auto-aceitação, de perceção da aceitação por parte dos outros, de maturidade psicológica e de auto-eficácia (Mota & Matos, 2015).

Estes três estudos portugueses apresentados testaram igualmente o papel mediador da resiliência (operacionalizada como perseverança face adversidade, serenidade mesmo perante momentos difíceis, auto-confiança, e valorização da própria vida) nas associações entre as variáveis em estudo. A resiliência apresentou um papel mediador, ainda que parcial, na associação entre a qualidade da relação entre irmãos e o auto-conceito (Mota & Matos, 2015) e na associação entre a qualidade da relação com figuras significativas e o bem-estar (Mota & Matos, 2014), e um papel mediador total na associação entre a qualidade das figuras significativas e o comportamento desviante (Mota et al., 2015).

Outro estudo, também português (Mota & Matos, 2010), com 109 adolescentes dos 14 aos 19 anos, foi realizado com o intuito de analisar a contribuição da qualidade das ligações com figuras significativas nas competências sociais, como a empatia, a assertividade e o autocontrolo. Os resultados indicam que a qualidade da relação estabelecida com funcionários da casa de acolhimento teve um efeito preditor nas competências de autocontrolo e que a qualidade da ligação estabelecida com os funcionários da escola e com os professores foi um preditor significativo da qualidade da ligação desenvolvida com os pares (em termos de comunicação e confiança). Por sua vez, a qualidade das relações com os pares teve um efeito positivo na empatia e na assertividade.

O estudo português de Campos et al. (2019) com 443 adolescentes dos 11 aos 18 anos, teve como um dos objetivos explorar as associações entre os problemas de saúde mental e as competências psicossociais. Foram identificadas associações significativas entre melhores competências a nível social e de envolvimento em desportos/passatempos e menos problemas de saúde mental (nomeadamente, comportamento de oposição e outros problemas de externalização). Para além disso, foi observada uma associação entre um maior envolvimento em tarefas domésticas e menos comportamentos agressivos e de oposição, problemas de externalização e número total de problemas. Os adolescentes mais envolvidos em clubes na sua comunidade relataram mais oportunidades de socialização com os pares e menos sinais de isolamento/depressão. No entanto, observou-se que o número de amigos próximos estava positivamente correlacionado com comportamento de oposição (o que pode estar relacionado com a integração em grupos de pares com comportamentos desviantes). Também é de salientar que apesar do contacto com os irmãos, pais e outros adultos significativos mostrar-se negativamente correlacionado com problemas emocionais e comportamentais, apenas metade dos participantes conseguiu identificar um cuidador com quem tivessem uma relação próxima e de confiança.

Um estudo em Singapura, de Go, Chu, Barlas e Chng (2017), com 130 adolescentes dos 13 aos 19 anos, pretendeu examinar o papel de alguns fatores de proteção (interesses/talentos, relações familiares, apoio educacional, consciência e utilização dos próprios recursos) e dos vários tipos de maus tratos nos problemas de comportamento e de controlo da raiva. Os resultados indicam que a qualidade das relações familiares está associada a menos problemas de raiva/agressividade e que os interesses/talentos e o apoio educacional estão associados a menos problemas de comportamento. A maior consciência e utilização dos próprios recursos apresentou uma associação negativa com ambos os problemas e, no modelo de regressão final, onde foram controlados os efeitos das outras variáveis, apenas esta variável foi identificada como preditora destes problemas.

O estudo de Novotný e Křeménková (2016), realizado na República Checa, com 467 adolescentes com idades entre os 13 e os 21 anos, procurou avaliar a relação entre diferentes fatores de proteção [recursos individuais (recursos pessoais, apoio dos pares e capacidades sociais), relação com os cuidadores primários (apoio psicológico e físico), fatores contextuais que promovem o sentimento de pertencer a algo (contexto espiritual, educativo e cultural), sentido de mestria (perceções acerca das próprias capacidades e competências), qualidade percebida das suas relações e reatividade emocional (capacidade de controlo das próprias emoções)] e o desempenho académico em vários grupos de jovens. Os resultados revelam que o desempenho académico está associado a diferentes fatores de proteção dependendo do contexto dos jovens, uma vez que no grupo de adolescentes que residem em ambiente familiar (e, por isso, expostos a um risco menor) foi observada uma associação significativa entre o desempenho académico e o cuidado psicológico pelos cuidadores, no grupo de adolescentes em acolhimento residencial, observou-se uma associação significativa entre o desempenho académico e os recursos individuais/sentido de mestria, e no grupo de adolescentes romenos em acolhimento residencial (que vivem simultaneamente num ambiente de risco e pertencem a uma minoria étnica) o desempenho académico encontrava-se principalmente associado ao cuidado psicológico pelos cuidadores e ao contexto educativo (mais especificamente, se ter um bom desempenho académico é importante para eles e se se sentem comparáveis às outras crianças). De forma menos significativa, o desempenho académico deste último grupo de adolescentes encontrava-se também associado ao cuidado físico dado pelos cuidadores, à reatividade emocional e ao tempo de estadia na casa de acolhimento. A associação entre o desempenho académico e a presença de fatores de proteção foi mais elevada no grupo com maior risco associado.

Na Croácia, um estudo de Maurović, Križanić e Klasić (2014), com 118 jovens entre os 14 e os 18 anos, teve como objetivo determinar a relação entre o risco [número de eventos de vida/stressores significativos (como o alcoolismo na família, experiência de abuso físico, psicológico ou sexual, doença mental/física parental e experiência de várias colocações) e o número de stressores diários (relacionados com a família, a vida na casa de acolhimento, a escola, os pares e o futuro)], os fatores de proteção (recursos relacionais, como relações de afeto com amigos, funcionários da casa de acolhimento e membros da família, e recursos individuais, como o planejamento, organização de tempo, eficácia, flexibilidade, regulação emocional e conforto nas interações sociais) e os níveis de felicidade auto-relatada. Relativamente aos fatores de risco, apenas o número de stressores diário apresentou uma correlação significativa (e negativa) com a felicidade auto-relatada. Quanto aos fatores de proteção, todos, com a exceção das relações com os membros da família, apresentaram uma correlação positiva com a felicidade auto-relatada.

O estudo japonês de Suzuki e Tomoda (2015), com crianças e adolescentes dos 9 aos 18 anos, teve como objetivo investigar as relações entre as experiências adversas na infância, a vinculação, a auto-estima e os sintomas depressivos. Os resultados sugerem que as crianças expostas a maus-tratos têm uma maior probabilidade de apresentar uma vinculação menos segura, que, por sua vez, afeta o nível de auto-estima e os sintomas depressivos (a auto-estima verificou-se como preditora dos sintomas depressivos).

Por último, o estudo de Sim, Li e Chu (2016) realizado em Singapura, também **quantitativo**, mas **longitudinal**, teve como objetivo investigar a associação entre os fatores de proteção individuais (como o otimismo e as capacidades interpessoais) e as necessidades (necessidades comportamentais, emocionais, escolares e de funcionamento diário geral), e a relação entre estas duas variáveis e o tipo de acolhimento em que residem. Este estudo foi realizado com uma amostra de 285 crianças e adolescentes com uma média de 9 anos. Os resultados indicaram que, tanto com crianças em casas de acolhimento como em famílias adotivas, possuir mais fatores de proteção pode atenuar significativamente o impacto negativo das experiências adversas. Níveis mais elevados de fatores de proteção predisseram significativamente necessidades mais baixas em vários domínios do funcionamento (comportamental, emocional, e funcionamento diário geral).

Síntese dos estudos.

As crianças e adolescentes que vivem em acolhimento residencial apresentam frequentemente uma história de abuso ou negligência por parte dos seus cuidadores, e este tipo

de experiências tem um impacto significativo na sua saúde mental e resiliência (Collin-Vézina et al., 2011). No entanto, os estudos acima descritos revelam que a existência de fatores de proteção pode atenuar significativamente o impacto negativo destas experiências adversas (Sim et al., 2016). Foram revistos alguns estudos que se debruçam sobre os fatores de proteção em crianças e adolescentes em acolhimento residencial, procurando caracterizar e estudar o impacto da adversidade nestes mesmos fatores e também explorar a relação entre os fatores de proteção e os resultados de ajustamento/saúde mental nesta população.

Os resultados da maioria dos estudos apresentados salientam a importância da qualidade das relações com figuras significativas (sendo estas membros da família, funcionários/professores da escola, funcionários da casa de acolhimento e/ou pares) como fator de proteção nas crianças e adolescentes em situação de acolhimento (Altshuler & Poertner, 2002; Arsenault & Domene, 2018; Berridge et al., 2012; Campos et al. (2019); Collin-Vézina et al., 2011; Drapeau et al., 2007; Go et al., 2017; Maurović et al., 2014; Mota et al., 2015; Mota & Matos, 2014; Mota & Matos, 2015; Novotný & Křeménková, 2016).

Para além da qualidade das relações com figuras significativas (que acaba por ser um fator familiar ou contextual, dependendo do tipo de ligação que têm com os jovens), alguns fatores contextuais também mostraram um efeito significativo no ajustamento desta população, nomeadamente, o desempenho, envolvimento e apoio escolar (Arsenault & Domene, 2018; Go et al., 2017; Malindi & Machenjedge, 2012), o envolvimento em atividades (como desportos, clubes ou passatempos) (Arsenault & Domene, 2018; Campos et al., 2019), ou qualquer outro fator que promova o sentimento de pertença a um grupo, a nível comunitário ou cultural (Arsenault & Domene, 2018; Collin-Vézina et al., 2011; Novotný & Křeménková, 2016).

Por último, mas não menos importante, alguns estudos também salientaram fatores de proteção individuais, como a auto-estima (Altshuler & Poertner, 2002; Suzuki & Tomoda, 2015), a capacidade de resolução de problemas (Altshuler & Poertner, 2002; Collin-Vézina et al., 2011), o sentido de mestria e de realização (Drapeau et al., 2007; Novotný & Křeménková, 2016), a autorregulação emocional (Maurović et al., 2014; Novotný & Křeménková, 2016) as capacidades sociais/interpessoais (Collin-Vézina et al., 2011; Maurović et al., 2014; Novotný & Křeménková, 2016; Sim et al., 2016), as estratégias de coping e de auto-cuidado (Arsenault & Domene, 2018), os próprios interesses/talentos dos jovens e a consciência e utilização dos próprios recursos (Go et al., 2017).

Limitações dos estudos.

A maioria dos estudos apresentados usam exclusivamente medidas de auto-relato, o que faz com que os resultados obtidos sejam apenas provenientes da perspectiva das crianças e adolescentes, que podem ter dificuldades a avaliar as suas próprias características ou comportamentos, que podem não estar disponíveis para partilhar as suas experiências ou que podem ser influenciados pela desajustabilidade social. Uma outra limitação na maioria dos estudos mencionados é o facto de focarem relativamente poucas dimensões como potenciais fatores de proteção. Para além disto, em alguns dos estudos, a amostra é reduzida, não permitindo a identificação de efeitos estatísticos e a generalização dos resultados para a população geral em estudo (crianças e adolescentes em casas de acolhimento).

Metodologia

Objetivos

Este estudo teve como principal objetivo caracterizar uma amostra de crianças e adolescentes em acolhimento residencial em relação a diferentes domínios, nomeadamente, as suas características sociodemográficas e escolares, os seus recursos individuais e relacionais, e os seus resultados de saúde mental (problemas de internalização e de externalização). Um segundo objetivo foi o de analisar as associações entre os vários potenciais fatores de proteção e os resultados de saúde mental identificados nos participantes.

Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 88 crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos ($M = 13,81$; $DP = 2,608$). Mais especificamente, são 20 crianças dos 7 aos 12 anos (22,7%) e 68 adolescentes dos 13 aos 17 anos (77,3%), que vivem atualmente em várias casas de acolhimento no distrito de Lisboa. Desta amostra, 37 dos participantes são do sexo feminino (42,0%). Relativamente à nacionalidade, a maioria dos participantes têm nacionalidade portuguesa (Tabela 1) e, segundo os tutores, uma pequena percentagem pertence a uma minoria étnica (12; 13,6%).

Quanto à adesão nos questionários de hétero-relato, obtiveram-se as respostas de 84 tutores e de apenas 42 professores.

Tabela 1.

Nacionalidade dos participantes

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nacionalidade		
Portugal	79	89,8%
Cabo Verde	3	3,4%
Angola	2	2,3%
Roménia	2	2,3%
S. Tomé e Príncipe	1	1,1%
Senegal	1	1,1%

Instrumentos

Características sociodemográficas, escolares e relacionadas com a institucionalização.

Foi entregue aos tutores um questionário acerca das características sociodemográficas (sexo, idade, nacionalidade e pertença a minorias étnicas), das características associadas à institucionalização (número de irmãos na instituição, número de instituições em que já residiu, tempo de institucionalização total e na casa de acolhimento atual, presença do contacto com a família e frequência deste contacto) e das características de saúde (problemas de saúde e acompanhamento médico, psicológico ou farmacológico). Para além disto, é pedido ao tutor que indique há quanto tempo conhece a criança/adolescente e que classifique o quão bem a/o conhece.

Conjuntamente, foi também entregue aos tutores um questionário sobre a situação escolar atual da criança/adolescente e sobre informações escolares relativas ao ano letivo anterior (notas de algumas disciplinas, nota de comportamento, quantidade de faltas presenciais e disciplinares, quantidade de outras medidas disciplinares aplicadas e ocorrência de desistência ou absentismo escolar).

Recursos individuais e relacionais.

Individuais.

Auto-estima.

A *Escala de Auto-estima de Rosenberg* (EAR; *Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES*; Rosenberg, 1989; versão portuguesa por Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011) é uma medida de auto-relato que avalia a auto-estima e é constituída por 10 itens respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos (Discordo fortemente = 0, Discordo = 1, Não discordo nem concordo = 2, Concordo = 3, Concordo fortemente = 4). Pontuações elevadas nesta escala indicam uma auto-estima elevada (Pechorro et al., 2011).

De acordo com o estudo de Pechorro et al. (2011), a escala indica uma boa consistência interna, sendo que os alfas de *Cronbach* obtidos foram sempre superiores a 0,70 (0,79 na amostra total, 0,73 na amostra forense e 0,81 na amostra escolar). No que diz respeito à estabilidade temporal a três meses, efetuada na amostra forense, obteve-se uma correlação forte estatisticamente significativa ($\rho = 0,86$; $p \leq .01$). A escala também parece apresentar bons indicadores relativamente à sua validade: obteve-se uma correlação fraca com a versão curta

da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne ($r = 0,10$), e na comparação entre uma amostra forense e uma amostra escolar foi obtido um valor estatisticamente significativo.

Na amostra do presente estudo, esta escala apresenta uma boa fiabilidade, apresentando um alfa de *Cronbach* de 0,81.

Autorregulação emocional.

O *Questionário de Regulação Emocional – Crianças e Adolescentes* (QRE-CA; *Emotional Regulation Questionnaire – Children and Adolescents* - ERQ-CA; Gullone & Taffe, 2012; versão portuguesa de Teixeira, Silva, Tavares & Freire, 2014) é uma medida de auto-relato que inclui 10 itens que avaliam 2 estratégias diferentes de autorregulação emocional, nomeadamente a Reavaliação Cognitiva (RC; 6 itens) e a Supressão Emocional (SE; 4 itens). A primeira refere-se à redefinição cognitiva de uma situação, ou seja, pensar na situação de forma diferente, de forma a que o impacto emocional desta seja alterado, e a segunda envolve a inibição da expressão de emoções (Gullone & Taffe, 2012). As revisões feitas por Gullone e Taffe (2012), de forma a adaptar a escala a crianças e adolescentes, envolveram a simplificação das construções fráscas e a redução do tamanho da escala de resposta, sendo que as respostas são dadas através de uma escala de *Likert* para 5 pontos (1 = Discordo fortemente, 2 = Discordo, 3 = Não concordo nem discordo, 4 = Concordo, 5 = Concordo fortemente). Os resultados, que resultam da soma dos itens de cada escala, traduzem o nível de utilização da estratégia correspondente (valores mais elevados correspondem a uma maior utilização da estratégia em questão) (Teixeira et al., 2014). Na sua versão original, o ERQ-CA demonstrou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,83$ para RC; $\alpha = 0,75$ para SE), uma validade convergente adequada e uma estabilidade aceitável ao longo de um período de 12 meses (para RC os coeficientes variaram entre 0,37 e 0,43 e para ES variaram entre 0,49 e 0,63) (Gullone & Taffe, 2012). Na validação portuguesa deste questionário, a subescala RC apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,70 e a subescala SE apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,65.

Na amostra do presente estudo, apesar da subescala RC apresentar um alfa de *Cronbach* elevado ($\alpha = 0,73$), a subescala SE apresenta um alfa de *Cronbach* baixo ($\alpha = 0,54$). Desta forma, apenas se utilizará a subescala RC nas análises do estudo.

Autorregulação da atenção.

O *Test of Everyday Attention* (TEA; Manly, Robertson, Anderson & Nimmo-Smith, 1999) é uma bateria estandardizada que permite a avaliação de várias capacidades de atenção em crianças e adolescentes dos 6 aos 16 anos. É pedido à criança para completar várias tarefas

que exigem atenção e, assim sendo, as capacidades de memória, linguagem e compreensão são minimamente requisitadas para que a medição da autorregulação da atenção seja mais direta e objetiva. Esta bateria inclui 9 subtestes que medem capacidades distintas, como a atenção focada/seletiva, a atenção sustentada e o controlo da atenção (Manly et al., 1999).

