



## Configurações

Revista de sociologia

23 | 2019

Acolhimento de Crianças e Jovens

---

# Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Portugueses em Acolhimento Residencial

*Mental Health Problems of Portuguese Children in Residential Care*

*Santé Mentale d'Enfants en Accueil Institutionnel*

Joana Campos, Maria Barbosa-Ducharne, Pedro Dias e Sónia Rodrigues

---



### Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/configuracoes/7116>

DOI: 10.4000/configuracoes.7116

ISSN: 2182-7419

### Editora

Centro de Investigação em Ciências Sociais

### Edição impressa

Paginação: 105-122

ISSN: 1646-5075

### Refêrencia eletrónica

Joana Campos, Maria Barbosa-Ducharne, Pedro Dias e Sónia Rodrigues, « Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Portugueses em Acolhimento Residencial », *Configurações* [Online], 23 | 2019, posto online no dia 28 junho 2019, consultado o 30 junho 2019. URL : <http://journals.openedition.org/configuracoes/7116> ; DOI : 10.4000/configuracoes.7116

---

## **Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Portugueses em Acolhimento Residencial**

JOANA CAMPOS\*

Grupo de Investigação e Intervenção em Acolhimento e Adoção da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e Centro de Psicologia da Universidade do Porto

MARIA BARBOSA-DUCHARNE\*\*

Grupo de Investigação e Intervenção em Acolhimento e Adoção da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e Centro de Psicologia da Universidade do Porto

PEDRO DIAS\*\*\*

Universidade Católica Portuguesa, Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano, Faculdade de Educação e Psicologia

SÓNIA RODRIGUES\*\*\*

Grupo de Investigação e Intervenção em Acolhimento e Adoção da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

### **Resumo**

Em Portugal existem mais de 8000 crianças em Acolhimento Residencial (AR). Neste estudo participaram 77 crianças em AR (63,6% rapazes). Através da Bateria ASEBA foi possível observar que os participantes apresentaram níveis clínicos de problemas de saúde mental (maioritariamente as raparigas). Estes estão relacionados com o motivo de acolhimento e com o tipo de apoio recebido. A dimensão da casa medeia a relação entre a sintomatologia e o número de apoios recebidos. Estes resultados apelam à necessidade de instituir procedimentos de avaliação psicológica no momento de admissão da criança, sensibilizar os profissionais das casas de AR para estes sinais e sintomas e implementar programas de prevenção e promoção da saúde mental.

**Palavras-chave:** Acolhimento residencial, problemas de internalização, problemas de externalização, total de problemas, bateria ASEBA.

\*E-mail: up201309884@fpce.up.pt

\*\* E-mail: abarbosa@fpce.up.pt

\*\*\* E-mail: pdias@porto.ucp.pt

\*\*\*\* E-mail: pdpsi11008@fpce.up.pt

**Abstract*****Mental Health Problems of Portuguese Children in Residential Care***

In Portugal there are more than 8,000 children in Residential Care (RC). Seventy-seven children in RC (63.6% boys) participated in this study. Using the ASEBA Battery it was possible to observe that the participants presented clinical levels of mental health problems (mainly the girls), which were related to the reasons of being in care and the kind of support received. The RC centre's dimension mediated the relationship between the amount of support and the child's symptomatology. These results reinforce the need to provide psychological assessment procedures at the moment when the child enters care, to sensitize RC professionals for these signs and symptoms, and to implement programs for the prevention and promotion of mental health.

**Keywords:** Residential care, internalizing problems, externalizing problems, total problems, ASEBA Battery.

**Résumé*****Santé Mentale d'Enfants en Accueil Institutionnel***

Il existe au Portugal plus de 8000 enfants en Accueil Institutionnel (AI). Ont participé à cette étude 77 enfants en AI (63,6% garçons). Utilisant la Batterie ASEBA il a été possible d'observer que les participants présentaient des niveaux cliniques de problèmes de santé mentale (surtout les filles). Ceux-ci sont liés au motif de la mise en accueil et au type d'appui reçu. La dimension du centre d'accueil est médiateur du rapport entre la symptomatologie et le nombre d'appuis. Ces résultats renforcent le besoin d'instituer des procédures d'évaluation psychologique au moment de l'admission de l'enfant, de sensibiliser les professionnels de l'AI à ces symptômes et mettre en œuvre des programmes de prévention et de promotion de la santé mentale.

**Mots-clés:** Accueil institutionnel, problèmes d'internalisation, problèmes d'externalisation, total de problèmes, ASEBA.

**1. Introdução**

A psicopatologia do desenvolvimento (Sroufe e Rutter, 1984) conceptualiza a saúde mental de forma compreensiva, considerando o estudo das origens e evolução dos padrões individuais de inadaptação, independentemente da idade de início, causas ou transformações comportamentais ou padrão de desenvolvimento. Em todos os períodos do ciclo de vida existem vulnerabilidades e forças, nos quais o processo desenvolvimental poderá ter subjacente uma alteração não adaptativa. Assim, a identificação de sinais de sintomatologia de problemas de saúde mental no âmbito de uma abordagem dimensional da psicopatologia face a uma abordagem categorial é relevante uma vez que a decisão de se intervir ou não somente a partir da presença de um diagnóstico pode não ser desenvolvimentalmente adequada, dado que um quadro subclínico pode ter

uma evolução mais negativa e revestir-se de maior gravidade que um quadro clínico menos grave (Soares, 2009).

O Acolhimento Residencial (AR) é uma medida de promoção dos direitos e de proteção que visa colocar a criança aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento permanente e de uma equipa técnica que garanta os cuidados adequados às suas necessidades e proporcione condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (art.º49 LCPCJ com redação dada pela Lei 142/2015). Dados de 2016, indicam que em Portugal existem cerca de 7203 crianças em AR generalista, com ligeiro predomínio de crianças do sexo masculino (51,9%) e uma maior representatividade das idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos (68.1%) face às idades entre os 0 e os 11 anos (31.9%) (ISS,IP, 2017).

A especificidade da história e condições de vida das crianças que vivem em AR, impõe a necessidade de conhecer o panorama atual relativo aos problemas de saúde mental existentes nesta população. A nível internacional são poucos os estudos sobre o ajustamento psicológico das crianças em AR, uma vez que os estudos de prevalência se têm focado mais em crianças que vivem com os seus pais biológicos (Schmid, Goldbeck, Nutzelt, e Fegert, 2008). Esta lacuna é ainda mais evidente no que diz respeito ao contexto português.