No presente estudos foram apenas utilizados o subteste “*Score!*”, que avalia a atenção sustentada (envolve contar a quantidade de sons que ouvem num áudio), o subteste “*Walk, Don’t Walk*”, que avalia a atenção sustentada e a inibição de resposta (envolve marcar um caminho de pegadas de acordo com os sons que ouvem, sendo que um dos sons significa que podem marcar a pegada e o outro, que surge no final de cada caminho, significa que não o devem fazer) e o subteste “*Opposite Worlds*” que avalia o controlo e mudança da atenção (envolve verbalizar os números 1 e 2 de acordo com uma sequência com esses mesmos números, sendo que no mundo igual devem verbalizar os números tal e qual como estão apresentados e no mundo oposto devem verbalizar “1” quando vêm o número 2, e vice-versa) (Manly et al., 1999).

Relacionais.

Ligações afetivas com adultos.

O *Questionário de Ligação a Figuras Significativas* (QLFS; Mota & Matos, 2005) é uma medida de auto-relato que avalia a qualidade das ligações afetivas com figuras adultas significativas, que não sejam os pais e que as crianças/adolescentes considerem importantes na sua vida. É um questionário particularmente relevante para adolescentes institucionalizados, uma vez que, apesar de poderem colocar membros da família, apela também à análise de figuras significativas para além do contexto familiar (Mota, 2008). No presente estudo foi pedido que escolhessem 2 adultos e que, para cada um, indicassem o tipo de ligação que têm, há quanto tempo se conhecem e o número de vezes que têm contacto por semana (Mota, 2008). Para além disto, para cada um dos adultos identificados, a criança/adolescente tinha de responder a 7 itens que avaliam a qualidade das relações em questão (nomeadamente a confiança, a valorização e a segurança incondicional) através de uma escala de *Likert* de 4 pontos (Poucas vezes assim = 0, Algumas vezes assim = 1, Muitas vezes assim = 2, Sempre assim = 3) (Mota, 2008).

Relativamente à consistência interna na versão original (em que são identificados 3 adultos) obtiveram-se os valores 0,88, 0,90 e 0,89 como alfas de Cronbach para cada um dos adultos (Mota, 2008). Na amostra do presente estudo, este questionário também apresenta uma boa fiabilidade ($\alpha = 0,88$ no primeiro adulto identificado e 0,74 no segundo adulto identificado).

Resultados de saúde mental.

Problemas de internalização e de externalização.

O *Questionário de Capacidades e Dificuldades* (QCD; Goodman, 2001; *Strengths and Difficulties Questionnaire* - SDQ; versões portuguesas por Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2005) é uma medida que avalia problemas de saúde mental em crianças e adolescentes dos 4 aos 17 anos. Tem versões de auto-relato e de hétero-relato (no presente estudo, será preenchida pelas crianças/adolescentes, pelos tutores e pelos professores).

Este questionário fornece informação importante sobre o comportamento proveniente dos contextos mais importantes da criança (a casa de acolhimento e a escola) e serve como um *screening* de problemas de externalização e de internalização (Marzocchi et al., 2004). Consiste em 25 itens divididos em 5 subescalas (cada uma com 5 itens): Sintomas Emocionais (SE), Problemas de Comportamento (PC), Hiperatividade (H), Problemas com os Pares (PP) e Comportamento Pró-Social (CPS). Cada subescala tem 5 itens que são respondidos numa escala de *Likert* de 3 pontos (Não é verdade = 0, É um pouco verdade = 1, É muito verdade = 2). A soma dos resultados de todas as escalas (com a exceção da CPS) cria um Resultado Total de Dificuldades (TD). Para além disto, existe ainda o Resultado dos Sintomas de Externalização (SE), composto pelas subescalas PC e H, e o Resultado de Sintomas de Internalização (SI), composto pelas subescalas SE e PP.

Relativamente à consistência interna, a revisão sistemática de Kersten et al. (2016) reviu 282 alfas de *Cronbach* de 26 estudos diferentes, em que 150 deles se situavam acima de 0,70 (apenas 16 eram maiores ou iguais a 0,85). No SDQ para pais (que no caso do presente estudo é dado aos tutores), a média dos alfas de *Cronbach* do TD foi de 0,79 e para as subescalas variou entre 0,49 e 0,69. No caso do SDQ para professores, para o TD foi 0,82 e para as subescalas variou entre 0,69 e 0,83. Em estudos com crianças portuguesas (Abreu-Lima et al., 2010), os valores de consistência interna do SDQ para pais são inferiores a 0,60 na subescala PP, mas nas outras subescalas são superiores ou iguais a 0,60 (e o TD apresenta um valor de 0,78). No mesmo estudo, os valores da consistência interna no SDQ para professores são iguais ou superiores a 0,65 em todas as subescalas (e o TD apresenta um valor de 0,84). Tendo em conta estes estudos, o SDQ para professores parece ter uma consistência interna mais elevada do que o SDQ para pais. Ainda relativamente à consistência interna, mas da versão de auto-relato do SDQ, o estudo de Theunissen, Wolff e Reijneveld (2019) indica um alfa de *Cronbach* de 0,75 no TD e valores que variam entre os 0,54 e os 0,71 nas restantes subescalas. Quanto à

validade, o SDQ apresentou correlações significativas com o *Youth Self Report* (YSR) e com o *Child Behaviour Checklist* (CBCL).

Quanto à fiabilidade das escalas na amostra do presente estudo, foram calculados os seguintes alfas de *Cronbach* na versão de auto-relato: SE ($\alpha = 0,45$); PC ($\alpha = 0,59$); H ($\alpha = 0,56$); PP ($\alpha = 0,41$); CPS ($\alpha = 0,74$); TD ($\alpha = 0,69$); SE ($\alpha = 0,69$); SI ($\alpha = 0,58$). A versão preenchida pelos tutores apresentou os seguintes resultados: SE ($\alpha = 0,64$); PC ($\alpha = 0,76$); H ($\alpha = 0,82$); PP ($\alpha = 0,669$); CPS ($\alpha = 0,87$); TD ($\alpha = 0,84$); SE ($\alpha = 0,85$); SI ($\alpha = 0,75$). Por último, a versão preenchida pelos professores teve os seguintes resultados: SE ($\alpha = 0,73$); PC ($\alpha = 0,88$); H ($\alpha = 0,86$); PP ($\alpha = 0,66$); CPS ($\alpha = 0,42$); TD ($\alpha = 0,87$); SE ($\alpha = 0,91$); SI ($\alpha = 0,81$).

Tendo em conta os resultados de fiabilidade, serão apenas utilizadas nas análises deste estudo a subescala do Comportamento Pró-Social (CPS), o Resultado Total de Dificuldades (TD) e o resultado de Sintomas de Externalização (SE) da versão de auto-relato do SDQ. Na versão dos tutores e dos professores serão incluídos nas análises o Resultado Total de Dificuldades (TD), o resultado de Sintomas de Externalização (SE), o resultado de Sintomas de Internalização (SI) e o Comportamento Pró-Social (CPS).

A Escala de Ansiedade e Depressão para Crianças - Revista (Revised Child Anxiety and Depression Scale - RCDAS; Chorpita, Yim, , Moffitt, Umemoto, & Francis, 2000; versão portuguesa de Pereira & Pedro, 2018) é uma escala de auto-relato constituída com 47 itens subdivididos em várias subescalas: Perturbação de Ansiedade de Separação (PAS; 7 itens), Fobia Social (FS; 9 itens), Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG; 6 itens), Perturbação de Pânico (PP; 9 itens), Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC; 6 itens) e Perturbação Depressiva Major (PDM; 10 itens). As crianças e os adolescentes respondem, numa escala de *Likert* de 4 pontos, com que frequência cada item corresponde a si (Nunca = 0, Às vezes = 1, Muitas vezes = 2, Sempre = 3). É calculada ainda a escala de Ansiedade Total, constituída pelos itens de todas as subescalas, com exceção da PDM (Sandín, Chorot, Valiente, & Chorpita, 2010).

De acordo com uma revisão sistemática de Piqueras, Martín-Vivar, Sandin, San Luis, e Pineda (2017), o resultado de Ansiedade Total da RCADS mostrou ter uma fiabilidade média excelente ($\alpha = 0,93$). Relativamente às suas subescalas, este valor variou entre o 0,74 e o 0,85.

No presente estudo, as escalas do RCDAS apresentaram os seguintes alfas de *Cronbach*: PAS ($\alpha = 0,73$); FS ($\alpha = 0,79$); PAG ($\alpha = 0,71$); POC ($\alpha = 0,79$); PP ($\alpha = 0,84$); PDM ($\alpha = 0,74$); Ansiedade total ($\alpha = 0,92$).

Procedimentos

O presente estudo insere-se num estudo mais alargado que tem como principal objetivo estudar a efetividade do projeto *Wave by Wave* na promoção da saúde mental e física de crianças e adolescentes em casas de acolhimento, após um ano do seu início. Este projeto consiste numa “intervenção terapêutica baseada no surf, denominada de *surftherapy*, pensada e levada a cabo por técnico de saúde mental e instrutores de *surf*, para intervir e prevenir junto de populações de risco de forma contínua, consistente e previsível. A *surftherapy* alia os benefícios da prática do *surf* e do contacto com a natureza a uma intervenção terapêutica (individual ou em grupo), a fim de promover indicadores como a regulação emocional, a gestão de stress, a resiliência, a redução de problemas de comportamento e outros promotores” (Wave by Wave, 2016).

Este estudo mais alargado foi financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e pela Câmara Municipal de Cascais, tendo sido aprovado pela Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

No total, foram contactadas 44 casas de acolhimento no distrito de Lisboa, no entanto, apenas 25 participaram no estudo. As restantes não participaram pelas seguintes razões: a casa não tinha crianças ou adolescentes que cumprissem os critérios de elegibilidade para o estudo (idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos, não apresentarem nenhuma condição que impeça a compreensão dos instrumentos de avaliação, não apresentarem nenhuma condição de saúde mental ou física grave que fosse incompatível com a intervenção do projeto *Wave by Wave* e nunca terem participado neste projeto), a casa simplesmente não quis participar ou a casa aceitou participar na condição de que se as crianças/adolescentes não integrassem o grupo de jovens que iria começar a intervenção no projeto mais cedo, saíam do estudo e integrariam na mesma este grupo.

Em cada uma das instituições de acolhimento que aceitou participar, foi fornecida mais informação sobre o estudo e entregue o pedido de consentimento informado a cada um dos tutores (quem é legalmente responsável pela criança/adolescente). Após a obtenção dos consentimentos informados dos tutores foram agendadas sessões com as crianças e adolescentes.

No total, 102 crianças e adolescentes foram inscritas/os no projeto *Wave by Wave*. No entanto, 13 crianças/adolescentes não realizaram a avaliação e, conseqüentemente, não participaram no estudo (1 dos jovens tinha incompatibilidade horária para tal, 1 jovem

encontrava-se em fuga, 7 jovens recusaram participar e 4 jovens foram integrados com urgência na intervenção). Houve ainda o caso de 1 jovem que não respondeu a grande parte dos instrumentos de avaliação, não constando por isso na amostra do estudo. No início da sessão de avaliação e após ser fornecida informação à criança/adolescente sobre os objetivos do estudo, foi pedido o assentimento da mesma para participar no estudo, tendo sido explicado o carácter voluntário do mesmo.

A avaliação foi realizada nas casas de acolhimento por mestrandas e uma psicóloga da área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, devidamente treinadas para o efeito. A avaliação foi realizada com cada criança numa só sessão ou em 2 momentos distintos (2 dias diferentes). Esta segunda sessão, quando ocorria, tinha como único objetivo aplicar a prova de desempenho, sendo que os questionários foram sempre preenchidos todos no mesmo momento. Normalmente, os jovens preenchiam os questionários autonomamente (sendo todas as suas dúvidas esclarecidas), mas no caso de serem crianças muito novas ou crianças/adolescentes com dificuldades de leitura, era-lhes fornecida ajuda para tal (os questionários eram feitos em conjunto, através da leitura/explicação das questões e opções de resposta).

Os questionários para os tutores e para os professores foram deixados nas casas de acolhimento aquando a avaliação das crianças e dos adolescentes, para que estes respondessem de forma autónoma. Os questionários para os professores foram lhes entregue através dos tutores.

Resultados

Caracterização da Amostra

Nº de instituições.

A maioria dos participantes esteve numa única casa de acolhimento ($n = 52$; 59,1%). No entanto, 32 (36,4%) destas crianças/adolescentes reside na sua segunda instituição e 4 (4,5%) estão na sua terceira instituição.

Tempo institucionalização.

O tempo de institucionalização varia entre meio mês e 12 anos, sendo que, em média, os participantes estão há cerca de 3 anos e 6 meses institucionalizados ($M = 42,89$; $DP = 34,92$). Quanto ao tempo que se encontram institucionalizados na casa de acolhimento em que residem atualmente, isto varia também entre meio mês e 12 anos, estando, em média, há cerca de 2 anos e 6 meses ($M = 30,97$; $DP = 31,54$) na instituição atual. A maioria dos participantes estão institucionalizados entre 1 e 3 anos (Tabela 2).

Tabela 2.

Estatística descritiva do tempo de institucionalização (total e na casa de acolhimento atual)

	Frequência	Frequência
	Absoluta	Relativa
Tempo de Institucionalização - Total		
< 12 meses	20	23,0%
1-3 anos	28	32,2%
3-5 anos	18	20,7%
> 5 anos	21	24,1%
Tempo de Institucionalização - Atual		
< 12 meses	28	31,8%
1-3 anos	37	42,0%
3-5 anos	11	12,5%
> 5 anos	12	13,6%

Nota. Existe 1 omissão no tempo de institucionalização total

Contacto com a família.

De todos os participantes, 10 (11,4%) não têm qualquer contacto com a família de origem e dos 78 (88,6%) que têm, este contacto varia entre um contacto semanal e um contacto que ocorre menos de 1 vez por mês (Tabela 3).

Tabela 3.

Estatística descritiva da frequência do contacto com a família

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Frequência do Contacto com a Família		
1 ou mais vezes por semana	58	74,4%
Quinzenalmente	9	11,5%
1 vez por mês	2	2,6%
< 1 vez por mês	9	11,5%

Irmãos na instituição.

Verificou-se também que 56 (63,6%) das crianças e jovens não têm irmãos a residir na casa de acolhimento, mas que 28 (31,8%) têm um irmão, 3 (3,4%) têm dois irmãos e 1 (1,1%) tem cinco irmãos também institucionalizados no mesmo local.

Problemas de saúde.

Da amostra em estudo, 31 dos participantes foram identificados pelos tutores como tendo problemas de saúde física ou mental (35,2%), sendo que os mais comuns foram a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e o Défice Cognitivo (Tabela 4).

Tabela 4.

Estatística descritiva dos tipos de problemas de saúde

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Saúde Mental		
PHDA	8	25,8%
Défice cognitivo	8	25,8%
Outro problema de saúde mental	5	16,1%
Enurese	2	6,5%
Depressão	1	3,2%
Sintomatologia psicótica	1	3,2%
Saúde Física		
Outro problema físico	4	12,9%
Doença crónica	2	6,5%

Nota. PHDA = Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção

Acompanhamento médico, psicológico e farmacológico.

Observou-se que 61 (69,3%) dos participantes beneficiam de acompanhamento médico ou psicológico, sendo o mais comum o acompanhamento em Psicologia e em Pedopsiquiatria (Tabela 5). Os resultados indicam igualmente que 39 (45,3%) dos participantes estão medicados com psicofármacos.

Tabela 5.

Estatística descritiva do tipo de acompanhamento médico e psicológico

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tipo de Acompanhamento		
Psicologia	21	35,6%
Pedopsiquiatria	18	30,5%
Psicologia + Pedopsiquiatria	15	25,4%
Especialidade médica	3	5,1%
Especialidade médica + Psicologia	2	3,4%

Nota: dos 61 participantes que têm acompanhamento médico ou psicológico, existem 2 omissos na especificação do tipo de acompanhamento.

Situação escolar.

Relativamente à situação escolar, a maioria dos participantes (dos quais existe informação acerca deste parâmetro) frequentam o ensino regular, mas uma grande percentagem beneficia de ensino especial/adaptações curriculares (Tabela 6). Uma das crianças que está a frequentar o ensino regular encontra-se, segundo o tutor, sinalizado para Necessidades de Ensino Especial por apresentar instabilidade emocional em sala de aula. Houve ainda 7 alunos identificados como tendo estado em absentismo escolar no ano letivo anterior e 4 como tendo desistido da escola, também no ano letivo anterior.

Tabela 6.

Estatística descritiva da situação escolar

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Situação escolar		
Ensino Regular	41	52,6%
Ensino especial/Adaptações Curriculares	26	33,3%
Curso profissional/CEF	11	14,1%

Nota. Houve 10 omissos na descrição da situação escolar. CEF = Cursos de Educação e Formação

Desempenho académico.

Desempenho académico: comportamento.

A maioria dos participantes não teve faltas de presença, não teve faltas disciplinares e não foi alvo de outras medidas disciplinares (Tabela 7). Em dois casos os tutores descreveram que as crianças/adolescentes em questão não foram alvo de nenhuma outra medida disciplinar, mas que a escola pede com muita regularidade que os vão buscar devido a alterações de comportamento (um destes casos é o mesmo que está sinalizada para Necessidades de Ensino Especial devido a instabilidade emocional). Num outro caso um aluno foi excluído de uma disciplina devido a dificuldades comportamentais.