Antes do AR, muitas crianças passaram por experiências de privação, abuso e negligência parental. Estas experiências expõem as crianças a situações negativas para o seu desenvolvimento, favorecendo o aparecimento de perturbações mentais (Pereira et al., 2010). Quando estas crianças, para além das experiências negativas, têm pais com padrões de consumo de substâncias ou problemas de saúde mental, ficam expostas a riscos biológicos e psicológicos acrescidos (Turk, Graham, e Verhulst, 1999). A estes fatores de risco, acresce o impacto que o AR tem para a criança (Richardson e Joughin, 2000).

Os fatores de risco não são independentes uns dos outros, sendo o número destes fatores o preditor mais importante para o desenvolvimento da criança (Appleyard, Egeland, van Dulmen, e Sroufe, 2005). Paralelamente, as manifestações sintomáticas diferem consoante a idade, nível de desenvolvimento, temperamento e personalidade, vinculação entre a criança e os pais, experiências prévias, perceção da causa da separação, preparação da criança para a separação, condições do ambiente familiar, condições do ambiente da casa de AR, duração do acolhimento e cuidados diferenciados em AR (Bravo e Del Valle, 2009). Apesar de o AR ser um fator de risco para o desenvolvimento das crianças, note-se que este não conduz necessariamente a psicopatologia, uma vez que depende de muitas variáveis que influenciarão a adaptação da criança à casa de AR (Siqueira e Dell'Aglio, 2006).

As casas de AR variam quanto à qualidade e atenção que dispensam individualmente a cada criança (Fernández-Daza e Fernández-Parra, 2012). Smyke, Zeanah, Fox, Nelson, e Guthrie (2010) desenvolveram um estudo

neurobiológico sobre a atenção dispensada em AR, e concluíram que o ambiente institucional influencia o desenvolvimento do cérebro e pode causar deterioração cognitiva e défices sociais. Este facto aliado às privações físicas e emocionais podem explicar as taxas elevadas de problemas psicossociais (Rutter, 2000), e de problemas de internalização e de externalização (Simsek, Erol, Oztop, e Munir, 2007) nesta população.

Os problemas emocionais e comportamentais emergem precocemente, têm demonstrado serem estáveis ao longo do tempo (Alink et al., 2006) e são muitas vezes referenciados pelos clínicos de saúde mental da infância (Keenan e Wakschlag, 2000). Vários estudos indicam que o índice de prevalência destes problemas é superior em crianças que se encontram em AR quando comparados com crianças que vivem com a sua família (Calcing e Benetti, 2014; Gearing, Schwalbe, MacKenzie, e Ibrahim, 2014; Jozefiak et al., 2016; Schmid et al., 2008). Estes problemas tendem a piorar durante o primeiro ano de AR (Hjern e Vinnerljung, 2002) e são tendencialmente superiores nas crianças do sexo feminino (Baker, Archer, e Curtis, 2007).

Um número significativo de casos clínicos não é atempadamente diagnosticado e é negligenciada a necessidade de um apoio específico (Janssens e Deboutte, 2009). A deteção de problemas de saúde mental e o encaminhamento para serviços especializados depende em grande medida da sensibilidade e conhecimentos apresentados pelos profissionais das casas de AR (Del Valle, López, e Bravo, 2007; Sainero, del Valle, e Bravo, 2015). Esta sensibilidade está em grande medida associada ao tipo de relação que é estabelecida com a própria criança, sendo que quanto mais estreita for, mais atento e disponível estará o profissional para detetar precocemente estes sinais (Ehrlich, Cassidy, e Dykas, 2011), o que pode ser facilitado nas casas de pequena dimensão onde o rácio de criança-cuidadores é mais adequado.

A avaliação psicológica de crianças deve ser realizada junto de vários informadores e em diferentes contextos (Verona, Javdani, e Sprague, 2011). Pereira e colaboradores (2010) identificaram alguns fatores que se associam com o (des) acordo entre os informadores, nomeadamente, tempo de acolhimento, rácio cuidador/criança, rotatividade do cuidador, tempo de interação individual com a criança, bem como características da relação com o cuidador. Os professores são também uma importante fonte de informação, uma vez que as crianças passam grande parte do seu tempo na escola (Anderson e Seita, 2006; Berg-Nielsen, Solheim, Belsky, e Wichstrom, 2012). No que concerne à diferença do relato entre os informadores, os estudos têm apontado que as crianças referem mais sintomatologia do que qualquer outro informador (Erol, Simsek, e Munir, 2010) e os professores são os que reportam menos sintomatologia, uma vez que no geral não têm formação específica que permita identificar sinais de problemas de saúde mental (Kugler et al., 2013).

Em Portugal o acompanhamento ao nível da saúde mental em AR é composto pelo acompanhamento psicológico e/ou acompanhamento pedopsiquiátrico, sendo que cada criança pode usufruir de mais do que um apoio em simultâneo. No ano de 2016, verificou-se o acompanhamento regular de 3892 crianças e adolescentes e 967 casos de acompanhamento irregular (ISS,IP 2017). O aumento do número de adolescentes em contextos de AR faz com que seja prioritária a adequação e a implementação de uma intervenção cada vez mais diferenciada, baseada em modelos de intervenção terapêuticos, que correspondam às suas fragilidades emocionais (ISS,IP 2017).