Quanto à nota de comportamento, apesar de existirem algumas notas negativas, a maioria dos participantes obteve um “Bom/Muito Bom” neste parâmetro (Tabela 7).

Tabela 7.

Estatística descritiva do desempenho acadêmico (comportamento)

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nota de Comportamento		
Mau	17	22,1%
Satisfaz	29	37,7%
Bom/Muito Bom	31	40,3%
Nº de faltas de presença		
0	24	64,9%
1-10	3	8,1%
>10	10	27,0%
Nº de faltas disciplinares		
0	34	72,3%
1-10	9	19,1%
>10	4	8,5%
Nº de medidas disciplinares		
0	33	89,2%
1	1	2,7%
>3	3	8,1%
Medidas aplicadas		
Suspensão	3	3,4%
Trabalho Comunitário	1	1,1%
Suspensão e Trabalho Comunitário	2	2,3%
Castigos	1	1,1%
Exclusão de 1 disciplina	1	1,1%

Nota: Houve 11 omissos na nota de comportamento, 52 omissos do nº de faltas de presença, 41 omissos no nº de faltas disciplinares e 52 omissos no nº de medidas aplicadas.

Desempenho acadêmico: aproveitamento (notas).

No geral, englobando todos os ciclos de estudos, houve 14 omissos relativos ao aproveitamento escolar, ou seja, houve 14 crianças/adolescentes cujos tutores não forneceram qualquer informação acerca das notas (em alguns dos casos, isto deveu-se ao absentismo escolar no ano letivo anterior).

Relativamente ao aproveitamento escolar dos alunos do 1º ciclo, a nota mais frequente a matemática, a estudo do meio e a educação física foi “Satisfaz”. A português as notas “Satisfaz” e “Não Satisfaz” tiveram a mesma percentagem (Tabela 8).

Tabela 8.

Estatística descritiva do desempenho académico (aproveitamento) – 1º ciclo

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Notas Matemática		
Não Satisfaz	4	25,0%
Satisfaz	7	43,8%
Bom	5	31,3%
Notas Português		
Não Satisfaz	6	37,5%
Satisfaz	6	37,5%
Bom	4	25,0%
Notas Estudo do Meio		
Não Satisfaz	2	13,3%
Satisfaz	7	46,7%
Bom	6	40,0%
Notas Educação Física		
Satisfaz	7	53,8%
Bom/Muito Bom	6	46,2%

Quanto aos alunos do 2º e 3º ciclo, a nota mais frequente a matemática foi a nota negativa “2”, e nas restantes disciplinas a nota mais frequente foi a nota positiva “3”. É de salientar que houve notas “4” em todas as disciplinas e ainda notas “5” a educação física e a ciências (Tabela 9).

Tabela 9.

Estatística descritiva do desempenho acadêmico (aproveitamento) – 2º e 3º ciclo

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Notas Matemática		
1/2	31	59,6%
3	20	38,5%
4	1	1,9%
Notas Português		
½	19	36,5%
3	31	59,6%
4	2	3,8%
Notas Ciências		
½	16	31,3%
3	31	60,8%
4/5	4	7,9%
Notas Educação Física		
½	11	21,2%
3	31	59,6%
4/5	10	19,3%

Por último, quanto ao ensino secundário, verificou-se que as três notas de matemática variam entre o 2 e o 14, as 3 notas de português variam entre o 10 e o 15, a única nota de educação física reportada foi um 15 e, quanto à melhor nota de uma disciplina específica houve duas notas reportadas (14 e 18).

Recursos individuais e relacionais.

Individuais.

Na subescala de Reavaliação Cognitiva (RC) do Questionário de Regulação Emocional (QRE), a pontuação dos participantes variou entre 10 e 30 valores, observando-se uma média de 20,05 ($DP = 4,44$). Tendo em conta que a subescala em questão varia entre 10 e 50, é possível verificar que os valores da amostra em estudo não são muito elevados, o que traduz uma utilização relativamente baixa desta estratégia de autorregulação.

Na Escala de Auto-estima de Rosenberg (EAR) os valores variaram entre 2 e 40, observando-se uma média de 25,72 ($DP = 7,19$). Os valores desta escala podem variar entre 0 e 40, estando a média num valor um pouco acima do que seria o valor intermédio da escala.

Por fim, os valores relativos à prova de desempenho (*Test of Everyday Attention*) estão descritos na Tabela 10. Tendo em conta que esta é uma variável bastante afetada pela idade e nível de desenvolvimento dos participantes, os valores médios para a amostra não serão comentados.

Os valores do subteste “Score!”, que avalia a capacidade de atenção sustentada, são relativos ao número de respostas corretas, que pode variar entre 0 e 10 (que foi também como variaram os resultados da amostra). É de salientar que uma percentagem significativa da amostra teve o número máximo de respostas corretas (36,0%). Os valores do subteste “Walk, Don’t Walk”, que avalia a capacidade de atenção sustentada e a inibição de resposta, referem-se à quantidade de caminhos que os participantes realizaram corretamente. O intervalo de valores dos caminhos que poderiam acertar varia entre 0 e 20 (foi, novamente, como os resultados da amostra variaram). Apenas um dos participantes conseguiu acertar nos 20 caminhos. Por fim, os valores do subteste “Opposite Worlds”, que avalia o controlo e mudança da atenção, referem-se à quantidade de segundos que a criança/adolescente demorou a verbalizar cada sequência de números. Foi calculada a média dos segundos despendidos nos 2 caminhos do Mundo Igual e a média dos segundos despendidos nos 2 caminhos do Mundo Oposto. Neste caso, apesar de não se comparar a um valor máximo fixo como nos restantes subtestes, pode-se verificar que os resultados referentes aos 2 tipos de Mundos não diferiram muito em termos de valores máximos e mínimos, mas os Mundos Opostos demoraram em média cerca de mais 8 segundos que os Mundos Iguais. Nas análises seguintes apenas será utilizado o tempo total dos Mundos Opostos.

Tabela 10.

Estatística Descritiva dos Subtestes do Test of Everyday Attention

	N	min	máx	M	DP
Score!	86	0	10	8,31	2,17
Walk, Don’t Walk	84	0	20	11,69	4,40
Opposite Worlds – Mundos Iguais	87	14	72	24,94	9,17
Opposite Worlds – Mundos Opostos	87	15	70	32,78	11,22

Relacionais.

No Questionário de Ligação a Figuras Significativas, o resultado da qualidade da relação afetiva em relação a cada adulto identificado pode variar entre 1 e 4. Foi calculada a média das médias dos adultos identificados, que variou entre 1,33 e 4 e, com uma média de 3,61 (DP = 0,50), que é bastante elevada. O número de adultos significativos identificados pelos participantes neste questionário está descrito na Tabela 11, sendo de salientar que houve 4 crianças/adolescentes que não foram capazes de identificar adultos significativos na sua vida (que não os pais).

Tabela 11.

Estatística descritiva do número de Adultos Identificados no Questionário de Ligação a Figuras Significativas

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Número de Adultos Identificados		
Nenhum adulto	4	4,5%
1 adulto	14	15,9%
2 adultos	70	79,5%

Nas Tabela 12 e 13 é descrito o tipo de ligação que as crianças e adolescentes têm, respetivamente, com o primeiro e segundo adulto que identificaram. Ambos correspondem mais frequentemente a educadores das casas de acolhimento, seguindo-se dos outros familiares (que não os irmãos, como os avós ou tio) e dos amigos.

Tabela 12.

Estatística descritiva do tipo de ligação com o 1º adulto identificado

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tipo de Ligação		
Educador da Casa	26	31,7%
Outros Familiares	19	23,2%
Amigos	14	17,1%
Irmãos	12	14,6%
Outros Técnicos da Casa	4	4,9%
Adultos de Referência da Escola	2	2,4%
Padrinhos	2	2,4%
Psicólogo	2	2,4%
Namorado/a	1	1,2%

Tabela 13.

Estatística descritiva do tipo de ligação com o 2º adulto identificado

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tipo de Ligação		
Educador da Casa	24	33,8%
Outros Familiares	17	23,9%
Amigos	13	18,3%
Irmãos	9	12,7%
Adultos de Referência da Escola	3	4,2%
Outros Técnicos da Casa	2	2,8%
Padrinhos	1	1,4%
Psicólogo	1	1,4%
Treinador	1	1,4%

Resultados de saúde mental.

Na Tabela 14 e na Tabela 15 estão representados os valores referentes aos instrumentos que avaliaram os resultados de saúde mental (de externalização e de internalização).

Tabela 14.

Estatística descritiva dos resultados de saúde mental: subescalas da Escala de Ansiedade e Depressão para Crianças - Revista (RCDAS) - preenchido pelo próprio

	N	min	máx	M	DP
PAS	88	0	20	5,91	4,27
FS	88	0	24	11,55	5,65
PAG	88	0	18	8,84	4,00
PP	88	0	23	6,56	5,35
POC	88	0	18	6,42	4,57
PDM	88	0	22,22	8,16	5,16
Ansiedade Total	88	5	93	39,28	18,57

Nota. PAS = Perturbação de Ansiedade de Separação; FS = Fobia Social; PAG = Perturbação de Ansiedade Generalizada; PP = Perturbação de Pânico; POC = Perturbação Obsessivo-Compulsiva; PDM = Perturbação Depressiva Major.

Relativamente à Escala de Ansiedade e Depressão para Crianças - Revista (RCDAS) são apresentados, na Tabela 14, os valores referentes a todas as suas subescalas. Como as pontuações de Ansiedade Total podem variar entre o 0 e os 111 pode-se verificar que a média é relativamente baixa. O mesmo acontece com a PDM (Min: 0; Máx: 30), com a PAS, (Min = 0; Máx = 21), com a FS e a PP (Min = 0; Máx = 27), e com a POC (Min = 0; Máx = 18). A PAG (Min = 0; Máx = 18) foi a única subescala que esteve mais próxima do valor intermédio da escala.

Os resultados de todas as subescalas do presente estudo foram superiores aos valores obtidos no estudo de Bouvard, Denis, e Roulin (2015) com uma amostra comunitária de crianças e adolescentes dos 10 aos 19 anos: PAS = 2,25; FS = 8,33; PAG = 5,69; PP = 3,78; POC = 4,07; PDM = 6,64; e Ansiedade Total = 30,78.

Tabela 15.

Resultados de Saúde Mental: Subescalas do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) - preenchido pelo próprio, pelo tutor e pelo professor

	N	min	máx	M	DP
Próprio					
CPS	88	2	10	8,01	2,08
SE	88	0	17	6,93	3,60
TD	88	3	29	13,74	5,34
Tutor					
CPS	84	0	10	6,48	2,62
SE	84	1	18	9,31	4,81
SI	84	0	17	7,36	3,70
TD	84	2	32	16,67	7,13
Professor					
SE	42	0	20	8,48	5,92
SI	42	0	19	6,23	4,22
TD	42	0	30	14,71	8,25

Nota. CPS = Comportamento Pró-Social; SE = Sintomas de Externalização; TD = Total de Dificuldades; SI = Sintomas de Internalização.

Relativamente ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), podemos observar na Tabela 15 os valores referentes ao Total de Dificuldades (TD), aos Sintomas de Internalização (PI), aos Sintomas de Externalização (PE) e ao Comportamento Pró-Social (CPS). Este instrumento foi preenchido por 3 tipos de informadores diferentes e os dados relativos a todos eles estão descritos na mesma tabela. Os resultados do TD dos vários informadores são superiores neste estudo, comparativamente aos de uma amostra comunitária de crianças e adolescentes dos 5 aos 16 anos do estudo conduzido por Meltzer, Gatward, Goodman, e Ford (2003): TD (próprio) = 10,3; TD (pais) = 8,4; e TD (professores) = 6,6. Quanto ao comportamento pró-social, apesar de comparável a nível de auto-relato, apresenta um resultado inferior no presente estudo do que nessa mesma amostra comunitária [CPS (próprio) = 8,0; CPS (tutor) = 8,6].

Foi possível observar que as crianças/adolescentes apresentam os resultados mais baixos (ou seja, menos dificuldades) comparativamente aos outros informadores. Para além disso, os tutores revelam médias mais elevadas do que os professores em todas as subescalas resultados. Estas diferenças entre os resultados reportados pelos vários informadores foram

analisadas de forma a verificar se eram estatisticamente significativas. Foi o caso do Total de Dificuldades entre o tutor e o próprio, dos Sintomas de Externalização entre o próprio e o tutor e entre o próprio e o professor (Tabela 16).

Tabela 16.

Diferenças entre os resultados reportados pelos vários informadores

Pares de variáveis	Estatística (teste t)
Total de Dificuldades	
Próprio – Tutor	t(83) = -3,325*
Próprio – Professor	t(41) = -1,392
Tutor – Professor	t(39) = -0,773
Sintomas de Externalização	
Próprio – Tutor	t(83) = -3,995*
Próprio – Professor	t(41) = -2,725*
Tutor – Professor	t(39) = -0,603
Sintomas de Internalização	
Tutor – Professor	t(39) = 0,572

*p ≤ .01

Ainda relativamente aos valores descritos na Tabela 15, os resultados obtidos pelas crianças/adolescentes, pelos tutores e pelos professores variam bastante. Tendo em conta que o resultado do total de dificuldades pode variar entre 0 e 40, e que os sintomas de externalização (tal como é o caso dos sintomas de internalização) podem ter resultados entre 0 e 20, verificou-se que a média dos resultados do próprio é relativamente baixa para ambas estas escalas. Por outro lado, a subescala do comportamento pró-social, que pode variar entre 0 e 10, teve resultados relativamente elevados provenientes do próprio.

A média dos resultados dos tutores e dos professores nas várias escalas apresenta valores baixos, com exceção da subescala de externalização, que apresentava valores próximos dos moderados. Tendo em conta que se está a abordar informação proveniente do hétero-relato, é também interessante analisar há quanto tempo e quão bem os tutores (consideram que) conhecem as crianças e adolescentes. A quantidade de tempo que os tutores conhecem a criança/adolescente variou entre meio mês e 7 anos, sendo que a maioria conhece há menos de 1 ano. Este parâmetro tem uma média de 20,65 meses ($DP = 16,72$), que é cerca de 1 ano e 8 meses. Apesar da maioria dos tutores conhecer os jovens há pouco tempo, também a maioria considera o seu conhecimento acerca deles como “Bom”.

Correlações entre as variáveis preditoras e as variáveis de saúde mental

De forma a analisar as associações entre as variáveis preditoras e os problemas de saúde mental, foi realizada a análise de correlações bivariadas, apresentadas nas Tabelas 17, 18, 19 e 20).

Correlações entre as variáveis preditoras e os resultados do SDQ – próprio.

Na Tabela 17 estão apresentadas as correlações entre as variáveis preditoras e os resultados de saúde mental do SDQ relatados pelo próprio.

Tabela 17.

Correlações entre as variáveis preditoras e as variáveis de saúde mental - resultados do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) relatados pelo próprio

Preditores	CPS (próprio)	PE (próprio)	TD (próprio)
Variáveis Sociodemográficas			
Sexo	$r = 0,22^*$	$r = -0,18$	$r = -0,13$
Idade	$r = -0,06$	$r = -0,04$	$r = -0,09$
Variáveis relacionadas com a institucionalização			
Contacto com a família	$r = -0,14$	$r = -0,03$	$r = 0,05$
Frequência contacto com a família	$r = 0,04$	$r = -0,04$	$r = -0,08$
Nº de irmãos instituição	$r = 0,09$	$r = -0,06$	$r = -0,07$
Nº de instituições	$r = -0,16$	$r = -0,03$	$r = -0,12$
Tempo institucionalizado – total	$r = 0,12$	$r = 0,09$	$r = -0,01$
Tempo institucionalizado – atual	$r = 0,03$	$r = 0,02$	$r = -0,12$
Recursos Individuais e Relacionais			
- Individuais			

(continua)

Tabela 17. (continuação)

Preditores	CPS (próprio)	PE (próprio)	TD (próprio)
Auto-estima (EAR)	$r_s = 0,19$	$r_s = -0,31^{**}$	$r_s = -0,35^{**}$
Autorregulação Emocional (ERQ-RC)	$r = 0,28^{**}$	$r = -0,13$	$r = -0,02$
Capacidade de Atenção Sustentada (TEA; Score!)	$r_s = 0,11$	$r_s = -0,05$	$r_s = -0,11$
Capacidade de Atenção Sustentada e de Inibição de Resposta (TEA; Walk, Don't Walk)	$r = -0,19$	$r = 0,05$	$r = -0,17$
(Menor) Capacidade de Controlo e Mudança de Atenção (TEA; Opposite Worlds)	$r_s = 0,21^*$	$r_s = -0,07$	$r_s = 0,11$
- Relacionais			
Ligação a Figuras Significativas (QLFS) - média	$r_s = 0,17$	$r_s = -0,01$	$r_s = -0,02$
Ligação a Figuras Significativas (QLFS) - nº de adultos identificados	$r = 0,22^*$	$r = -0,05$	$r = 0,05$

Nota. As correlações estatisticamente significativas estão indicadas a negrito. SDQ = *Strengths and Difficulties Questionnaire*; CPS = Comportamento Pró-Social; TD = Total de Dificuldades; SE = Sintomas de Externalização.

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Os resultados revelam uma correlação positiva estatisticamente significativas, de magnitude baixa, entre o sexo e o comportamento pró-social. Não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre a idade e os resultados de saúde mental reportados pelo próprio.