Este estudo exploratório pretende analisar a saúde mental das crianças e jovens portugueses em AR, sendo que para evitar a repetição de criança/jovem, irá ser utilizado o termo “criança” com o mesmo significado que é dado na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (menor de 18 anos de idade). O presente estudo visa analisar as cotações dos Problemas de Internalização (PI), Externalização (PE) e Total de Problemas (TP) de crianças que se encontram em AR, através de diferentes informadores (i.e. cuidadores, professores e a própria criança), tendo por base os pontos de corte normativos para a população em idade escolar portuguesa (aferição da Bateria ASEBA em Portugal, Achenbach et al., 2014). Pretende-se também explorar diferenças de sintomatologia associadas ao género da criança, bem como à dimensão da casa de AR (pequena, média e grande). Serão igualmente exploradas as correlações existentes entre as três medidas de sintomatologia (PI, PE e TP) e variáveis como idade, presença de irmãos na casa, motivo de acolhimento e apoios existentes. É ainda objetivo verificar se existem diferenças entre o relato dos três informadores relativamente às medidas PI, PE e TP. Com base na literatura foram formuladas as seguintes hipóteses: 1) as crianças que se encontram em AR apresentam cotações mais elevadas ao nível dos PI, PE e TP quando comparados com a população normativa; 2) as crianças do sexo feminino apresentam níveis mais elevados de PI, PE e TP; 3) as crianças mais velhas ou que têm irmãos na mesma casa de AR tendem a apresentar menos PI, PE e TP; 4) as crianças que vivem em casas de grande dimensão tendem a apresentar mais PI, PE e TP.

## **2. Método**

### **2.1. Participantes**

No estudo participaram 77 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos ( $M=14.71$ ,  $DP=3.19$ ), dos quais 49 eram do sexo masculino (63.6%) integradas em seis casas de AR em cinco distritos diferentes de Portugal. O tempo de acolhimento variou entre 1 e 167 meses ( $M=30.89$ ,  $DP=31.01$ ). 96.1% das crianças ( $N=74$ ) já tinham tido acolhimentos anteriores com uma duração variável entre 0 a 60 meses ( $M=7.76$ ,  $DP=13.49$ ).

Relativamente à tipologia das casas, 2 casas eram mistas e 4 segregadas (3 masculinas e 1 feminina). 43 Participantes estavam em casas masculinas, 12 participantes estavam em casas mistas e 22 participantes estavam em casas femininas. Quanto à sua dimensão, 3 casas eram pequenas (acolhendo até 12 crianças), 2 casas eram médias (acolhendo entre 13 a 24 crianças) e 1 casa da amostra era grande (acolhendo mais do que 25 crianças). No que diz respeito à distribuição dos participantes pela dimensão da casa: 27 encontravam-se em casas médias, 26 em casas grandes e 24 em casas pequenas. O número médio de crianças acolhidas nas casas era de 26.40 (DP=14.89) variando de 10 a 46 crianças.

A Tabela 1 apresenta dados de caracterização das crianças.

**Tabela 1**  
Dados Sociodemográficos das crianças

	Índice Sociodemográficos	N	%
Faixa Etária	6-11 anos	11	14.3
	12-18 anos	66	85.7
Presença de irmãos na mesma casa de AB	Sim	59	78.0
	Não	16	22.4
Número total de motivos de AB	1	44	57.1
	2	24	31.3
	>2	9	11.7
Motivos de AB	Negligência	42	54.9
	Comportamentos Desajustados	20	26.0
	Aproximação Familiar	17	22.1
	Outros (e.g. Maus Tratos, Trauma NSE...)	42	54.6
Presença de Apoio	Sim	42	54.9
	Não	39	49.9
Número total de apoios recebidos	0	29	37.7
	1	33	41.8
	2	11	14.0
Apoios	>2	5	6.5
	Apoio Psicológico	32	41.4
	Psiquiátrico	14	18.0
Outros (e.g. NSE, Neurologia...)		42	54.5

## 2.2. Instrumentos

Para avaliar a sintomatologia das crianças foram utilizados os três questionários que compõem a Bateria ASEBA para a idade escolar (Achenbach et al., 2014): Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL 6-18); Teacher Report Form for ages 6-18 (TRF 6-18) e Youth Self Report for ages 11-18 (YSR 11-18) permitindo obter a frequência de problemas emocionais e comportamentais, através da descrição de 112 comportamentos a partir do relato de cuidadores e professores e crianças, respetivamente. A Bateria ASEBA (Achenbach et al., 2014) encontra-se devidamente adaptada e aferida para a população portuguesa, tendo obtido bons índices ao nível da validade e fidelidade. Os índices de consistência interna obtidos no presente estudo foram excelentes (Tabela 2).

Tabela 2

*Alphas de Cronbach para a Amostra de Aferição e para a Amostra do Estudo de AR*

	CBCL		TRF		YSR	
	Amostra Aferição	Amostra Estudo AR	Amostra Aferição	Amostra Estudo AR	Amostra Aferição	Amostra Estudo AR
	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
<b>PI</b>	.845	.861	.829	.887	.840	.906
<b>PE</b>	.876	.942	.910	.946	.851	.921
<b>TP</b>	.957	.952	.946	.970	.929	.967

O Pedido de Informação Prévio (PIP) foi usado para a recolha de informação sociodemográfica (e.g. data de nascimento, sexo); informação relativa a dados de saúde (e.g. tipos de apoio especializado) e familiares das crianças em AR (e.g. acolhimentos prévios, tempo de acolhimento e motivos do AR). O PIP faz parte do ARQUA-P: Sistema de Avaliação Compreensiva da Qualidade do Acolhimento Residencial Português© (Rodrigues, Barbosa-Ducharne, e Del Valle, 2015), que se encontra traduzido e adaptado à realidade Portuguesa.

### 2.3. Procedimento

Os procedimentos de investigação foram aprovados pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) encontrando-se assegurados todos os princípios éticos, deontológicos e legais necessários. Previamente à visita a cada casa de AR, foi solicitada à Direção a assinatura de uma Declaração de Consentimento Informado autorizando a recolha de dados. Adicionalmente a todos os participantes (i.e. cuidadores e crianças) foi explicado os objetivos e os procedimentos do estudo, assegurando a confidencialidade e o anonimato das fontes de informação, através do uso de códigos, e sublinhado o carácter voluntário da sua participação. Esta explicação foi feita pelo investigador numa linguagem adequada à idade desenvolvimental e nível de escolaridade do participante, antes de se iniciar a respetiva recolha de dados. O investigador só deu início à recolha de dados, após o seu consentimento explícito.

A recolha de dados realizou-se numa visita a cada casa de AR tendo os questionários para as crianças com idade igual ou superior a 11 anos sido administrados presencialmente e os questionários dos cuidadores e dos professores deixados a cargo do Diretor Técnico para serem posteriormente preenchidos e remetidos à equipa de investigação.

Os dados foram analisados recorrendo ao software estatístico IBM SPSS (versão 23). Num primeiro momento foram analisadas as frequências dos PI, PE e TP da amostra deste estudo exploratório em comparação com

as frequências obtidas para os mesmos problemas numa amostra normativa e representativa da população portuguesa (Achenbach et al., 2014). Testes *t* para amostras independentes foram realizados para analisar as diferenças associadas ao sexo das crianças, relativamente a PI, PE e TP a partir dos três informadores. Posteriormente as variáveis presença de irmãos na mesma casa de AR, negligência como motivo de AR, os apoios de pedopsiquiatria e psicologia, foram transformadas em variáveis *dummy* para possibilitar o cálculo de correlações com os PI, PE e TP reportados pelos diferentes informadores. Foram ainda realizadas ANOVA's univariadas para analisar as diferenças entre a dimensão e tipologia das casas de AR relativamente às três escalas analisadas e ANOVA's de medidas repetidas para analisar as diferenças entre o relato dos três informadores relativamente aos PI, PE e TP. Com o intuito de avaliar os efeitos diretos e indiretos de uma variável mediadora foi utilizado o método *bootstrapping*. Para este efeito foi utilizado o PROCESS (Hayes, 2013) que calcula os efeitos da variável independente no mediador (caminho a), os efeitos do mediador sobre a variável dependente (caminho b) e efeitos diretos (caminho c') da variável independente no dependente. O efeito total da variável independente na dependente (efeitos indiretos + efeito direto = c) deve ser significativo. O método *bootstrapping* estima os efeitos indiretos totais e específicos da variável independente sobre a variável dependente através do mediador. A mediação é demonstrada quando o efeito indireto é significativo e os intervalos de confiança não atravessam o zero, indicando que ele é significativamente diferente de zero em  $p < .05$ . Um efeito total indireto significativo indica que a variável independente influencia a variável dependente através do mediador.

Os efeitos reportados são medidas não estandardizadas. O poder da análise de mediação foi testado através do G\*Power (F tests – Linear multiple regression; Fixed model R2 increase; N=77,  $p < .050$ , três preditores) revelando um excelente poder estatístico (0.98) para detetar um tamanho de efeito médio ( $f^2 = .22$ ).

### 3. Resultados

Os resultados são apresentados pela ordem dos objetivos formulados. Em primeiro lugar são apresentadas as cotações dos PI, PE e TP, segundo os diferentes informadores (i.e. cuidadores, professores e crianças) através dos respetivos questionários da Bateria ASEBA (i.e. CBCL, TRF e YSR), tendo por base os pontos de corte normativos para a população em idade escolar portuguesa.

Os resultados padronizados obtidos a partir da Bateria ASEBA (notas T) são interpretados considerando três níveis de severidade: normativo, borderline e clínico. Para as três escalas analisadas são considerados os seguintes pontos de corte: os valores normativos correspondem a notas T inferiores a 60; os valores borderline correspondem a notas T que variam entre 60 e 63; os valores

clínicos correspondem a notas T superiores a 63. Os valores do intervalo normativo revelam situações que não são problemáticas; os valores do intervalo borderline indicam a existência de situações que merecem atenção clínica e uma exploração adicional no processo de avaliação; e os valores do intervalo clínico revelam dificuldades de ajustamento psicológico.

Na Tabela 3 apresentam-se as frequências de cada um dos níveis de severidade, por medida e por informador, com os valores obtidos no estudo de normalização da Bateria ASEBA para a população em idade escolar portuguesa.

Tabela 3  
Cotações das Escalas da Bateria ASEBA de acordo com os pontos de corte, em percentagem

	Nível Normativo		Nível Borderline		Nível Clínico	
	Amostra Afirmação	Amostra Estado AE	Amostra Afirmação	Amostra Estado AE	Amostra Afirmação	Amostra Estado AE
<b>CBCL</b>						
PI	79.8%	69.8%	10.6%	18.4%	13.3%	26.0%
PE	89.8%	93.2%	7.9%	14.3%	8.7%	32.5%
TP	78.4%	49.3%	11.6%	28.8%	16.6%	28.6%
<b>TRF</b>						
PI	89.1%	42.9%	8.9%	18.7%	7.1%	49.4%
PE	89.3%	44.8%	7.4%	18.3%	7.1%	44.9%
TP	88.2%	41.4%	8.8%	18.3%	8.8%	48.3%
<b>YSR</b>						
PI	81.8%	32.3%	10.7%	18.8%	8.3%	28.8%
PE	89.5%	43.5%	8.4%	22.8%	8.2%	30.5%
TP	88.1%	32.3%	8.8%	19.3%	4.9%	32.2%

A análise das cotações obtidas, tendo por base os pontos de corte, demonstra que foi classificada como casos borderline ou clínicos uma percentagem elevada de crianças (Tabela 3), indicando a presença de problemas psicológicos e de comportamentos desajustados que podem apontar para a existência de sinais de sintomatologia psicopatológica, corroborando a hipótese formulada. A análise das frequências das cotações clínicas permite constatar que em todas as escalas esta percentagem ultrapassa os 26.0%, atingindo os 48.3% para o TP segundo os professores.

A prevalência de sintomas de desajustamento psicológico dos participantes neste estudo fica patente na escala TP de cada um dos informadores, onde o somatório das percentagens de crianças com cotações borderline e clínico ascende aos 54.6% na CBCL, 58.6% na TRF e 47.5% na YSR.

A análise de diferenças associadas ao género para as três variáveis, PI, PE e TP, segundo os três informadores. Com estas análises é possível observar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre géneros para os PI da CBCL (Feminino: M=12.51, DP=6.12, Masculino: M=7.82, DP=6.94,  $t(75)=2.97$ ,  $p=.004$ ,  $d=0.72$ , IC a 95% [1.55, 7.83]), PI da YSR (Feminino: M=22.93, DP=9.83, Masculino: M=15.23, DP=10.52,  $t(75)=2.79$ ,  $p=.007$ ,  $d=0.76$ , IC a 95% [2.17, 13.24]) e TP da CBCL (Feminino: M=44.77, DP=24.66, Masculino: M=32.76, DP=23.27,  $t(75)=2.13$ ,  $p=.036$ ,  $d=0.50$ , IC a 95% [0.78, 23.22]) apresentando o género feminino médias mais elevadas.

A Tabela 4 apresenta as correlações entres as três medidas de sintomatologia e as variáveis individuais em análise.