A presença/ausência de contacto com a família e a frequência deste contacto (para aqueles que o têm) não apresentaram nenhuma correlação estatisticamente significativa com as variáveis de saúde mental. O mesmo acontece com o número de irmãos que residem na mesma casa de acolhimento, com o número de instituições em que os participantes já residiram e com o tempo de institucionalização (tanto no total como apenas na instituição atual).

Os resultados revelaram correlações negativas estatisticamente significativas, de magnitude moderada, entre a auto-estima e os sintomas de externalização, e entre a auto-estima e o resultado total de dificuldades.

Quanto à autorregulação emocional (nomeadamente, a utilização da estratégia de reavaliação cognitiva), esta revelou uma correlação significativa e positiva, de magnitude baixa, com o comportamento pró-social.

Relativamente à autorregulação da atenção, a única capacidade que foi correlacionada de forma significativa com os resultados de saúde mental reportados pelo próprio foi a de controlo e de mudança de atenção (subteste *Opposite Worlds*). A quantidade de tempo que os participantes demoraram a completar a tarefa mostrou-se positivamente correlacionado, com uma magnitude baixa, com o comportamento pró-social, o que significa que uma maior capacidade de controlo e de mudança de atenção está associada a menos comportamentos deste tipo.

Por fim, observou-se uma correlação positiva significativa, de magnitude baixa, entre o número de adultos identificados como figuras significativas e o comportamento pró-social relatado pelo próprio. Apesar disto, não se observaram correlações significativas entre a qualidade da relação com as figuras significativas identificadas e os resultados de saúde mental relatado pelo próprio.

Correlações entre as variáveis preditoras e os resultados do SDQ – tutor.

Na Tabela 18 estão apresentadas as correlações entre as variáveis preditoras e os resultados de saúde mental do SDQ relatados pelo tutor.

Tabela 18.

Correlações entre as variáveis preditoras e as variáveis de saúde mental - resultados do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) relatados pelo tutor

Preditores	CPS (tutor)	SE (tutor)	SI (tutor)	TD (tutor)
Variáveis Sociodemográficas				
Sexo	r = 0,23*	r = -0,28**	r = -0,04	r = -0,21
Idade	r = 0,25*	r = -0,29**	r = -0,01	r = -0,20

(continua)

Tabela 18. (continuação)

Preditores	CPS (tutor)	SE (tutor)	SI (tutor)	TD (tutor)
Variáveis relacionadas com a institucionalização				
Contacto com a família	r = -0,01	r = 0,04	r = 0,01	r = 0,03
Frequência contacto com a família	r = 0,02	r = -0,12	r = -0,28*	r = -0,23*
Nº de irmãos instituição	r = 0,04	r = 0,14	r = 0,03	r = 0,11
Nº de instituições	r = 0,132	r = -0,00	r = -0,04	r = -0,02
Tempo institucionalizado – total	r = 0,19	r = -0,13	r = -0,13	r = -0,16
Tempo institucionalizado – atual	r = 0,03	r = -0,25*	r = -0,17	r = -0,26*
Recursos Individuais e Relacionais				
- Individuais				
Auto-estima (EAR)	r _s = 0,02	r _s = 0,02	r _s = -0,04	r _s = 0,01
Autorregulação Emocional (ERQ-RC)	r = -0,13	r = 0,10	r = 0,08	r = 0,11
Capacidade de Atenção Sustentada (TEA; Score!)	r _s = 0,08	r_s = -0,23*	r _s = -0,11	r _s = -0,21
Capacidade de Atenção Sustentada e de Inibição de Resposta (TEA; Walk, Don't Walk)	r = 0,01	r = -0,13	r = -0,23*	r = -0,21
(Menor) Capacidade de Controlo e Mudança de Atenção (TEA; Opposite Worlds)	r _s = -0,01	r_s = 0,29**	r _s = 0,17	r_s = 0,28*

(continua)

Tabela 18. (continuação)

Preditores	CPS (tutor)	SE (tutor)	SI (tutor)	TD (tutor)
- Relacionais				
Ligação a Figuras Significativas (QLFS) – média	$r_s = 0,06$	$r_s = \mathbf{0,23^*}$	$r_s = -0,03$	$r_s = -0,17$
Ligação a Figuras Significativas (QLFS - nº de adultos identificados	$r = 0,08$	$r = -0,08$	$r = 0,04$	$r = -0,03$

Nota. As correlações estatisticamente significativas estão indicadas a negrito. CPS = Comportamento Pró-Social; TD = Total de Dificuldades; SE = Sintomas de Externalização; SI = Sintomas de Internalização.

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Quanto às variáveis de saúde mental reportadas pelos tutores, os resultados revelam uma correlação positiva estatisticamente significativa, de magnitude baixa, entre o sexo e o comportamento pró-social, e uma correlação negativa estatisticamente significativa, também de magnitude baixa, entre o sexo e os sintomas de externalização. Salienta-se ainda o resultado do total de dificuldades, que apesar de não ter uma correlação estatisticamente significativa com o sexo, está muito próximo disso ($p = 0,058$).

Relativamente à idade, esta está correlacionada negativamente com significância estatística, e com uma magnitude baixa, com os sintomas de externalização. De forma positiva, mas também de magnitude baixa, há ainda uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o comportamento pró-social.

Quanto à presença/ausência de contacto com a família, não se observou nenhuma associação significativa com as variáveis de saúde mental. No entanto, foram observadas correlação negativas estatisticamente significativas, de magnitude baixa, entre a frequência do contacto com a família (para aqueles que o têm) e os sintomas de internalização e o total de dificuldades.

O número de irmãos na instituição, o número de instituições em que a criança ou adolescente já residiu e a quantidade de tempo (no total) que se encontram institucionalizados não apresentaram nenhuma correlação com as variáveis de saúde mental. Porém, verificaram-se correlações negativas e significativas, de magnitude baixa, entre a quantidade de tempo em

que a criança ou adolescente se encontra institucionalizado na casa de acolhimento atual e os sintomas de externalização e o total de dificuldades.

Não se observaram correlações estatisticamente significativas entre os resultados de saúde mental reportados pelos tutores e a auto-estima e a autorregulação emocional.

Relativamente à autorregulação da atenção, foi verificada uma correlação negativa, de magnitude baixa, entre a capacidade de atenção sustentada (subteste *Score!*) e os sintomas de externalização. O total de dificuldades, teve uma correlação com esta capacidade de atenção que esteve muito perto de ser significativa, com $p = 0,056$. Observou-se uma correlação negativa e significativa, de magnitude baixa, entre a capacidade de atenção sustentada combinada com a capacidade da inibição da resposta (subtestes *Walk, Don't Walk*) e os sintomas de internalização.

Por último, observaram-se correlações positivas e significativas, de magnitude baixa, entre a quantidade de tempo que os participantes demoraram a completar a tarefa do subteste *Opposite Worlds* e os sintomas de externalização e o total de dificuldades. Isto significa que uma maior capacidade de controlo e de mudança de atenção (que equivale a uma quantidade de tempo mais reduzida) está associada a melhores resultados de saúde mental reportados pelos tutores.

Apesar de não se observar correlações significativas entre o número de adultos identificados como figuras significativas e as variáveis de saúde mental, verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa, de magnitude baixa, entre a qualidade da relação com as figuras significativas identificadas e os sintomas de externalização.

Correlações entre as variáveis preditoras e os resultados do SDQ – professor.

Na Tabela 19 estão apresentadas as correlações entre as variáveis preditoras e os resultados de saúde mental do SDQ relatados pelo professor.

Tabela 19.

Correlações entre as variáveis preditoras e as variáveis de saúde mental - resultados do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) relatados pelo professor

Preditores	SE (professor)	SI (professor)	TD (professor)
Variáveis Sociodemográficas			
Sexo	r = -0,46**	r = -0,05	r = -0,35*
Idade	r = -0,29	r = -0,00	r = -0,21
Variáveis relacionadas com a institucionalização			
Contacto com a família	r = -0,14	r = 0,04	r = -0,08
Frequência contacto com a família	r = -0,10	r = -0,15	r = -0,15
Nº de irmãos instituição	r = 0,32*	r = 0,16	r = 0,30
Nº de instituições	r = -0,00	r = 0,12	r = 0,06
Tempo institucionalizado – total	r = 0,03	r = 0,08	r = 0,07
Tempo institucionalizado – atual	r = -0,20	r = -0,09	r = -0,19
Recursos Individuais e Relacionais			
- Individuais			
Auto-estima (EAR)	r_s = -0,40**	r _s = -0,02	r _s = -0,25
Autorregulação Emocional (ERQ-RC)	r = 0,05	r = 0,07	r = 0,07
Capacidade de Atenção Sustentada (TEA; Score!)	r _s = -0,28	r_s = -0,32*	r_s = -0,41**
Capacidade de Atenção Sustentada e de Inibição de Resposta (TEA; Walk, Don't Walk)	r = -0,15	r = -0,44**	r = -0,31*
(Menor) Capacidade de Controlo e Mudança de Atenção (TEA; Opposite Worlds)	r_s = 0,33*	r_s = 0,45**	r_s = 0,46**

(continua)

Tabela 19. (continuação)

Preditores	SE (professor)	SI (professor)	TD (professor)
- Relacionais			
Ligação a Figuras Significativas (QLFS) - média	$r_s = 0,26$	$r_s = 0,05$	$r_s = 0,19$
Ligação a Figuras Significativas (QLFS - nº de adultos identificados)	$r = -0,27$	$r = -0,10$	$r = -0,24$

Nota. As correlações estatisticamente significativas estão indicadas a negrito. TD = Total de Dificuldades; SE = Sintomas de Externalização; SI = Sintomas de Internalização.

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Quanto aos resultados reportados pelos professores, estes revelaram correlações negativas estatisticamente significativas, de magnitude moderada, entre o sexo e os sintomas de externalização e entre o sexo e o total de dificuldades. Os rapazes têm níveis mais elevados de problemas de externalização e dificuldades totais relatados pelos professores.

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a idade e as variáveis de saúde mental reportadas pelos professores.

A presença/ausência de contacto com a família e a frequência deste contacto (para os que o têm) não apresentaram correlações significativas com os resultados de saúde mental reportados pelos professores. O mesmo acontece com o número de instituições em que os participantes já residiram e com o tempo de institucionalização (sendo no total ou na casa de acolhimento atual).

Quanto ao número de irmãos a residirem na mesma casa de acolhimento, verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa, de magnitude moderada, entre esta variável e os sintomas de externalização. O número de irmãos e o total de dificuldades apresentam também uma correlação positiva, marginalmente significativa ($p = 0,051$).

Os resultados revelaram uma correlação negativa significativa, de magnitude moderada, entre a auto-estima e os sintomas de externalização. Por outro lado, não foram verificadas correlações estatisticamente significativas entre os resultados de saúde mental reportados pelos professores e a autorregulação emocional.

Quanto à autorregulação da atenção, foram encontradas correlações negativas, de magnitude moderada, entre a capacidade de atenção sustentada (subteste *Score!*) e os sintomas

de internalização e entre esta capacidade e o total de dificuldades. O mesmo tipo de correlações ocorre entre estas duas variáveis de saúde mental e a capacidade de atenção sustentada combinada com a capacidade da inibição da resposta (subtestes *Walk, Don't Walk*). Por último, observaram-se correlações positivas, de magnitude moderada, entre o tempo que os participantes demoraram a completar as tarefas do subteste *Opposite Worlds* e os sintomas de externalização, sintomas de internalização e o total de dificuldades. Isto significa que uma melhor capacidade de controlo e de mudança de atenção (que equivale a uma quantidade de tempo mais reduzida) está associada a melhores resultados de saúde mental reportados pelos professores.

No caso dos resultados de saúde mental reportados pelos professores, estes não foram correlacionados de forma significativa com o número de adultos identificados como figuras significativas nem com a qualidade destas relações.

Correlações entre as variáveis predictoras e os resultados do RCDAS.

Na Tabela 20 estão apresentadas as correlações entre as variáveis predictoras e os resultados de saúde mental do RCDAS, que são relatados pelo próprio.

Tabela 20.

Correlações entre as variáveis predictoras e as variáveis de saúde mental – resultados da Escala de Ansiedade e Depressão para Crianças - Revista (RCDAS)

Predictores	PAS	FS	PAG	PP	POC	PDM	Ans Total
Variáveis Sociodemográficas							
Sexo	r = 0,05	r = 0,16	r = 0,21 *	r = 0,08	r = - 0,03	r = - 0,03	r = 0,12
Idade	r = - 0,25*	r = 0,14	r = 0,19	r = 0,04	r = - 0,03	r = 0,13	r = 0,03

(continua)

Tabela 20. (continuação)

Preditores	PAS	FS	PAG	PP	POC	PDM	Ans Total
Variáveis relacionadas com a institucionalização							
Contacto com a família	r = - 0,03	r = - 0,14	r = - 0,14	r = - 0,08	r = - 0,08	r = 0,07	r = - 0,12
Frequência contacto com a família	r = - 0,17	r = - 0,00	r = - 0,10	r = - 0,09	r = - 0,18	r = - 0,01	r = - 0,13
Nº de irmãos instituição	r = 0,04	r = - 0,03	r = - 0,17	r = - 0,08	r = 0,04	r = - 0,12	r = - 0,05
Nº de instituições	r = - 0,09	r = - 0,15	r = - 0,03	r = - 0,06	r = - 0,04	r = - 0,14	r = - 0,10
Tempo institucionalizado – total	r = - 0,05	r = - 0,05	r = 0,09	r = - 0,01	r = - 0,08	r = - 0,15	r = - 0,04
Tempo institucionalizado – atual	r = - 0,08	r = - 0,07	r = 0,01	r = - 0,00	r = - 0,08	r = - 0,17	r = - 0,06
Recursos Individuais e Relacionais							
- Individuais							
Auto-estima (EAR)	r _s = - 0,14	r _s = - 0,16	r _s = - 0,10	r _s = - 0,22 *	r _s = - 0,07	r _s = - 0,33**	r _s = - 0,18
Autorregulação Emocional (ERQ-CA-RC)	r = 0,18	r = 0,12	r = - 0,08	r = 0,12	r = 0,24 *	r = 0,03	r = 0,16
Capacidade de Atenção Sustentada (TEA; Score!)	r _s = - 0,32**	r _s = 0,24*	r _s = 0,19	r _s = 0,02	r _s = 0,10	r _s = 0,11	r _s = 0,07

(continua)

Tabela 20. (continuação)

Preditores	PAS	FS	PAG	PP	POC	PDM	Ans Total
Capacidade de Atenção Sustentada e de Inibição de Resposta (TEA; Walk, Don't Walk)	r = - 0,48**	r = 0,02	r = - 0,01	r = - 0,11	r = - 0,22 *	r = - 0,08	r = - 0,19
(Menor) Capacidade de Controlo e Mudança de Atenção (TEA; Opposite Worlds)	r_s = 0,33**	r _s = - 0,09	r _s = - 0,04	r _s = - 0,02	r _s = - 0,00	r _s = - 0,17	r _s = 0,03
- Relacionais							
Ligação a Figuras Significativas (QLFS) – média	r _s = - 0,05	r _s = 0,06	r _s = 0,18	r _s = - 0,01	r _s = 0,18	r _s = 0,07	r _s = 0,11
Ligação a Figuras Significativas (QLFS - nº de adultos identificados)	r = 0,02	r = 0,13	r = 0,10	r = 0,13	r = 0,19	r = - 0,06	r = 0,15

Nota. As correlações estatisticamente significativas estão indicadas a negrito. PAS = Perturbação de Ansiedade de Separação; PAG = Perturbação de Ansiedade Generalizada; PP = Perturbação de Pânico; POC = Perturbação Obsessivo-Compulsiva; PDM = Perturbação de Depressão Major; AnsTotal = Ansiedade Total.

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Relativamente aos resultados reportados pelo próprio sobre os sintomas de ansiedade e depressão, os resultados indicam uma correlação positiva significativa entre o sexo e a Ansiedade Generalizada e uma correlação negativa significativa entre a idade e a Perturbação de Ansiedade de Separação. Ambas estas correlações são de magnitude baixa.

Não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis relacionadas com a institucionalização (presença/ausência e frequência do contacto com a família, número de irmãos a residirem na casa de acolhimento e tempo de institucionalização) e os resultados de saúde mental de ansiedade e depressão.

Verificaram-se correlações negativas estatisticamente significativas entre a auto-estima e a Perturbação de Pânico e entre a auto-estima e a Perturbação Depressiva Major (de magnitude baixa e moderada, respetivamente). Observou-se também uma correlação positiva

significativa, de magnitude baixa, entre a autorregulação emocional (utilização da estratégia de reavaliação cognitiva) e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

Adicionalmente, verificaram-se ainda correlações negativas e significativas, de magnitude moderada, entre a Perturbação de Ansiedade de Separação e a capacidade de atenção sustentada (isolada e combinada com a inibição de resposta). Também se observou uma correlação positiva significativa, de magnitude baixa, entre a capacidade de atenção sustentada e a Fobia Social, e uma correlação negativa significativa, de magnitude baixa, entre esta mesma capacidade (mas combinada com a inibição de resposta) e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Por fim, observou-se ainda uma correlação positiva e significativa, de magnitude moderada, entre a Perturbação de Ansiedade de Separação e o tempo de realização da tarefa do subteste *Opposite Worlds*, o que significa que uma maior capacidade de controlo e mudança da atenção está associada a menos sintomas de Ansiedade de Separação.

Quanto aos fatores relacionais (número de adultos identificados e qualidade das relações), não se verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa com os resultados de saúde mental de ansiedade e depressão.

Discussão dos Resultados e Conclusões

Nesta secção, serão discutidos os resultados acima apresentados de acordo com a literatura já existente sobre o tema. Primeiramente será abordada a caracterização da amostra em estudo e, de seguida, serão abordadas as associações entre os potenciais fatores de proteção e os resultados de saúde mental. Serão ainda discutidos os contributos do presente estudo, tal como as suas limitações, e propostas linhas futuras de investigação.

Caracterização da Amostra

Situação na instituição, problemas de saúde e acompanhamento médico/psicológico e situação escolar.

Foi possível observar que a maioria das crianças e adolescentes deste estudo reside na única casa de acolhimento que alguma vez residiu e que a maioria se encontra institucionalizado entre um e três anos, sendo o tempo médio de institucionalização três anos e 6 meses. Estes dados não são muito diferentes daqueles reportados no Relatório Anual da Situação do Acolhimento das Crianças e Jovens (Instituto da Segurança Social, 2018).

À semelhança de estudos anteriores (Cordovil et al., 2010), a maioria das crianças e adolescentes que tem **contacto com a família**, tem um contacto semanal. O facto da maioria das crianças/adolescentes ter contacto com a sua família está de acordo com a importância de as crianças/adolescentes manterem os laços afetivos com as suas figuras de referência. Aliás, a residência dos familiares não deverá ser muito distante do local em que a criança ou adolescente está institucionalizado, de forma a permitir a oportunidade da continuidade destas relações, podendo haver a possibilidade de um regresso ao seio familiar, nuclear ou alargado (Simões, 2018). No entanto, como seria de esperar nesta população, algumas crianças e adolescentes têm um contacto mínimo (uma vez por mês ou menos) ou não têm qualquer contacto com a sua família de origem.

Quando os **irmãos** entram no sistema de acolhimento, a decisão de os colocar juntos ou não, é muito importante, uma vez que é uma decisão que pode ter consequências a longo-prazo relativamente à qualidade da relação entre eles (Ashley & Roth, 2015). A maioria dos participantes não tem nenhum irmão a residir na mesma casa de acolhimento, no entanto, não existe informação acerca se têm irmãos a residir noutra local ou se são filhos únicos. Existem várias crianças/adolescentes que têm irmãos na casa de acolhimento, sendo que ter apenas um é o mais frequente.

Relativamente aos **problemas de saúde mental e física**, os tutores reportaram uma percentagem relativamente pequena de crianças/adolescentes que apresentam este tipo de problemas. Tendo em conta os objetivos deste estudo, direcionados para a saúde mental, interessa salientar que apenas vinte e cinco participantes foram identificados como tendo problemas de saúde mental, sendo que os problemas mais frequentemente identificados foram a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e o Défice Cognitivo. Isto é congruente com a literatura, que indica existirem diagnósticos frequentes de PHDA e de problemas cognitivos nesta população (Cook et al., 2003; Leloux.Opmeer et al., 2016). É de notar que, apesar da depressão ser também um diagnóstico muito frequente na literatura (Collin-Vézina et al., 2011; Cook et al., 2003; Schmid et al., 2008), foi identificado apenas um caso na amostra em estudo, o que parece ser algo que pode ser um pouco subestimado. A ansiedade, por exemplo, parece ser outro problema de internalização com bastante prevalência nesta população (Cóllin-Vézina et al., 2011; Cook et al., 2003), que parece também ter sido subestimado, não tendo sido mencionado de todo.

A maioria das crianças e adolescentes neste estudo tem **acompanhamento médico ou psicológico** (sendo os mais comuns os serviços de Psicologia e de Pedopsiquiatria). Este dado é pouco coerente com o número de crianças/adolescentes que são indicadas como tendo problemas de saúde mental, sendo esse número muito inferior, comparativamente ao número de crianças/adolescente que têm acompanhamento em especialidades de saúde mental. Algo surpreendente foi que, tendo todos os participantes experienciado situações de risco (incluindo a própria institucionalização), menos de metade beneficia de apoio psicológico. Este apoio deveria ser uma necessidade e uma prioridade nesta população, independentemente de ser ou não identificado pelos cuidadores algum problema de saúde mental. É de salientar que quase metade da amostra está medicada com psicofármacos, que traduz também as dificuldades de saúde mental desta população.

As crianças/adolescentes em acolhimento são uma das populações mais vulneráveis a **nível educacional** (Zetlin & Weinberg, 2004). Fornecer uma colocação estável numa escola com boa qualidade e com profissionais empenhados pode constituir um fator de proteção importante para crianças e adolescentes em desvantagem social, principalmente aqueles que estão em acolhimento residencial, promovendo as suas oportunidades educacionais e profissionais futuras (Höjer & Johansson, 2013). No estudo de Höjer e Johansson (2013), apesar de vários jovens em situação de acolhimento mencionarem o *bullying* e os sentimentos de exclusão no contexto escolar, também descrevem a escola como um local estruturado e calmo, no qual têm a oportunidade de conhecer adultos apoiantes. Para além disto, muitos

destes jovens percebem-se como sendo “diferentes” e, na escola, conseguem sentir-se “normais”, como membros integrantes do grupo de pares.

A maioria dos participantes do presente estudo frequenta o ensino regular, mas vários frequentam cursos profissionais ou CEF's, ou têm necessidade de Ensino Especial ou de Adaptações Curriculares. De acordo com o Relatório de Caracterização Anual da Situação do Acolhimento das Crianças e Jovens (Instituto da Segurança Social, 2018), apenas 42% das crianças e adolescentes em acolhimento em Portugal frequenta o Ensino Regular nos seus diversos Ciclos de Estudos (1º, 2º, 3º Ciclos e Secundário). Os restantes encontram-se em vias alternativas e profissionalizantes de ensino, em Ensino Especial (cujo número que aumentou de 2016 para 2017) ou não estão a frequentar a escola. Como já vimos anteriormente, o envolvimento/participação em meio escolar é um fator de proteção em jovens que residem em acolhimento residencial, uma vez que contribui, por exemplo, para a formação de relações significativas com os pares e adultos e para a autorregulação comportamental (Malindi & Machenjedge, 2012). Apesar destes benefícios associados ao envolvimento no contexto escolar, são reportados casos de absentismo escolar na amostra deste estudo.

As **notas de comportamento** mais frequentemente reportadas foram o “Bom” e o “Muito Bom”, seguindo-se do “Satisfaz”, estando o “Mau” em menor percentagem. Embora a maior parte dos alunos não tenha tido faltas ou não tenha sido alvo de medidas disciplinares, há casos mais alarmantes, em que os alunos têm mais de dez faltas de presença ou disciplinares ou que foram alvo de mais de três medidas disciplinares, como é o caso da suspensão e do trabalho comunitário. As faltas e outras medidas disciplinares podem refletir problemas de comportamento no contexto escolar, que são frequentes nas crianças e adolescentes institucionalizados, e que normalmente variam entre comportamentos agressivos, imaturos e/ou de busca de atenção, e comportamentos de isolamento e de ansiedade. Este tipo de dificuldades comportamentais leva, muitas vezes, a que estas crianças/adolescentes experienciem retenções escolares e/ou sejam colocadas em educação especial (Zetlin & Weinberg, 2004).

Em relação ao **desempenho escolar**, no 1º, 2º e 3º ciclo a nota mais frequente nas várias disciplinas foi positiva, com exceção do Português do 1º ciclo, que as notas negativas são tão frequentes como as positivas, e a Matemática do 2º e 3º ciclo, em que a nota mais frequente é negativa. Estes resultados são congruentes com a investigação de Zetlin e Weinberg (2004), que afirma que as crianças e adolescentes têm um pior desempenho em testes de leitura e de matemática do que as crianças e adolescentes que não estão em situação de acolhimento e que, por isso, têm também piores notas nestas disciplinas. Tendo em conta que a percentagem das

notas negativas a português diminuí do 1º para o 2º e 3º ciclo, parece haver uma melhoria nesta disciplina entre os ciclos. Porém, parece haver um agravamento nas dificuldades a matemática, sendo que a nota negativa a esta disciplina passa da menos frequente no 1º ciclo para a mais frequente no 2º e 3º ciclo. No ensino secundário, as poucas notas relatadas foram, com exceção de uma, positivas.

Na literatura, existem casos em que os jovens apresentaram um desempenho escolar semelhante aos pares que não se encontram na mesma situação (Altshuler & Poertner, 2002) e que descreveram a escola como uma experiência positiva, identificando disciplinas de que gostavam bastante e o que os faziam serem bem-sucedidos e sentirem-se capazes e inteligentes (Höjer & Johansson, 2013). No entanto, é menos provável que os jovens em contexto residencial tenham um bom desempenho escolar e que continuem os seus estudos a um nível superior, por comparação aos seus pares que não se encontram em contexto de acolhimento residencial (Vinnerljung, Öman, & Gunnarson, 2005).

Recursos individuais e relacionais.

Quanto à **auto-estima**, verificou-se que existem crianças/adolescentes com um resultado muito elevado e outras com um resultado muito baixo, sendo que, em média, apresentam níveis moderados.

Relativamente à **autorregulação emocional** ou, mais especificamente, à utilização da estratégia de reavaliação cognitiva, os resultados indicam que não há uma utilização muito elevada desta estratégia (variando entre a ausência da utilização a uma utilização moderada). Os resultados do estudo de Oliveira (2017), também com adolescentes em acolhimento residencial, indicam uma maior utilização da reavaliação cognitiva ($M=27,07$; $DP=7,55$) do que os participantes do presente estudo. Esta diferença pode dever-se ao presente estudo incluir também crianças na sua amostra, que não têm esta estratégia de autorregulação tão desenvolvida como os adolescentes (Steinberg, 2005).

Relativamente à **qualidade das relações com figuras significativas**, houve em média um resultado bastante elevado, o que parece indicar que as crianças e adolescentes percebem os adultos que identificaram como alguém que os valoriza, em quem podem confiar e com os quais se sentem seguros. Algo que parece ser característico nesta população e importante de realçar, é que nem todos os participantes conseguiram identificar adultos (que não fossem os pais) que fossem importantes na vida deles, e vários nomearam apenas um. Algo semelhante acontece no estudo de Berridge et al. (2012), em que também houve jovens que não conseguiram identificar membros da equipa da casa de acolhimento que considerassem mais

próximos e com quem pudessem contar para pedir ajuda. E, num pior panorama, no estudo de Campos et al. (2019), apenas metade dos jovens conseguiram identificar um cuidador com quem tivessem uma relação próxima e de confiança.

Quanto aos adultos que foram identificados como figuras de referência, estes variaram entre adultos do contexto familiar (irmãos, tios, avós), do contexto residencial (educadores, diretores, mentores e outros técnicos da casa de acolhimento) e do contexto escolar (adultos de referência da escola, como professores). Para além disto foram ainda identificados padrinhos, amigos, namorados/as e ainda psicólogos e um treinador. Os adultos mais frequentemente identificados, tanto em primeiro como em segundo lugar, foram os educadores da casa de acolhimento, o que sugere a importância das ligações que as crianças estabelecem com adultos na instituição em que residem. Aliás, no estudo de Berridge et al. (2012) foi salientada o valor que os jovens dão aos esforços que os funcionários da casa de acolhimento fazem para construir relações com eles. O estudo de Arsenault e Domene (2018) realça também a importância que os jovens dão a terem relações positivas com os pares, com os funcionários da instituição e com os membros da família, vendo estas relações como promotoras da sua saúde mental, o que também se reflete nos resultados deste estudo, uma vez que as crianças/adolescentes também identificaram muitos membros da família alargada e amigos como figuras significativas.

Resultados de saúde mental.

Relativamente aos resultados de saúde mental, começando pelos resultados relativos à **ansiedade** e à **depressão**, as crianças e adolescentes deste estudo apresentam uma média relativamente baixa destes sintomas. No entanto, apresentam uma média mais elevada em todas as subescalas, em comparação com os resultados de uma amostra comunitária (Bouvard et al., 2015). Em segundo lugar, no que diz respeito às **capacidades e dificuldades** das crianças e adolescentes verificou-se que os próprios percecionam, em média, uma baixa presença de sintomas de externalização, poucas dificuldades totais e, apesar da literatura referir que esta população apresenta fracas capacidades pró-sociais (Elebiary et al., 2010; Kaur et al., 2018; Schmid et al., 2008), percecionam bastantes comportamentos pró-sociais. Apesar dos participantes do presente estudo não percecionarem muitas dificuldades, percecionam um nível mais elevado de dificuldades do que os participantes de uma amostra comunitária de um estudo conduzido por Meltzer et al. (2003).

De uma forma geral, o próprio relata menos problemas de ajustamento por comparação aos relatados pelo tutor e pelo professor. É possível que estas diferenças advenham do facto da

criança/adolescente não considerar os seus comportamentos (sobretudo os de externalização) como problemáticos, não sentir que estes tenham um impacto significativo, negar/ignorar os problemas porque acha que não necessita de tratamento/ajuda, ou ter a tendência de se apresentar de uma forma favorável (desejabilidade social) (De Los Reyes & Kazdin, 2005).

Os tutores e os professores percecionam valores médios de sintomas de externalização, de sintomas de internalização e de total de dificuldades, sendo que os tutores percecionam todos estes problemas de forma mais significativa que os professores. Comparando o total de dificuldades das duas amostras a nível do hétero-relato, verifica-se que a amostra em acolhimento residencial do presente estudo apresenta valores mais elevados do que um estudo com uma amostra comunitária com crianças e jovens de faixa etária semelhante (Meltzer et al., 2003).

Correlações entre as Variáveis Predictoras e as Variáveis de Saúde Mental

Variáveis sociodemográficas.

Começando pelo **sexo**, os resultados revelam que valores mais elevados nos sintomas de externalização e de dificuldades totais são mais frequentes no sexo masculino e que os resultados mais elevados no comportamento pró-social e na Perturbação de Ansiedade Generalizada são mais frequentes no sexo feminino. Esta prevalência dos problemas de externalização no sexo masculino e dos problemas de internalização no sexo feminino é um resultado bastante consistente com a literatura (Campos et al., 2019; Leadbeater, Kuperminc, Blatt, & Hertzog, 1999).

O facto dos sintomas de internalização avaliados pelo SDQ e os sintomas de depressão e das outras perturbações de ansiedade não apresentarem uma correlação significativa com o sexo, pode significar que na amostra do presente estudo (em que tanto os rapazes como as raparigas passam por situações de grande adversidade) a diferença entre os dois géneros, no que diz respeito a sintomas de internalização, não é tão discrepante como seria de esperar.

Relativamente à **idade**, esta apresentou-se negativamente correlacionada com os sintomas de externalização reportados pelo tutor e com a Perturbação de Ansiedade de Separação, e positivamente correlacionada com o comportamento pró-social reportado pelo tutor. Isto é congruente com a literatura que indica que as crianças e os pré-adolescentes apresentam mais sintomas de ansiedade de separação do que os adolescentes (como pesadelos e angústia excessiva relativamente à separação) (Borges, Manso, Tomé, & Matos, 2008; Francis, Last, & Strauss, 1987). Para além disso, as crianças mais novas têm uma menor

capacidade de auto-controlo do que crianças mais velhas e, por isso, tendem a apresentar mais problemas de externalização (Achenbach & Rescorla, 2004).

Variáveis relacionadas com a institucionalização.

Tendo em conta o estudo de Campos et al. (2019), seria de esperar que o contacto com irmãos, pais e outros adultos significativos estivesse negativamente correlacionado com problemas emocionais e comportamentais. Da mesma forma, no estudo de Arsenault e Domene (2018), os jovens em acolhimento residencial mencionaram a desconexão com a família como sendo algo que afetou a sua saúde mental (Arsenault & Domene, 2018). Apesar disto, a **presença/ausência do contacto** que a criança/adolescente tem com a família não foi correlacionado significativamente com nenhum resultado de saúde mental. Por outro lado, a **frequência deste contacto**, para aqueles que de facto o têm, foi correlacionado negativamente com o total de dificuldades e com os sintomas de externalização reportados pelo tutor, ou seja, os tutores relatam menos este tipo de problemas em crianças/adolescentes que têm um contacto mais frequente com a família. Isto indica que promover a frequência deste contacto pode ser benéfico para estas crianças e adolescentes.

As crianças que entram no sistema de acolhimento residencial encontram circunstâncias que lhes são pouco familiares, havendo várias alterações na sua vida, como ir para uma casa de acolhimento que para elas pode ser algo assustador e muito difícil de lidar. Desta forma, a presença de um irmão na casa pode ser um fator de proteção, por ser alguém que lhes é familiar (no meio de tanta coisa que não o é), com quem podem partilhar as suas preocupações e que lhes fornece alguma segurança (Ashley & Roth, 2015; Mota, Serra, Relva, & Fernandes, 2017). Tendo isto em conta, existem estudos que revelaram que as crianças que foram colocadas no mesmo local que os seus irmãos tiveram melhores resultados de saúde mental, nomeadamente, menos problemas comportamentais e emocionais (Smith, 1998; Barth et al., 2007). No entanto, os resultados do presente estudo não refletem a co-institucionalização dos **irmãos** como um fator de proteção. Pelo contrário, o número de irmãos a residirem na mesma casa de acolhimento foi correlacionado positivamente com os sintomas de externalização reportados pelos professores (sendo quase significativo da parte dos tutores). Ou seja, quantos mais irmãos, mais problemas deste tipo foram identificados, pelo menos, no contexto escolar. Isto talvez seja uma questão que poderá estar mais relacionada, não com a quantidade de irmãos a residir no mesmo local, mas sim com a qualidade da relação em si. Por exemplo, num estudo de Linares (2006), com crianças em acolhimento familiar, o conflito entre irmãos foi

correlacionado com mais sintomas depressivos, mais problemas de comportamento em casa e um pior desempenho escolar.