Tabela 4  
Correlações entre as Pontuações relativas a Problemas e Pontuações Individuais

	Problemas de Internalização			Problemas de Externalização			Total de Problemas		
	F			F			F		
	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR
<b>V. Individuais</b>									
Idade	-.140	-.388	-.168	-.261*	-.667	-.380	-.528**	-.284	-.184
Frecuência de Emitido (r <sub>20</sub> )	-.043	.288	-.038	-.008	.157	-.170	.674	.257	-.289
Motivo (r <sub>20</sub> )									
Negligência	.588**	.189	.160	-.066	.080	-.387	.188	.137	.064
Apoios (r <sub>20</sub> )									
Pedopsiquiatria	.176	.071	.114	.213*	.238	.354*	.418**	.284	.368*
Psicologia	-.258	-.659	-.033	-.133	.080	-.388	-.368	-.039	-.069

Nota: \*p < .05; \*\*p < .01

Nos PE e TP da CBCL correlacionam negativa e significativamente com a idade, demonstrando que, à medida que a idade dos participantes aumenta, os problemas de ajustamento psicológico tendem a diminuir.

O motivo de acolhimento – negligência - encontra-se positivamente correlacionado com os PI reportados pelos cuidadores evidenciando que as experiências de negligência da criança está relacionada com os problemas de ajustamento.

Relativamente aos apoios, é possível verificar que quanto mais PE e TP reportados pelos cuidadores e pelas crianças, maior é o encaminhamento para serviços de pedopsiquiatria, embora ao nível da psicologia não se tenham observado correlações estatisticamente significativas.

A Tabela 5 apresenta os resultados das análises de diferenças de médias entre as escalas de problemas, reportadas pelos três informadores, em função da dimensão das casas.

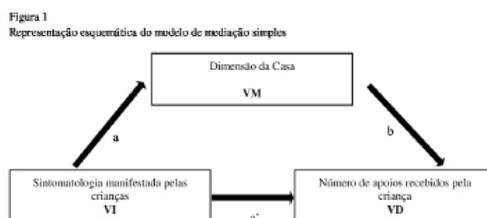
Tabela 5  
Análises de diferenças de médias das variáveis relativas a Problemas, em função da Dimensão da casa (ANOVA univariada)

	Dimensão da Casa			F	η <sup>2</sup>	p <sup>2</sup>	E-F. Post.
	Pequena (P)	Média (M)	Grande (G)				
PE CBCL	32.43 (8.81)	32.21 (8.43)	4.07 (9.88)	18.95***	2.74	.31	E-G, M-G
PE TRF	31.43 (7.49)	31.79 (8.88)	7.79 (4.33)	0.29	1.27	.01	-
PE YSR	18.82 (12.19)	23.24 (9.71)	12.27 (8.34)	8.98**	2.58	.20	M-G
PE CBCL	37.94 (9.30)	35.29 (13.67)	7.12 (9.19)	8.88**	2.74	.15	E-G, M-G
PE TRF	11.98 (12.32)	9.75 (16.27)	8.14 (9.38)	0.37	1.27	.01	-
PE YSR	18.38 (12.18)	19.93 (11.40)	19.07 (10.37)	1.07	2.58	.04	-
TP CBCL	49.98 (15.37)	43.89 (24.68)	38.28 (19.27)	17.95***	2.74	.32	E-G, M-G
TP TRF	46.37 (32.38)	39.04 (32.66)	17.03 (12.23)	0.36	1.27	.01	-
TP YSR	60.68 (39.38)	71.47 (31.23)	49.58 (29.72)	3.25*	2.58	.11	M-G

Nota: \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos PI, nos PE e no TP reportados pelos cuidadores sendo que através do Post Hoc Scheffe se observou que as crianças acolhidas em casas pequenas ou médias apresentam índices mais elevados de problemas do que as crianças acolhidas em casas grandes. É também possível observar que existem diferenças significativas nos PI e no TP reportados pelas crianças, sendo que as que estão acolhidas em casas médias apresentam índices mais elevados de problemas do que as que estão acolhidas em casas grandes.

Com o intuito de se perceber este resultado (casas de menor dimensão estão associadas a maior níveis de sintomatologia nas crianças) foi realizada uma análise de mediação. Considerando que o número de apoios recebidos depende da sintomatologia manifestada pela criança, foi considerada como variável mediadora a dimensão da casa, baseado no racional que casas que acolhem um menor número de crianças apresentam um rácio crianças-cuidador adequado e suscetível de estabelecerem uma relação de maior proximidade com as crianças encaminhando para um maior número de apoios, fazendo com que estas casas integrem crianças com mais problemáticas.



O efeito total da sintomatologia manifestada pelas crianças no número de apoios recebidos é significativo ( $c=0.02$ ,  $p<.001$ ). Para além do efeito direto observado entre estas duas variáveis ( $c'=0.01$ ,  $p=.034$ ), observa-se também um efeito significativo indireto através da variável dimensão da casa ( $ab=0.01$ ), porque os intervalos de confiança não cruzam o zero (IC a 95% [0.012, 0.013]). Quanto maiores os níveis de sintomatologia manifestada pelas crianças, menor é a dimensão da casa ( $a=-0.36$ ,  $p<.001$ ), e quanto menor for a dimensão da casa, maior o número de apoios prestados às crianças ( $b=-0.02$ ,  $p=.043$ ). Este modelo explica 18% da variância observada,  $R^2=.18$ ,  $F(1.75) = 16.19$ ,  $p<.001$ . O tamanho do efeito da mediação é de  $R^2=.13$ .

A Tabela 6 apresenta os resultados das análises de comparação de médias dos problemas, em função dos três tipos de informadores.

Tabela 6  
Análise de diferenças entre as variáveis de Problemas em função dos Informadores (ANOVA de medidas repetidas)

	Cuidadores (C)	Professores (P)	Crianças (Cr)	F	Df	$\eta_p^2$	Dif. Pares
	M (DP)	M (DP)	M (DP)				
PI	12.30 (5.76)	9.98 (8.21)	20.97 (12.87)	10.99***	2,38	.37	Cr-C, Cr-P
PE	12.14 (8.76)	10.23 (10.11)	17.01 (12.31)	4.41**	2,38	.19	Cr-P
TP	39.98 (11.56)	39.00 (31.64)	43.29 (39.10)	2.58*	2,38	.25	Cr-C, Cr-P

Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Na Tabela 6 é possível observar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos PI, PE e TP em função do informador, sendo que através do Post Hoc de Gabriel observa-se que as crianças reportam índices mais elevados de problemas do que os restantes informadores.