Tendo em conta que a perceção de apoio por parte de irmãos é um fator de proteção em adolescente em contexto residencial (Mota & Matos, 2015), é possível também que as crianças/adolescentes tenham uma melhor relação com os irmãos que não residem com eles do que com os que residem. Aliás, os irmãos adultos (e que por isso não estarão a residir na casa de acolhimento) foram identificados frequentemente como um adulto significativo, tanto no primeiro como no segundo adulto identificado.

Os resultados do estudo de Newton, Litrownik e Landsverk (2000), indicam que um maior **número de colocações em casas de acolhimento** prediz mais problemas de internalização e de externalização. No entanto, no presente estudo, o número de casas de acolhimento em que as crianças/adolescentes já residiram não foi correlacionada de forma significativa com nenhum resultado de saúde mental, e o mesmo acontece com o **tempo de institucionalização** (contando com todas as instituições em que já residiram). No entanto, um maior tempo de institucionalização na casa de acolhimento atual está associado a menos sintomas de externalização e a um total de dificuldades mais baixo, relatados pelo tutor. Apesar de existir literatura que salienta que quanto mais tempo as crianças permanecerem em contexto residencial, mais problemas de comportamento (Marcovitch et al., 1997) e mais problemas de internalização (Wiik et al., 2011) evidenciam, existem também dados que apontam para o contrário (e na mesma direção que o presente estudo). É o caso do estudo de McWey, Cui e Pazdera (2010), em que foi observado um decréscimo ao longo do tempo dos sintomas de externalização e de internalização em adolescentes em contexto de acolhimento. Este decréscimo foi ainda maior nos adolescentes que foram institucionalizados devido a negligência, abuso sexual e/ou abuso físico, comparativamente a adolescentes que sofreram de outros tipos de maus-tratos. Isto pode significar que o facto de os jovens serem retirados de ambientes abusivos e negligentes pode diminuir as barreiras para um funcionamento adaptativo. Um período de tempo mais longo numa casa de acolhimento, pode também ser preditor de resultados positivos a nível educacional, como ter um melhor desempenho académico (Novotný e Křeménková, 2016) e obter uma educação no ensino secundário (Ringle, Ingram, & Thompson, 2010).

Também poderá ser colocada como hipótese que o facto de os tutores percecionarem mais dificuldades em crianças/adolescentes que estão há menos tempo na casa de acolhimento, possa ser devido a ainda estarem numa fase de adaptação a um novo contexto tão diferente. Como já foi realçado anteriormente, serem retiradas de casa e colocadas numa casa de

acolhimento é uma experiência stressante e que é vivenciada com sofrimento (Calcing & Benetti, 2014), o que pode causar sentimentos de revolta e maior exacerbação de problemas de externalização (e não só) nestes jovens. Por outro lado, crianças/adolescentes que se encontram há mais tempo institucionalizados, podem já estar mais bem-adaptados, apresentando, conseqüentemente, menos dificuldades comportamentais. Este resultado pode indicar que garantir que as crianças/adolescentes permaneçam sempre na mesma casa de acolhimento lhes pode conferir uma maior estabilidade e, conseqüentemente, um funcionamento mais adaptativo.

Recursos individuais e relacionais.

Individuais.

A **auto-estima** é um indicador importante de bem-estar psicológico e de saúde mental (Nunes, Montibeller, Oliveira, Arrabaca, & Theiss, 2017). Em adolescentes, observa-se uma associação entre uma auto-estima mais elevada e menos problemas de internalização e de externalização (Arslan, 2016; Keane & Loades, 2016; Van Loon, Van De Ven, Van Doesum, Hosman, & Witteman, 2015). Mais especificamente, a auto-estima elevada é também um fator de proteção face a sintomas de depressão em amostras de crianças/adolescentes em contexto residencial (Suzuki e Tomoda, 2015; Yoon, Cho e Yoon, 2019). Congruentemente, no presente estudo, observou-se uma associação entre uma auto-estima mais elevada e menos sintomas de externalização (reportados pelo próprio, pelo tutor e pelo professor), menos dificuldades totais (reportadas pelo próprio) e menos sintomas de Perturbação de Pânico e de Perturbação Depressiva Major.

A **autorregulação emocional** é vista como um fator de proteção em vários estudos, tendo sido associada a um nível mais elevado de felicidade auto-relatada (Maurović et al., 2014) e a um melhor desempenho académico (Novotný & Křeménková, 2016). No presente estudo, observou-se uma associação positiva entre a autorregulação emocional (utilização da estratégia de reavaliação cognitiva) e o comportamento pró-social (reportado pelo próprio), o que significa que uma maior utilização da estratégia de reavaliação cognitiva está associada a mais comportamentos de simpatia, partilha, preocupação e ajuda para com os outros. Isto é consistente com o estudo de Benita, Levkovitz e Roth (2017), com uma amostra normativa, cujos resultados indicam que uma boa capacidade de regulação emocional prediz o comportamento pró-social dos participantes, tanto diretamente como através da mediação da empatia para com os pares.

A utilização da estratégia de reavaliação cognitiva foi também positivamente correlacionada com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Este resultado não está de acordo com o que já foi estudado na literatura, como é o caso do estudo de Fergus e Bardeen (2014), em que a capacidade de reavaliação cognitiva foi correlacionada negativamente com os sintomas obsessivo-compulsivos.

Por último, uma maior capacidade de **autorregulação da atenção** foi associada a vários resultados de saúde mental. Nomeadamente, uma maior capacidade de atenção sustentada foi associada a menos sintomas de externalização (relatados pelo tutor), de internalização (relatados pelo professor), de total de dificuldades (reportado pelo professor, sendo o do tutor quase significativo) e de Perturbação de Ansiedade de Separação. Uma maior capacidade de atenção sustentada combinada com a inibição de resposta foi associada a menos sintomas de internalização (reportados pelo tutor e pelo professor), de dificuldades totais (reportadas pelo professor), de Perturbação de Ansiedade de Separação e de Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Uma maior capacidade de controlo e mudança da atenção foi associada a menos sintomas de externalização (reportados pelo tutor e pelo professor), de internalização (reportados pelo professor), de total de dificuldades (reportados pelo tutor e pelo professor) e de Perturbação de Ansiedade de Separação.

Apesar de um problema de atenção ser uma causa improvável para o desenvolvimento de uma perturbação psicológica, os problemas de atenção podem aumentar o risco para vários resultados de saúde mental menos adaptativos, como a ansiedade e problemas de comportamento (Racer & Dishion, 2012), o que é congruente com os resultados do presente estudo. Aliás, intervenções que têm como alvo a atenção, produzem melhorias nos sintomas clínicos (Racer & Dishion, 2012). Desta forma, as capacidades ligadas à atenção são essenciais para que a criança/adolescente adquira e implemente estratégias para controlar as suas emoções e comportamentos (Racer, & Dishion, 2012), que podem não estar tão presentes em jovens com uma elevada prevalência de sintomas de externalização e/ou de internalização.

Estranhamente, a capacidade de atenção sustentada foi associada a mais sintomas de Fobia Social, que não é congruente com os dados da literatura descritos entre a atenção e sintomas de internalização, como a ansiedade (Racer, & Dishion, 2012). Observou-se também uma associação entre uma melhor capacidade de controlo e mudança da atenção e menos comportamentos pró-sociais (relatados pelo próprio), que parece ser algo pouco comum, uma vez que as crianças que têm uma boa capacidade de regular a sua atenção e as suas respostas comportamentais são mais prováveis de se preocuparem com os outros e de os ajudarem (Benita et al., 2017).

A maioria destes resultados indicam que recursos individuais, como a auto-estima, a autorregulação emocional e a autorregulação da atenção, devem ser promovidos de forma a proporcionar um funcionamento mais adaptativo nestas crianças/adolescentes.

Relacionais.

Por fim, relativamente aos fatores relacionais, o **número de adultos identificados como figuras significativas** foi associado ao comportamento pró-social reportado pelo próprio, ou seja, quantas mais figuras a criança/adolescente identificou mais comportamentos de simpatia, partilha, preocupação e de ajuda apresenta (ou considera) ter. Isto indica que a presença de adultos apoiantes nas vidas destas crianças/adolescentes é algo muito importante para melhores resultados a nível social.

Vários estudos salientam a importância da **qualidade das relações com figuras significativas** como fator de proteção nas crianças e adolescentes institucionalizados, como é o caso desta qualidade estar associada a um maior bem-estar (Mota & Matos, 2014), a menos comportamentos desviantes (Mota et al., 2015), a mais competências de autocontrolo, de comunicação, de confiança, de empatia e de assertividade (Mota & Matos, 2010), ou simplesmente a uma melhor resiliência no geral (Drapeau et al., 2007). No entanto, no presente estudo, foi observada uma correlação entre uma melhor qualidade destas relações e mais sintomas de externalização reportados pelos tutores. Tendo em conta que vários participantes identificaram amigos mais velhos como adultos significativos, é possível que esta associação entre a qualidade das relações com figuras significativas e os problemas de externalização esteja associada à influência que estes amigos podem ter sobre eles. Isto tendo em conta o que foi relatado no estudo de Campos et al. (2019), em que um maior número de amigos próximos estava associado a mais problemas comportamentos de oposição, o que poderia estar relacionado com a integração num grupo de amigos com comportamentos desviantes.

Considerações Finais

Contributos do estudo.

Os estudos portugueses que exploram a relação entre os fatores de proteção e os resultados de saúde mental em crianças e jovens em casas de acolhimento são escassos, sendo que os existentes se focam essencialmente nas ligações afetivas com figuras significativas (Mota et al., 2015; Mota & Matos, 2010; Mota & Matos, 2014; Mota & Matos, 2015). O presente estudo para além de abordar a qualidade destas relações, explora também outros fatores de proteção, incluindo variáveis relacionadas com a institucionalização, recursos

individuais e recursos relacionais. A própria caracterização da amostra em relação a diferentes dimensões permite conhecer um pouco melhor as especificidades desta população.

Para além disso, este estudo apresenta algumas vantagens metodológicas relativamente aos estudos anteriores. Em primeiro lugar, é utilizada uma grande diversidade de metodologias, sendo utilizados não só questionários e escalas como instrumentos de avaliação, mas também uma prova de desempenho para avaliar a capacidade de atenção. Em segundo lugar, a informação não foi recolhida apenas através do auto-relato, mas também através do hetero-relato dos tutores e dos professores. Esta diversidade de informadores contribui para uma melhor compreensão do funcionamento das crianças e dos adolescentes nos vários contextos em que estão inseridos (casa de acolhimento e escola).

Como é salientado no estudo de Sim et al. (2016), é muito importante investigar como diferentes fatores de proteção podem ter um impacto nos resultados de saúde mental das crianças e dos adolescentes, com o objetivo de ter evidências dos fatores a promover de forma a que estes sejam considerados no planeamento de intervenções. Aliás, os fatores que possam promover a resiliência em crianças e adolescentes institucionalizados devem ser investigados, não só para efeitos de intervenção como para efeitos de prevenção de problemas de saúde mental (Suzuki & Tomoda, 2015), que são tão prevalentes nesta população. Desta forma, os resultados deste estudo sugerem algumas dimensões associadas a melhores resultados de saúde mental nas crianças e adolescentes em acolhimento residencial, sendo a identificação destas dimensões importante para a redução do impacto da adversidade na saúde mental, devendo ser consideradas no planeamento de intervenções com esta população. Nomeadamente, as intervenções futuras deveriam incluir como objetivo a promoção destas seguintes dimensões: a auto-estima, a capacidade de autorregulação da atenção, a capacidade de autorregulação emocional, a frequência do contacto com a família, o tempo de institucionalização na casa de acolhimento (ou seja, a estadia consistente no mesmo local, não o tempo total de institucionalização) e o número de adultos que as crianças possam identificar como figuras significativas.

Por último, como foi visto ao longo deste trabalho, as crianças e adolescentes em acolhimento residencial têm uma menor probabilidade de ter resultados positivos em relação ao desempenho escolar, tanto a nível das notas como a nível comportamental. Apesar de existirem vários casos na amostra em estudo que aparentam sucesso escolar, existem muitos casos de notas negativas, problemas de comportamento (e medidas disciplinares associadas) e absentismo/desistência escolar. Muitos destes casos de sucesso escolar, para além de serem maioritariamente notas medianas (“Satisfaz” e “3”), estão enquadrados no ensino especial e em

percursos escolares adaptados. Os resultados do presente estudo realçam a escolaridade como uma área problemática nesta população que deve ser alvo de intervenção, até porque a participação em ambiente escolar contribui também para a integração social e para a formação de relações significativas.

Limitações do estudo.

O presente estudo, tal como a maioria dos estudos nele apresentados, tem como uma das limitações ter um desenho de estudo transversal, o que implica que, como não houve uma recolha de dados ao longo do tempo, não é possível inferir acerca das relações causais entre as variáveis em estudo, permitindo apenas descrever associações entre estas.

A amostra do estudo, apesar de ter uma dimensão superior a alguns estudos descritos anteriormente, é ainda assim reduzida. É possível que uma amostra de maior dimensão permitisse identificar mais associações estatisticamente significativas. Isto torna-se ainda mais relevante relativamente ao hétero-relato, que teve uma dimensão ainda mais pequena que a amostra total de participantes. A baixa taxa de adesão por parte principalmente dos professores é também uma limitação.

Relativamente à recolha de dados, o facto de esta ter sido realizada apenas em casas de acolhimento localizadas no distrito de Lisboa, pode comprometer a generalização dos resultados obtidos para a população portuguesa.

É de salientar que, no momento da administração das provas de desempenho (TEA), o contexto muito movimentado e pouco silencioso (característico das casas de acolhimento) pode ter afetado a atenção das crianças/adolescentes à prova e, conseqüentemente, potencialmente enviesando os resultados que daí advieram.

Uma característica da população em acolhimento residencial que pode ser uma limitação (e que deve ser também tida em atenção) é que das 102 crianças que iriam estar incluídas, 14 não o foram por diversos motivos (recusa em participar, fugas e integração com urgência no projeto de intervenção devido a dificuldades no ajustamento), o que pode ter influenciado os resultados do estudo (nomeadamente, na prevalência de dificuldades e problemas de saúde mental).

Por fim, a ausência de uma fiabilidade suficientemente elevada de algumas subescalas limitou as análises que poderiam ter sido realizadas neste estudo, como é o caso dos sintomas de internalização reportados pelo próprio no SDQ e a utilização da supressão emocional como estratégia de autorregulação emocional.

Linhas futuras de investigação.

Primeiramente, seria mais realizar um estudo longitudinal, de forma a ser possível fornecer uma melhor evidência acerca da direção dos efeitos na relação entre os fatores de proteção e os resultados de saúde mental. De forma a que obtenham resultados mais representativos, futuras investigações poderiam ainda beneficiar de uma amostra não só de maior dimensão, mas também de uma maior variedade em termos geográficos.

Para além disto, seria bastante enriquecedor ir para além das metodologias quantitativas, e incluir também metodologias qualitativas que permitissem explorar mais livremente as perspetivas das crianças e dos adolescentes acerca das suas experiências antes e durante a estadia em acolhimento.