#### 4. Discussão

O AR caracteriza-se por ser um contexto de vida que torna alguma criança mais vulneráveis e suscetíveis a problemas emocionais e comportamentais. Os resultados do presente estudo corroboram outros que concluíram que estas crianças tendem a apresentar níveis mais elevados de PI, PE e TP quando comparadas com crianças que vivem com a sua família (e.g. Gearing et al., 2014). Os resultados encontrados apontam a presença de problemas, que podem indiciar psicopatologia numa incidência superior à normativa.

Os resultados das análises que exploraram as relações entre os PI, PE e TP com as variáveis sociodemográficas, apontaram a inexistência de correlações estatisticamente significativas com os resultados reportados pelos professores. Segundo Berg-Nielsen e colaboradores (2012) a sensibilidade para identificarem problemas emocionais e comportamentais nos alunos está diretamente relacionada com a quantidade de tempo que conhecem a criança e com a sua experiência prévia. Por outro lado, Ehrlich e colaboradores (2011) concluíram que os fatores relacionais têm também impacto no nível de acordo, sendo que quando a relação é próxima se verifica um maior conhecimento por parte do informador.

As análises apresentadas relativamente ao sexo são convergentes com Baker e colaboradores (2007) evidenciando que as crianças do sexo feminino apresentam níveis mais elevados de psicopatologia e de problemas comportamentais do que os rapazes, indiciando um maior grau de desajustamento psicológico. Este resultado reforça a necessidade de ser dada uma atenção especial às necessidades específicas das raparigas em AR.

Relativamente à idade dos participantes os dados apresentados corroboram o que Hjern e Vinnerljung (2002) concluíram no seu estudo ao demonstrar que os problemas de ajustamento psicológico tendem a diminuir com o aumento da idade da criança.

A presença de irmãos na casa de AR não apresentou correlações significativas com os indicadores de sintomatologia, o contrário do citado na investigação que refere que a presença de irmãos diminui a probabilidade de se desenvolverem PI, funcionando como um fator protetor e preventivo na sintomatologia (Álvares e Lobato, 2013). A reduzida percentagem de crianças com irmãos na mesma casa de AR poderá ter condicionado os resultados obtidos. Por outro lado, poderá não ser a simples presença de irmãos na casa que contribui para o melhor ajustamento psicológico das crianças, importando conhecer a possibilidade e tempo de contacto que os irmãos têm oportunidade de viver no contexto de AR e, sobretudo, se em cada casa é proporcionada a verdadeira vivência de uma relação fraterna entre irmãos, com partilha de espaços e atividades, para além do grupo de outras crianças da casa.

Erol e colaboradores (2010) defendem que os motivos que levaram uma criança ao AR, nomeadamente negligência, constitui um grave fator de risco para o desenvolvimento intelectual e emocional das crianças, com posterior repercussão na idade adulta, o que é apontado pelos resultados do presente estudo que relacionam a negligência com os problemas de ajustamento das crianças. No entanto, é importante salientar que estes acontecimentos não determinam definitivamente a trajetória de vida de uma criança, uma vez que esta pode ser mais ou menos adaptativa consoante a perspetiva de resiliência presente e trabalhada com a criança (Siqueira e Dell'Aglio, 2006).

Neste estudo foi possível concluir que existe um maior encaminhamento para serviços de pedopsiquiatria do que psicologia. Este facto parece revelar a maior importância atribuída pelos cuidadores a soluções farmacológicas, dado o seu efeito rápido na diminuição da expressão sintomatológica. No entanto, sabe-se que para uma intervenção adequada e completa torna-se fundamental que as crianças sejam encaminhadas para os serviços de psicologia, não restringindo a intervenção ao nível psicofarmacológico (Erol et al., 2010).

No que concerne a variável contextual, esta tem que ser lida de forma cautelosa dada a amostra específica das casas de AR do estudo. Relativamente à dimensão da casa de AR seria esperado observar menos problemas de ajustamento psicológico em casas de menor dimensão (Bravo e Del Valle, 2009). Os resultados do presente estudo podem entender-se pelo facto de as casas de AR de menor dimensão mostrarem disponibilidade para acolher crianças que nem sempre encontram resposta noutras casas, dadas as suas características pessoais, história de vida e a gravidade dos problemas que vivenciaram previamente ao acolhimento. Esse facto poderá estar a contribuir para aumentar a proporção de crianças com dificuldades significativas nestas casas. Por outro lado,

tal como foi possível verificar pela análise de mediação, o número de apoios prestados pela casa está relacionado com a sintomatologia apresentada pelas crianças, sendo que esta relação é mediada pela dimensão da casa, mostrando que casas com menos crianças prestam um maior número de apoios, fazendo com que estas casas acolham crianças com mais problemas de saúde mental.

Por último, neste estudo foi possível observar a existência de diferenças significativas entre o relato dos diferentes informadores. Este resultado corrobora diferentes estudos que indicam que as crianças tendem a reportar maiores índices de problemas de saúde mental (Erol et al., 2010) do que os restantes informadores, particularmente os professores (Anderson e Seita, 2006). Se por um lado os professores não têm formação específica que lhes permita identificar sinais de problemas de saúde mental nos alunos, por outro lado tendem a ser mais sensíveis aos problemas de comportamento que afetam o ambiente da sala de aula, nomeadamente os PE (Kulger et al., 2013). No geral, os cuidadores e os professores tendem a reportar índices mais elevados de PE por se tratar de comportamentos que são facilmente observáveis e que interferem nos contextos onde a criança está inserida, solicitando uma maior atenção por parte dos adultos (Kulger et al., 2013). Estes resultados sublinham assim a importância de se recorrer a diferentes informadores (Achenbach et al., 2005).