Referências Bibliográficas

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A. T., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M. F., & Ribeiro dos Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*. Disponível em https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=44610
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2004). Empirically based assessment and taxonomy: Applications to infants and toddlers. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 161–182). New York: Oxford University Press. Disponível em https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=Gil8NW5Jo0UC&oi=fnd&pg=PA161&dq=Empirically+based+assessment+and+taxonomy:+Applications+to+infants+and+toddlers.&ots=hoTy9Gzs74&sig=8s9COtCRCEzkFwGnrqHwwGAKbg&redir_esc=y#v=onepage&q=Empirically%20based%20assessment%20and%20taxonomy%3A%20Applications%20to%20infants%20and%20toddlers.&f=false
- Altshuler, S. J., & Poertner, J. (2002). The child health and illness profile-Adolescent edition: Assessing Well-Being in Group Homes or Institutions. *Child Welfare*, 81(3), 495-513. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12092670>
- Ashley, C., & Roth, D. (2015). *What happens to siblings in the care system*. Disponível em Family Rights Group website: <https://www.frg.org.uk/press-releases#press32>
- Arsenault, C. L., & Domene, J. F. (2018). Promoting Mental Health: The Experiences of Youth in Residential Care. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 52(1). 16-42. Disponível em <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/61172>
- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 52, 200–209. doi:10.1016/j.chiabu.2015.09.010
- Barth, R. P., Lloyd, E., Green, R. L., James, S., Leslie, L. K., & Landsverk, J. (2007). Predictors of placement moves among children with and without emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(1), 46–55. doi:10.1177/10634266070150010501
- Batelaan, N. M., Graaf, R., Spijker, J., Smit, J. H., Van Balkom, A. J. L. M., Vollebergh, W. A. M., & Beekman, A. T. F. (2010). The course of panic attacks in individuals with panic disorder and subthreshold panic disorder: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 30–38. doi:10.1016/j.jad.2009.05.003

- Benita, M., Levkovitz, T., & Roth, G. (2017). Integrative emotion regulation predicts adolescents' prosocial behavior through the mediation of empathy. *Learning and Instruction, 50*, 14–20. doi:10.1016/j.learninstruc.2016.11.004
- Berridge, D., Biehal, N., & Henry, L. (2012). *Living in children's residential homes* (Report no. DFE-RR201). Disponível em <https://www.gov.uk/government/publications/living-in-childrens-residential-homes>
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Matos, M. G. D. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica, 26*(4), 551-561. doi:10.14417/ap.514
- Bouvard, M., Denis, A., & Roulin, J. L. (2015). The French version of the revised child anxiety and depression scale (RCADS) in a nonclinical sample. *Swiss Journal of Psychology, 74*(3):119-127. doi:10.1024/1421-0185/a000158
- Calcing, J., & Benetti, S. P. C. (2014). Caracterização da saúde mental em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. *Psico, 45*(4), 559. doi: 10.15448/1980-8623.2014.4.13629
- Campos, J., Barbosa-Ducharne, M., Dias, P., Rodrigues, S., Martins, A. C., & Leal, M. (2019). Emotional and behavioral problems and psychosocial skills in adolescents in residential care. *Child and Adolescent Social Work Journal, 36*(3), 237–246. doi:10.1007/s10560-018-0594-9
- Carvalho, M. J. L. (2013). *Sistema nacional de acolhimento de crianças e jovens*. Disponível em Fundação Calouste Gulbenkian website: <https://gulbenkian.pt/project/programa-criancas-e-jovens-em-risco/>
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C. E., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety And Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy, 38*(8), 835-855. doi:10.1016/S0005-7967(99)00130-8
- 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*(3), 283-296. doi:10.1023/A:1022989411119
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction, 9*(5), 577–589. doi:10.1007/s11469-011-9323-8

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... Mallah, K. (2003). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi:10.3928/00485713-20050501-05
- Cordovil, C., Crujo, M., Vilariça, P., & Caldeira da Silva, P. (2011). Resiliência em crianças e adolescentes institucionalizados. *Acta Médica Portuguesa*. 24(S2): 413-418. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.17/1401>
- Davidson-Arad, B. (2005). Fifteen-month follow-up of children at risk: Comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Children and Youth Services Review*, 27(1), 1-20. doi:10.1016/j.childyouth.2004.07.002
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509. doi:10.1037/0033-2909.131.4.483
- Drapeau, S., Saint-Jacques, M. C., Lepine, R., Begin, G., & Bernard, M. (2007). Processes that contribute to resilience among youth in foster care. *Journal of Adolescence*, 30(6), 977–999. doi:10.1016/j.adolescence.2007.01.005
- Elebiary, H., Behilak, S. G., & Kabbash, I. (2010). Study of behavioral and emotional problems among institutionalized children. *The Medical Journal of Cairo University*., 78(1), 293–299. Disponível em <http://www.erepository.cu.edu.eg/index.php/MJCU/article/view/1092>
- Erol, N., Simsek, Z., & Munir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: Challenges and hope in the twenty-first century. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(2), 113–124. doi:10.1007/s00787-009-0047-2
- Farineau, H. M., Wojciak, A. S., & McWey, L. M. (2013). You matter to me: Important relationships and self-esteem of adolescents in foster care. *Child and Family Social Work*, 18(2), 129-138. doi:10.1111/j.1365-2206.2011.00808.x
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive–compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 243–248. doi:10.1016/j.jocrd.2014. 06.001

- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; versão portuguesa). Disponível em <http://www.sdqinfo.org>
- Francis, G., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1987). Expression of separation anxiety disorder: The roles of age and gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 18(2), 82-89. doi:10.1007/BF00709952
- Fraser, M. W., Kirby, L. D., & Smokowski, P. R. (2004). Risk and resilience in childhood. In M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (pp. 13-66). Washington, DC: NASW.
- Go, M., Chu, C. M., Barlas, J., & Chng, G. S. (2017). The role of strengths in anger and conduct problems in maltreated adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 67, 22-31. doi:10.1016/j.chiabu.2017.01.028
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi:10.1097/00004583-200111000-00015
- Goodman, A., & Goodman, R. (2012) Strengths and Difficulties Questionnaire scores and mental health in looked after children. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 426-427. doi:10.1192/bjp.bp.111.104380
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gullone, E., & Taffe, J. (2012). The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24(2), 409-417. doi:10.1037/a0025777
- Gustavsson, N. S., & MacEachron, A. E. (2010). Sibling connections and reasonable efforts in public child welfare. *Families in Society*, 91(1), 39-44. doi:10.1606/1044-3894.3956
- Höjer, I., & Johansson, H. (2013). School as an opportunity and resilience factor for young people placed in care. *European Journal of Social Work*, 16(1), 22-36. doi: 10.1080/13691457.2012.722984
- Instituto da Segurança Social, IP. (2018). *CASA-2017: Caracterização anual da situação de acolhimento das crianças e jovens*. Disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/16000247/Relatorio_CASA_2017/537a3a78-6992-4f9d-b7a7-5b71eb6c41d9

- Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7(1), 34-60. doi:10.1177/1524838005283696
- Kaur, R., Vinnakota, A., Panigrahi, S., & Manasa, R. V. (2018). A descriptive study on behavioral and emotional problems 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
- Keane, L., & Loades, M. (2016). Review: Low self-esteem and internalizing disorders in young people - A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(1), 4-15. doi:10.1111/camh.12204
- Kersten, P., Czuba, K., McPherson, K., Dudley, M., Elder, H., Tauroa, R., & Vandal, A. (2016). A systematic review of evidence for the psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Behavioral Development*, 40(1), 64-75. doi:10.1177/0165025415570647
- Kisiel, C., Summersett-Ringgold, F., Weil, L. E. G., & McClelland, G. (2017). Understanding strengths in relation to complex trauma and mental health symptoms within child welfare. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 437-451. doi:10.1007/s10826-016-0569-4
- Kools, S. M. (1997). Adolescent identity development in foster care. *Family Relations*, 46(3), 263-271. doi:10.2307/585124
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35(5), 1268-1282. doi:10.1037//0012-1649.35.5.1268
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 39. doi:10.1186/1753-2000-7-39
- Lei nº 142/2015 de 8 de Setembro. *Diário da República nº 175 - I série*. Assembleia da República.
- Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C., Swaab, H., & Scholte, E. (2016). Characteristics of children in foster care, family-style group care, and residential care: A scoping review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 2357-2371. doi:10.1007/s10826-016-0418-5
- Linares, L. (2006). An understudied form of intra-family violence: Sibling-to-sibling aggression among foster children. *Aggression and Violent Behaviour*, 11(1), 95-109. doi:10.1016/j.avb.2005.07.001

- Lou, Y., Taylor, E. P., & Di Folco, S. (2018). Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review. *Children and Youth Services Review, 89*, 83–92. doi:10.1016/j.chidyouth.2018.04.010
- Magalhães, E., & Lopes, J. (2011). Auto-conceito em adolescentes institucionalizadas: Um estudo exploratório. *Psicologia, 25*(2), 163-180. doi:10.17575/rpsicol.v25i2.292
- Malindi, M. J., & Machenjedge, N. (2012). The role of school engagement in strengthening resilience among male street children. *South Africa Journal of Psychology, 42*(1), 71–81. doi:10.1177/008124631204200108
- Manly, T., Robertson, I. H., Anderson, V., & Nimmo-Smith, I. (1999). *TEA-Ch: The Test of Everyday Attention for Children manual*. London, England: Pearson.
- Marcovitch, S., Goldberg, S., Gold, A., Wachington, J., Wasson, C., Krekewich, K., & Handley-Derry, M. (1997). Determinants of behavioural problems in romanian children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioural Development, 20*(1), 17-31. doi:10.1080/016502597385414
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E. D., Duyme, M., Frigerio, A., ... Théron, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(2), 40-46. doi:10.1007/s00787-004-2007-1
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227–238. doi:10.1037/0003-066X.56.3.227
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*(2), 205-220. doi:10.1037/0003-066X.53.2.20
- Masten, A. S., Morison, P., Pellegrini, D., & Tellegen, A. (1990). Competence under stress: Risk and protective factors. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 236-256). doi:10.1017/CBO9780511752872.015
- Masten, A. S., & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213–237). New York: The Guilford Press.
- Maurović, I., Križanić, V., & Klasić, P. (2014). From risk to happiness: The resilience of adolescents in residential care. *Kriminologija & Socijalna Integracija, 22*(2), 25-47. Disponível em <https://hrcak.crce.hr/136815>

- McWey, L. M., Cui, M., & Pazdera, A. L. (2010). Changes in externalizing and internalizing problems of adolescents in foster care. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1128-1140. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00754.x
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, F. (2003) Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 185-187. doi:10.1080/0954026021000046155
- Mota, C. P. (2008). Dimensões relacionais no processo de adaptação psicossocial de adolescentes: Vulnerabilidade e resiliência em institucionalização, no divórcio e em famílias intactas (Tese de doutoramento, Universidade do Porto). Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/56389>
- Mota, C. P., Costa, M., & Matos, P. M. (2015). Resilience and deviant behavior among institutionalized adolescents: The relationship with significant adults. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(4), 313–325. doi:10.1007/s10560-015-0429-x
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2005). *Questionário de Ligação a Figuras Significativas (QLFS)*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto, Portugal.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2010). Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrolo. *Análise Psicológica*, 28(2), 245–254. doi:10.14417/ap.278
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2013). Peer attachment, coping, and self-esteem in institutionalized adolescents: The mediating role of social skills. *European journal of psychology of education*, 28(1), 87-100. doi:10.1007/s10212-012-0103-z
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2014). Adolescents in institutional care: Significant adults, resilience and well-being. *Child and Youth Care Forum*, 44(2), 209–224. doi:10.1007/s10566-014-9278-6
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2015). Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? *Children and Youth Services Review*, 56, 97–106. doi:10.1016/j.childyouth.2015.06.017
- Mota, C. P., Serra, L., Relva, I. C., & Fernandes, O. M. (2017). Do sibling relationship protect adolescents in residential care and traditional families from developing of psychopathologies? *Journal of Family Studies*, 23(3), 260-277. doi:10.1080/13229400.2015.11106333

- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363-1374. doi:10.1016/S0145 2134(00)00189-7
- Novotný, J. S., & Křeménková, L. (2016). The relationship between resilience and academic performance at youth placed at risk. *Československá Psychologie*, 60(6), 553–566. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/313602814>
- Nunes, M. R. M., Montibeller, C., Oliveira, K., Arrabaca, R. D. C. B., & Theiss, S. M. M. B. (2017). Autoestima e saúde mental: Relato de experiência de um projeto de extensão. *Psicologia Argumento*, 31(73), 283-289 doi:10.7213/rpa.v31i73.20487
- Oliveira, A. M. G. (2017). As emoções: Regulação emocional em adolescentes em acolhimento institucional (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/22360>
- Oswald, S. H., Heil, K., & Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of pediatric psychology*, 35(5), 462-472. doi:10.1093/jpepsy/jsp114
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5-6), 174-179. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087134132011000500002
- Pereira, A. I., & Pedro, M. (2018). *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCDAS; versão portuguesa). Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandin, B., San Luis, C., & Pineda, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218(15), 153-169. doi:10.1016/j.jad.2017.04.022.
- Racer, K. H., & Dishion, T. J. (2012). Disordered attention: Implications for understanding and treating internalizing and externalizing disorders in childhood. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 31-40. doi:10.1016/j.cbpra.2010.06.005
- Ringle, J. L., Ingram, S. D., & Thompson, R. W. (2010). The association between length of stay in residential care and educational achievement: Results from 5 and 16 year follow-up studies. *Children and Youth Services Review*, 32(7), 974-980. doi:10.1016/j.childyouth.2010.03.022

- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image (Rev. ed.)*. Middletown, CT, England: Wesleyan University Press.
- Rushton, A., & Minnis, H. (2002). Residential and foster family care. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (pp. 359-372). doi:10.1002/9781444300895.ch32
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598
- Sánchez-Sandoval, Y. (2015). Self-perception, self-esteem and life satisfaction in adopted and non-adopted children and adolescents. *Infancia y Aprendizaje*, 38(1), 144-174. doi:10.1080/02103702.2014.996406
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 165-178, doi:10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 2. doi:10.1186/1753-2000-2-2.
- Shlonsky, A., Bellamy, J., Elkins, J., & Ashare, C. J. (2005). The other kin: Setting the course for research, policy, and practice with siblings in foster care. *Children and Youth Services Review*, 27(7), 697–716. doi:10.1016/j.childyouth.2004.12.019
- Sim, F., Li, D., & Chu, C. M. (2016). The moderating effect between strengths and placement on children's needs in out-of-home care: A follow-up study. *Children and Youth Services Review*, 60, 101–108. doi: 10.1016/j.childyouth.2015.11.012
- Simms, M., Dubowitz, H., Szilagyi, M. (2000). Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics*, 106(4), 909–918. doi:10.1037/h0080232
- Simões, H. (2018). Acolhimento familiar e residencial: O novo paradigma. In E. T. Lopes, A. Caçapo, & L. Carmo (Eds.), *Acolhimento residencial e familiar* (pp. 41-69). Disponível em http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/eb_AcolhimentoResidencialFamilia.pdf.
- Smith, M. C. (1998). Sibling placement in foster care: An exploration of associated concurrent preschool-aged child functioning. *Children and Youth Services Review*, 20(5), 389–412. doi:10.1016/S0190-7409(98)00014-0

- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74. doi:10.1016/j.tics.2004.12.005
- Suzuki, H., & Tomoda, A. (2015). Roles of attachment and self-esteem: Impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–12. doi:10.1186/s12888-015-0385-1tfg
- Teixeira, A., Silva, E., Tavares, D., & Freire, T. (2014). Portuguese validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): Relations with self-esteem and life satisfaction. Manuscrito submetido para publicação.
- Theunissen, M. H., Wolff, M. S., & Reijneveld, S. A. (2019). The Strengths and Difficulties Questionnaire self-report: A valid instrument for the identification of emotional and behavioral problems. *Academic Pediatrics*, 19(4), 471-476. doi:10.1016/j.acap.2018.12.008
- Van Loon, L. M. A., Van De Ven, M. O. M., Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Witteman, C. L. M. (2015). Factors promoting mental health of adolescents who have a parent with mental illness: A longitudinal study. *Child & Youth Care Forum*, 44(6), 777–799. doi:10.1007/s10566-015-9304-3
- Vinnerljung, B., Öman, M., & Gunnarson, T. (2005). Educational attainments of former child welfare clientes – A Swedish national cohort study. *International Journal of Social Welfare*, 14(4), 265-276. doi:10.1111/j.1369-6866.2005.00369.x
- Washington, T., Wreen, A., Kaye, H., Priester, M. A., Colombo, G., Carter, K., ... Coakley, T. (2018). Psychosocial factors and behavioral health outcomes among children in foster and kinship care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 90, 118-133. doi:10.1016/j.chilyouth.2018.04.030
- Wave by Wave (2016). Website do Projeto Wave by Wave. Disponível em: <http://wavebywave.org/>
- Wiik, K. L., Loman, M., Van Ryzin, M. J., Armstrong, J. M., Essex, M. J., Pollak, S., & Gunnar, M. (2011). Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 56-63. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02294.x
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 695-709. doi:10.1002/jclp.22553

- Yoon, M., Cho, S., & Yoon, D. (2019). Child maltreatment and depressive symptomatology among adolescents in out-of-home care: The mediating role of self-esteem. *Children and Youth Services Review, 101*, 255-260. doi:10.1016/j.chidyouth.2019.04.015
- Zabern, A., & Bouteyre, E. (2017). Leading protective factors for children living out of home: A literature review. *Child & Family Social Work, 23*(2), 324–335. doi.org/10.1111/cfs.12398
- Zetlin, A. G., & Weinberg, L. A. (2004). Understanding the plight of foster youth and improving their educational opportunities. *Child Abuse & Neglect, 28*(9), 917-923. doi:10.1016/j.chiabu.2004.03.010

ANEXOS

Anexo I – Carta para as Casas de Acolhimento



Carta para as casas de acolhimento

À direção da.....

Vimo por este meio dar-vos conhecimento do programa Wave by Wave dirigido a crianças e jovens em acolhimento residencial, promovido pela Associação Surf for Good e realizado com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, Câmara Municipal de Cascais e Santa Casa de Misericórdia de Lisboa.

Uma versão mais breve deste programa já foi implementada pela nossa Associação no passado com bons resultados a nível do impacto na saúde mental das crianças e jovens. Nos próximos anos iremos fazer, em colaboração com a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, o estudo de uma versão mais longa do programa. O objetivo do estudo *Efectividade do programa Wave by Wave em crianças e jovens em acolhimento residencial* é o de compreender o impacto do programa Wave by Wave na saúde mental e física das crianças e jovens em acolhimento residencial.

O programa Wave by Wave é um programa dirigido à promoção da saúde mental e física e da resiliência de crianças e jovens em situação de risco. Este programa inclui atividades que combinam o surf com a intervenção psicológica em grupo onde será realizado o treino de diferentes competências (físicas, de auto-regulação emocional e comportamental, interpessoais). O programa terá a duração de dois anos, e será de frequência semanal (com exceção dos períodos de férias). Durante o programa os jovens terão que se deslocar à Praia de Carcavelos/Club Recreativo da Quinta dos Lombos Sul para sessões de 3 horas.

Neste sentido pedimos a colaboração da vossa instituição para conduzir o programa junto das crianças e jovens dos 8 aos 15 anos que residam na vossa instituição e para fazer o estudo do impacto do programa..

. Como é que o estudo será realizado?

Para entender a efectividade deste programa na promoção da saúde mental e física das crianças/jovens, as instituições de acolhimento serão seleccionadas aleatoriamente por dois grupos, onde um participará no programa a partir do ano letivo 2018/19 (grupo de intervenção) e outro participará no programa a partir do ano letivo 2019/20 (grupo lista de espera).

Tanto o grupo de intervenção como o de lista de espera participarão em diferentes momentos de avaliação, o primeiro em setembro/outubro de 2018, o segundo em fevereiro de 2019, o terceiro em junho/julho de 2019. Para além disso o grupo de intervenção será também avaliado num quarto momento em junho/julho de 2020 e num quinto momento em junho/julho de 2021.

Como irá ser realizada a avaliação?

Em cada momento do estudo serão administrados ao jovem um conjunto de questionários de avaliação da saúde física e mental e algumas provas para avaliação da auto-regulação. Cada momento de avaliação com o jovem dura entre ½ hora a 1 hora (podendo ser dividido em dois períodos de ½ hora cada) e será realizada na instituição de acolhimento por elementos da equipa de investigação.

No momento pré intervenção (setembro/outubro de 2018) e pós- intervenção de um ano (junho de 2019) será também realizada uma prova física no cetro desportivo do Jamor por técnicos de desporto.

Para além da informação recolhida junto do jovem/criança, também será recolhida informação junto do tutor e de um professor na escola nos diferentes momentos identificados na secção anterior. Os dados recolhidos do tutor terão por objectivo avaliar o ajustamento emocional e social do jovem através da resposta a um conjunto de questionários e informação relativa ao sucesso e adaptação escolar (notas, faltas e outras medidas disciplinares (duração 20 minutos). Os dados recolhidos através do professor terão por objectivo avaliar. ajustamento emocional e social do jovem (duração máxima de 10 minutos)

Os dados deste estudo só poderão ser utilizados para fins de investigação, não podendo ser utilizados para outra finalidade (por exemplo, relatórios de avaliação psicológica).



Existe algum risco na participação no estudo e no programa de intervenção?

Existe um risco mínimo decorrente da participação no estudo. Caso se identifique alguma situação de risco de elevado risco para a criança/jovem, o tutor será informado e a criança/jovem será encaminhada para os serviços competentes.

Que consequência tem a não participação da criança/jovem no estudo?

A criança/jovem poderá beneficiar do programa, mesmo que não participe no estudo. A autorização da participação no estudo poderá ser retirada em qualquer momento, sem prejuízo para o/a criança/jovem.

Como é que os dados serão protegidos?

O registo de identidade do menor será convertido em código e após a conclusão do estudo será destruído, de forma a proteger os dados pessoais das crianças e jovens.

Os dados apenas serão trabalhados pela equipa do estudo

Anexo II – Protocolo para o Tutor (Termo de Consentimento Informado)



PROTOCOLO TUTOR

Termo de Consentimento Informado

Caro Tutor,

Estamos a contactá-lo para o convidar a si e ao seu tutorando para participar no estudo *Efectividade do programa Wave by Wave em crianças e jovens em acolhimento residencial*. Este estudo é realizado pela *Associação Surf for Good* em colaboração com a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Qual é o objectivo do estudo e do programa Wave by Wave?

O programa Wave by Wave é um programa dirigido à promoção da saúde mental e física e da resiliências de crianças e jovens em situação de risco. Este programa inclui atividades que combinam o surf com a intervenção psicológica em grupo onde será realizado o treino de diferentes competências (físicas, de auto-regulação emocional e comportamental, interpessoais). O programa terá a duração de dois anos, e será de frequência semanal (com exceção dos períodos de férias). Durante o programa os jovens terão que se deslocar à Praia de Carcavelos/Club Recreativo da Quinta dos Lombos Sul para sessões de 3 horas.

O objetivo do estudo *Efectividade do programa Wave by Wave em crianças e jovens em acolhimento residencial* é o de compreender o impacto do programa Wave by Wave na saúde mental e física das crianças e jovens em situação de acolhimento terá o seu início em setembro de 2018 e será finalizado em julho de 2021.

Como é que o estudo será realizado?

Para entender a efectividade deste programa na promoção da saúde mental e física das crianças/jovens, as instituições de acolhimento serão seleccionadas aleatoriamente por dois grupos, onde um participará no programa a partir do ano letivo 2018/19 (grupo de intervenção) e outro participará no programa a partir do ano letivo 2019/20 (grupo lista de espera).



Tanto o grupo de intervenção como o de lista de espera participarão em diferentes momentos de avaliação, o primeiro em setembro/outubro de 2018, o segundo em fevereiro de 2019, o terceiro em junho/julho de 2019. Para além disso o grupo de intervenção será também avaliado num quarto momento em junho/julho de 2020 e num quinto momento em junho/julho de 2021.

Como irá ser realizada a avaliação?

Em cada momento do estudo serão administrados ao jovem um conjunto de questionários de avaliação da saúde física e mental e algumas provas para avaliação da auto-regulação. Cada momento de avaliação com o jovem dura entre ½ hora a 1 hora (podendo ser dividido em dois períodos de ½ hora cada) e será realizada na instituição de acolhimento por elementos da equipa de investigação.

No momento pré intervenção (setembro/outubro de 2018) e pós- intervenção de um ano (junho de 2019) será também realizada uma prova física no cetro desportivo do Jamor por técnicos de desporto.

Para além da informação recolhida junto do jovem/criança, também será recolhida informação junto do tutor e de um professor na escola nos diferentes momentos identificados na secção anterior. Os dados recolhidos do tutor terão por objectivo avaliar o ajustamento emocional e social do jovem através da resposta a um conjunto de questionários e informação relativa ao sucesso e adaptação escolar (notas, faltas e outras medidas disciplinares (duração 20 minutos). Os dados recolhidos através do professor terão por objectivo avaliar o ajustamento emocional e social do jovem (duração máxima de 10 minutos)

Os dados deste estudo só poderão ser utilizados para fins de investigação, não podendo ser utilizados para outra finalidade (por exemplo, relatórios de avaliação psicológica).

Existe algum risco na participação no estudo e no programa de intervenção?

Existe um risco mínimo decorrente da participação no estudo. Caso se identifique alguma situação de risco de elevado risco para a criança/jovem, o tutor será informado e a criança/jovem será encaminhada para os serviços competentes.



Que consequência tem a não participação da criança/jovem no estudo?

A criança/jovem poderá beneficiar do programa, mesmo que não participe no estudo. A autorização da participação no estudo poderá ser retirada em qualquer momento, sem prejuízo para o/a criança/jovem.

Como é que os dados serão protegidos?

O registo de identidade do menor será convertido em código e após a conclusão do estudo será destruído, de forma a proteger os dados pessoais das crianças e jovens.

Os dados apenas serão trabalhados pela equipa do estudo.

Como é que o poderei ter acesso aos resultados do estudo?

Poderei ter acesso, caso o deseje, às conclusões retiradas do estudo, através da página do projecto: <http://wavebywave.org/>

A quem me dirijo para esclarecer dúvidas acerca do programa e do estudo?

Qualquer dúvida sobre o programa Wave by Wave deverá ser esclarecida junto da Dr^a Ema Evangelista (wavebywave.portugal@gmail.com) e qualquer dúvida relacionada com o estudo deverá ser esclarecida junto da Professora Ana Isabel Pereira (aipereira@psicologia.ulisboa.pt).

Eu, _____
_____ (Nome da pessoa que autoriza), _____ (nome do Tutor) do
menor _____ (Nome do menor),
autorizo a colaboração do dito menor na realização do estudo: Eficácia do programa Wave
by Wave em crianças e jovens em acolhimento residencial.

A minha autorização fica dependente do assentimento do menor, sendo que ambas
podem ser retiradas em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo.

_____, _____ (Local e Data)

(Assinatura da pessoa que autoriza)

Anexo III – Protocolo para o Criança (Guião para explicar o estudo à criança/adolescente e pedir o seu assentimento)



Código: _____

PROCOLO CRIANÇA

Guião para pedir Assentimento e introduzir a avaliação

Olá!

O meu nome é _____, sou psicóloga/o/estudante de psicologia, e trabalho num projeto de investigação que é realizada pela Associação Surf for Good e pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Hoje vim à tua instituição para te propor a participação neste estudo.

Este estudo tem por objectivo conhecer um pouco melhor a tua experiência no programa Wave by Wave em que participarás durante este ano letivo e nos próximos dois anos (se fores do grupo 1) ou no próximo ano letivo (se fores do grupo 2) e nos dois anos seguintes.

Como sabes, este programa Wave by Wave é dirigido a crianças e jovens e terá por objetivo desenvolver diversas competências (a nível psicológico e físico) para aumentar a tua resiliência (i.e. para te tornares mais capaz de lidar com situações difíceis que te podem acontecer ao longo da vida). Durante a duração do programa vais deslocar-te semanalmente à sede da Associação para realizar diversas atividades (por exemplo, jogos, surf). Para percebermos o impacto do programa na tua saúde física e mental iremos fazer algumas avaliações antes, durante e depois do programa.

Estas avaliações, não são testes como os que fazes na escola. Nestas avaliações não há respostas certas e erradas. Tu vais responder a um conjunto de questões e fazer algumas atividades para conhecermos melhor a forma como pensas, como te sentes e como te comportas em diferentes situações. E isto vai acontecer em vários momentos ao longo dos próximos três anos.

Os vossos tutores autorizaram a vossa participação, mas vocês não são obrigados a participar no estudo e se participarem, podem desistir em qualquer momento.

Criámos um código (apontar para o código) para ninguém saber que foram vocês a dar estas respostas, só as pessoas da equipa de investigação é que têm acesso a esta informação.

Podes ajudar-nos?

Mais uma vez não há respostas certas nem erradas às questões que te vou fazer, porque todos nós pensamos, sentimos e comportamo-nos de forma diferente. Terás sempre a minha ajuda para algo que não compreendas.

Podemos começar?

Anexo IV – Questionário acerca da Informação Sociodemográfica



Código: _____

Código da instituição: _____

Há quanto tempo conhece a criança/ jovem? _____ (meses)

Diria que o seu conhecimento sobre a criança/jovem é: Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

Idade da criança/ jovem: _____ Sexo: F M

Nacionalidade: _____ Pertença a minoria étnica/cultural: S N Qual? _____

Há quanto tempo a criança/ jovem está nesta instituição (anos e meses)? _____

Tem irmãos com ele na instituição? (número) _____

Há quanto tempo a criança/jovem foi institucionalizado/a (instituição actual e outras instituições): _____

É a primeira institucionalização ou existiram institucionalizações anteriores? _____ Quantas? _____

Tem contacto com a família de origem? S N

Descreva a frequência:

Esta criança/jovem tem problemas de saúde?

S N Descreva a situação:

Tem ou teve algum acompanhamento especializado para problemas de saúde física ou mental?

S N D Descreva qual:

Especialidade	Duração (ex. 1999-actualidade)	Frequência (semanal, quinzenalmente, mensalmente, trimestralmente, etc.)	Mantém acompanhamento? Sim, Não

Acompanhamento psicofarmacológico actual (descrever nomes): S N

Anexo V – Questionário acerca da Informação Escolar

Informação Escolar

--	--	--	--

Por favor, com base no registo escolar do seu/sua tutorando(a), identifique:

Situação escolar do aluno (ensino geral, currículos alternativos, etc.): _____

Notas do aluno no 3º período do último ano:

Se 1º ciclo do ensino básico

Matemática	<input type="radio"/> Não Satisfaz	<input type="radio"/> Satisfaz	<input type="radio"/> Bom	<input type="radio"/> Muito Bom	<input type="radio"/> Excelente
Português	<input type="radio"/> Não Satisfaz	<input type="radio"/> Satisfaz	<input type="radio"/> Bom	<input type="radio"/> Muito Bom	<input type="radio"/> Excelente
Estudo do Meio	<input type="radio"/> Não Satisfaz	<input type="radio"/> Satisfaz	<input type="radio"/> Bom	<input type="radio"/> Muito Bom	<input type="radio"/> Excelente
Educação Física	<input type="radio"/> Não Satisfaz	<input type="radio"/> Satisfaz	<input type="radio"/> Bom	<input type="radio"/> Muito Bom	<input type="radio"/> Excelente

Se 2º ou 3º do ensino básico

Matemática	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Português	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ciências	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Educação Física	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Se ensino secundário :

Matemática

Português

Disciplina da formação específica (melhor nota):

Educação Física

Avaliação do comportamento na escola no passado ano letivo (caso exista):

Mau Satisfaz Bom Muito Bom

Número de faltas disciplinares no passado ano letivo: _____

Número de faltas no passado ano letivo: _____ :

Desistiu da escola no passado ano letivo? SIM
 NÃO

Outras medidas disciplinares no passado ano letivo (indicar quais e o número): _____

Anexo VI – Escala de Auto-estima de Rosenberg (*Rosenbergs Self-esteem Scale*)

EAR

(Rosenberg, 1989; vers. por. Pechorro et al., 2011)

--	--	--	--

INSTRUÇÕES: Abaixo estão um conjunto de frases acerca de como te sentes contigo próprio. Por favor indica o grau em que concordas ou não concordas com cada uma das frases.

Modo de preenchimento do CÍRCULO:



Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano:



1. Discordo Fortemente	2. Discordo	Não discordo nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Fortemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. De um modo geral estou satisfeito/a comigo próprio/a

Anexo VII – Questionário de Regulação Emocional – Crianças e Adolescentes
(Emotional Regulation Questionnaire – Children and Adolescents)

QRE-CA

Gullone & Taffe (2012)

(Versão portuguesa de Teixeira, Silva, Tavares & Freire, 2014)

--	--	--	--

INSTRUÇÕES: De seguida, apresentamos várias afirmações. Lê por favor, cada uma delas com atenção e assinala, com um X, a opção que te parecer mais verdadeira no teu caso.
Algumas das afirmações podem parecer semelhantes mas, na realidade, são diferentes em alguns aspectos importantes. Por isso, lê atentamente cada uma delas antes de responderes.

Modo de preenchimento do CÍRCULO:

Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano:

1.Discordo Fortemente	2.Discordo	3.Não discordo nem concordo	4.Concordo	5.Concordo Fortemente
-----------------------	------------	-----------------------------	------------	-----------------------

1. Quando quero sentir-me mais feliz, penso numa coisa diferente.

Anexo VIII – Questionário de Ligação a Figuras Significativas

QLFS
(Mota & Matos, 2005)

--	--	--	--

INSTRUÇÕES: Neste questionário vais encontrar algumas afirmações sobre 2 pessoas adultas que gostaria que escolhesses como “pessoas importantes na tua vida”, **exceptuando o teus pais**.
Para cada pessoa que escolheres e para cada afirmação deverás assinalar a tua opinião nos quadrados que se encontram depois da frase.
Podes escolher entre quatro alternativas.

É poucas vezes assim (1), É algumas vezes assim (2), É muitas vezes assim (3), É sempre assim (4)

Modo de preenchimento do CÍRCULO :



Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :



Nome	Ligação	Há quanto tempo conheço	Nº vezes contacto por semana

NOME

NOME

Poucas vezes assim

Algumas vezes assim

Muitas vezes assim

Sempre assim

Poucas vezes assim

Algumas vezes assim

Muitas vezes assim

Sempre assim

1. Posso confiar nela(e)

Anexo IX – Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) – próprio

SDQ

(Goodman, 2001; versão port. de M. G. Matos)

--	--	--	--

Instruções

Abaixo encontra 25 frases. Para cada uma delas preenche um dos seguintes círculos: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde com base no teu comportamento nos últimos 6 meses.

Modo de preenchimento do CÍRCULO:



Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano:



Não é verdade

É um pouco
verdade

É muito verdade

1. Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem

Anexo X – Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) – tutor

Questionário de Capacidades e Dificuldades

(Goodman, 2001; versão port. de Fleitlich, Loureiro, Fonseca, Gaspar, 2005)

--	--	--	--

Instruções

Abaixo encontra 25 frases. Para cada uma delas preencha um dos seguintes círculos: *Não é verdade*; *É um pouco verdade*; *É muito verdade*.

Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, **responda com base no comportamento do seu/sua tutorando/a nos últimos 6 meses**.

Não é verdade

É um pouco
verdade

É muito
verdade

1. É sensível aos sentimentos dos outros

Anexo XI – Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) – professor

Questionário de Capacidades e Dificuldades

(Goodman, 2001; versão port. de Fleitlich, Loureiro, Fonseca, Gaspar, 2005)

--	--	--	--

Instruções

Abaixo encontra 25 frases. Para cada uma delas preencha um dos seguintes círculos: *Não é verdade*; *É um pouco verdade*; *É muito verdade*.

Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, **responda com base no comportamento do seu/sua aluno/a nos últimos 6 meses**.

Não é verdade

É um pouco
verdade

É muito
verdade

1. É sensível aos sentimentos dos outros

Anexo XII – Escala de Ansiedade e Depressão para Crianças - Revista (*Revised Child Anxiety and Depression Scale*)

RCDAS

(Barlow, 2000; ver. Port. Pereira & Pedro, 2018)

--	--	--	--

INSTRUÇÕES: Por favor, coloca um círculo à volta da palavra que mostra com que frequência cada uma destas coisas te acontece. Não há respostas certas nem erradas.

Modo de preenchimento do CÍRCULO :

Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :

Nunca	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
-------	----------	--------------	--------

1. Preocupo-me com as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------