## 5. Conclusões

O presente estudo apresenta a mais-valia de considerar as diferentes vozes dos diversos intervenientes do contexto de acolhimento residencial (Erol et al., 2010), acerca do ajustamento psicológico das crianças em AR. Adicionalmente, os resultados provenientes deste estudo mostram a pertinência de se realizar uma investigação mais abrangente sobre a saúde mental das crianças do sistema de AR português, já que este se trata de um estudo exploratório com uma amostra de dimensão reduzida. Neste sentido, salienta-se a necessidade de dar continuidade a este estudo, devendo ser recolhidos dados junto de um maior número de participantes, de diferentes idades, pertencentes a casas de AR de diferentes tipologias, permitindo a realização de análises estatísticas mais sofisticadas que contribuam para uma avaliação mais abrangente, compreensiva e ecológica do sistema de AR português e para uma maior validade externa.

Apesar do seu carácter inovador, este estudo apresenta como principal limitação o facto de o procedimento de amostragem ser de conveniência, limitando a representatividade das conclusões relativamente ao sistema de AR português, mas salientando a importância da condução de um estudo nacional de identificação de sinais e sintomas de problemas de saúde mental, a nível nacional, em crianças em AR. Por outro lado, este estudo, por ser um estudo exploratório apresenta também como limitação a reduzida dimensão da amostra o que implica uma leitura cautelosa dos dados, uma vez que estes poderão estar a ser condicionados por este facto, não permitindo

uma generalização dos mesmos. Contudo é de salientar que quando comparado com outros estudos internacionais do mesmo âmbito, verifica-se que as amostras utilizadas são semelhantes ou até mesmo de menor dimensão (e.g. Álvares e Lobato, 2013; Calcing e Benetti, 2014) e que esta limitação foi tida em conta nas análises efetuadas. Por outro lado, o teste do poder da análise de mediação para esta amostra, revelou um poder estatístico excelente (cf. “Procedimento”). Outra limitação inerente à administração dos questionários é a deseabilidade social característica nas respostas a medidas de autorrelato, que poderá ser minimizada através da realização de entrevistas estruturadas e estandardizadas realizadas por investigadores (Jozefiak et al., 2016).

Do presente estudo piloto sobressaíram alguns dados relevantes, que se podem constituir como pistas para a prática: a existência da presença de sintomatologia psicopatológica nas crianças participantes e a sua relação quer com variáveis da sua história de vida (e.g. negligência prévia), quer com variáveis relativas às casas que os acolhem (a saber, a dimensão e tipologia), impondo a reflexão sobre algumas implicações para a prática profissional em AR.

## **6. Implicações para a prática**

A presença de níveis elevados de problemas emocionais e comportamentais, bem como de comorbilidades, faz aumentar os custos em serviços de saúde gastos pelas casas de AR (Schmid et al., 2008). Nesta perspetiva de custo-benefício social e económico, os profissionais devem preocupar-se com o ajustamento psicológico das crianças acolhidas, uma vez que se assume que estes problemas venham a ter impacto na saúde mental na idade adulta (Jozefiak et al., 2016). Torna-se fundamental instituir procedimentos de avaliação psicológica no momento de admissão da criança na casa por forma a possibilitar o encaminhamento para serviços especializados de que necessitem. A par desta avaliação, é fundamental que haja uma monitorização constante da evolução de cada criança, percebendo desta forma se os apoios que estão a ser prestados estão a surtir os efeitos desejados, bem como perceber a sua evolução. A utilização de instrumentos estandardizados de autorrelato providencia aos técnicos de saúde mental ferramentas de trabalho eficazes, pouco dispendiosas e que permitem situar a criança considerando os parâmetros normativos para a população em geral (Erol et al., 2010). A Bateria ASEBA revela-se particularmente útil como instrumento de rastreio, uma vez que recorre a diferentes informadores possibilitando fazer uma avaliação mais abrangente e ecológica da criança (Achenbach et al., 2014).

Os profissionais das casas de AR devem ser devidamente sensibilizados para os sinais e sintomas de problemas de saúde mental nesta população. Programas de prevenção e de intervenção baseados na

evidência requerem uma cuidadosa avaliação das necessidades das crianças, para que estas sejam culturalmente apropriadas (Jozefiak et al., 2016).

A colaboração entre os profissionais de saúde mental, os cuidadores e as crianças, deve ser próxima e fluída para promover uma intervenção continuada, nas várias áreas importantes (e.g. psicoterapia ou intervenção farmacológica), diminuindo, assim, a probabilidade de a criança ter que vir a integrar respostas específicas ao nível da psiquiatria (e.g. internamento hospitalar), bem como, diminuir o estigma associado a esta população (Schmid et al., 2008).

Reconhecendo qualidade em AR como a adequação dos recursos e serviços prestados pelas casas de acolhimento às características e necessidades da população acolhida, é fundamental a identificação das necessidades de saúde mental como necessidade prioritária, legitimando-se a inclusão de medidas de saúde mental na operacionalização da avaliação da qualidade do AR.

Torna-se imperioso transformar os contextos de acolhimento em ambientes de qualidade e seguros para as crianças, que respondam a todas as suas necessidades o que requer grande investimento na formação dos cuidadores, capacitando-os para lidar com crianças com níveis elevados de desajustamento psicológico. Neste âmbito afigura-se urgente a implementação de um modelo terapêutico nas casas de acolhimento que as configure em ambientes que respeitem integralmente os Direitos da Criança e promovam o seu bem-estar pleno.

## Referências bibliográficas

- BACHENBACH, Thomas, RESCORLA, Leslie, DIAS, Pedro, RAMALHO, Vera, SOUSA LIMA, Vânia, MACHADO, Bárbara, e GONÇALVES, Miguel, (2014), *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar*, Braga, Psiquilibrios Edições.
- ALINK, Lenneke, MESMAN, Judi, VAN ZEIJL, Jantien, STOLK, Mirjan, JUFFER, Femmie, KOOT, Hans, BAKERMANS-KRANENBURG, Marian, e VAN IJZENDOORN, Marinus, (2006), “The early childhood aggression curve: Development of physical aggression in 10- to 50-month-old children”, *Child Development*, 77, 954–966.
- ÁLVARES, Amanda, e LOBATO, Gledson, (2013), “Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento residencial”, *Temas em Psicologia*, 21 (1), 151-164.
- ANDERSON, Gary, e SEITA, John, (2006), “Family and social factors affecting youth in the child welfare system”, in Nancy Webb (org.), *Working with traumatized youth in child welfare*, New York, The Guilford Press, 67-90.
- APPLEYARD, Karen, EGELAND, Byron, VAN DULMEN, Manfred, e SROUFE, Alan, (2005), “When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 235–245.
- BAKER, Amy, ARCHER, Marc, e CURTIS Patrick, (2007), “Youth characteristics associated with behavioral and mental health problems during the transition to residential treatment centers: The Odyssey Project population”, *Child Welfare League of America*, 86 (6), 5-29.

- BERG-NIELSEN, Turid, SOLHEIM, Elisabet, BELSKY, Jay, e WICHSTROM, Lars, (2012), “Preschoolers’ Psychosocial Problems: In the Eyes of the Beholder? Adding Teacher Characteristics as Determinants of Discrepant Parent-Teacher Reports”, *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 393-413.
- BRAVO, Amaia, e DEL VALLE, Jorge, (2009), “Crisis and review of residential child care. Its role in child protection”, *Papeles del Psicólogo*, 30 (1), 42-52.
- CALCING, Jordana, e BENETTI, Sílvia, (2014), “Caracterização da saúde mental em crianças e adolescentes em acolhimento institucional”, *PSICO*, 45 (4), 559-567.
- DEL VALLE, Jorge, LÓPEZ, Mónica, e BRAVO, Amaia, (2007), “Job stress and burnout in a sample of residential child care workers in Spain”, *Psicothema*, 19 (4), 609-614.
- EHRlich, Katherine, CASSIDY, Jude, e DYKAS, Matthew, (2011), “Reporter discrepancies among parents, adolescents, and peers: Adolescent attachment and informant depressive symptoms as explanatory factors”, *Child Development*, 82 (3), 999-1012.
- EROL, Nese, SIMSEK, Zeynep, e MUNIR, Kerim, (2010), “Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century”, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 113-124.
- FERNÁNDEZ-DAZA, Martha, e FERNÁNDEZ-PARRA, Antonio, (2012), “Problemas de comportamiento y competencias psicossociales en niños y adolescentes institucionalizados”, *Universitas Psychologica*, 12 (3), 797-810.
- GEARING, Robin, SCHWALBE, Craig, MACKENZIE, Michael, e IBRAHIM, Rawan, (2014), “Assessment of adolescent mental health and behavioral problems in institutional care: Discrepancies between staff-reported CBCL scores and adolescent-reported YSR scores”, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(3), 279-287.
- HAYES, Andrew, (2013), *An introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression based approach*, New York, The Guilford Press.
- HJERN, Anders, e VINNERLJUNG, Bo, (2002), “Healthcare for children in foster and residential care”, *Acta Paediatrica*, 91, 1153-1154.
- Instituto da Segurança Social, Instituto Público (IS,IP), (2017), *CASA 2016: Caracterização Atual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*, Lisboa, ISS,IP.
- JANSSENS, Astrid, e DEBOUTTE, Dirk, (2009), “Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)”, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 691-700.
- JOZEFIAK, Thomas, KAYED, Nanna, RIMECHAUG, Tormod, WORMDAL, Anne, BRUBAKK, Ann, e WICHSTRAM, Lars, (2016), “Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care”, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 33-47.
- KEENAN, Kate, e WAKSCHLAG, Lauren, (2000), “More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 33-46.
- KUGLER, Brittany, BURKE, Natasha, BLOOM, Marlene, TRUAX, Tatyana, KAERCHER, Lauren, e STORCH, Eric, (2013), “Caregiver-teacher agreement on emotional and behavioral problems in traumatized youth in residential treatment”, *Residential Treatment for Children & Youth*, 30, 151-167.
- Lei nº 142/2015 de 8 de Setembro de 2015.*
- PEREIRA, Mariana, SOARES, Isabel, DIAS, Pedro, SILVA, Joana, MARQUES, Sofia, e BAPTISTA, Joana, (2010), “Desenvolvimento, psicopatologia e apego: Estudo exploratório com crianças institucionalizadas e suas cuidadoras”, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (2), 222-231.
- RICHARDSON, Joanna, e JOUGHIN, Carol, (2000), *The mental health of looked after children*, Dorchester, The Dorset Press.

- RODRIGUES, Sónia, BARBOSA-DUCHARNE, Maria, e DEL VALLE, Jorge, (2015), *ARQUA-P: Sistema Compreensivo de Avaliação da Qualidade do Acolhimento Residencial Português*©, Registo 2650/2015, Lisboa, Secretaria de Estado da Cultura, Inspeção-Geral das Atividades Culturais - Direção de Serviços de Propriedade Intelectual.
- RUTTER, Michael, (2000), "Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications", *Children and Youth Services Review*, 22 (9), 685-703.
- SAINERO, Ana, DEL VALLE, Jorge, e BRAVO, Amaia, (2015), "Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial", *Anales de Psicología*, 31 (2), 472-480.
- SCHMID, Marc, GOLDBECK, Lutz, NUETZEL, Jakob, e FEGERT, Joerg, (2008), "Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions", *Child and Adolescents Psychiatry and Mental Health*, 2 (2), 1-8.
- SIMSEK, Zeynep, EROL, Nese, OZTOP, Didem, e MUNIR, Kerim, (2007), "Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls", *Children and Youth Services Review*, 29 (7), 883-899.
- SIQUEIRA, Aline, e DELL'AGLIO, Débora, (2006), "O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: Uma revisão de literatura", *Psicologia & Sociedade*, 18 (1), 71-80.
- SMYKE, Anna, ZEANAH, Charles, FOX, Nathan, NELSON, Charles, e GUTHRIE, Donald, (2010), "Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children", *Child Development*, 81 (1), 212-223.
- SOARES, Isabel, (2009), *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento: Teoria e Avaliação*, Braga, Psiquilíbrios Edições.
- SROUFE, Alan, e RUTTER, Michael, (1984), "The domain of developmental psychopathology", *Child Development*, 55 (1), 17-29.
- TURK, Jeremy, GRAHAM, Philip, e VERHULST, Frank, (1999), *Child psychiatry: A developmental approach*, Oxford, Oxford University Press.
- VERONA, Edelyn, JAVDANI, Shabnam, e SPRAGUE, Jenessa, (2011), "Psychological assessment comparing factor structures of adolescent psychopathology", *Psychological Assessment*, 23 (2), 1-7.