



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Problemas de atenção e hiperatividade em crianças em acolhimento residencial e em crianças da comunidade expostas à adversidade

Vítor Hugo Alves Serrão

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Baptista, Professora Auxiliar, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2020

Problemas de atenção e hiperatividade em crianças em acolhimento residencial e em crianças da comunidade expostas à adversidade

Vítor Hugo Alves Serrão

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Baptista, Professora Auxiliar, ISCTE-Instituto
Universitário de Lisboa

Novembro, 2020

Agradecimentos

Gostaria de exprimir o meu agradecimento a todos aqueles, que de alguma forma contribuíram para a realização da minha dissertação.

Em primeiro lugar aos meus pais Tânia Serrão e Duarte Serrão, por acreditarem sempre em mim e disponibilizarem sempre os recursos necessários para o meu crescimento pessoal e académico. Tudo o que alcancei até à data não seria possível sem o vosso apoio!

À melhor amiga Helena Viríssimo pela disponibilidade e paciência não só ao longo deste trabalho, mas também ao longo de todos os meus desafios da vida quotidiana. Sei que estarás sempre comigo até ao meu último dia.

Às minhas colegas de equipa Eva Cabral e Cláudia Ramos, porque me incentivarem sempre a querer fazer mais e melhor e por acreditarem no meu trabalho. Porque sem vocês este trabalho não faria o mesmo sentido. Que possamos continuar a trabalhar juntos ao longo do nosso percurso profissional. Com certeza, a nossa amizade irá manter-se por muito anos!

A todos os meus amigos, que sabem quem são, por celebrarem as minhas conquistas como se fossem as suas.

Aos cuidadores e equipa técnica das casas de acolhimento e a todos pais e familiares, que participaram no presente trabalho. À Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que apoia a realização da presente investigação. Um muito obrigado, sem vocês a realização deste trabalho não seria possível.

À minha SUPER orientadora, professora doutora Joana Baptista. Serei eternamente grato por tudo o que fez por mim, por toda a sua disponibilidade, apoio, compreensão face às minhas falhas e atrasos e por nunca ter desistido de acreditar em mim. Porque a professora será sempre uma referência para a minha vida pessoal e profissional!

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer a Deus por me acompanhar em todas as situações.

Este é só o início do meu crescimento, a procura pelo conhecimento será sempre interminável.

Resumo

O acolhimento residencial está associado a dificuldades no desenvolvimento da criança (Lawler et al., 2014), incluindo nos processos atencionais (Hawk & Mccall, 2010). Neste estudo analisou-se as associações entre os problemas de atenção e hiperatividade e a exposição à adversidade precoce, e examinou-se o papel moderador do contexto atual de cuidados naquela relação (i.e., acolhimento residencial versus família). A amostra incluiu 78 crianças, e respectivos cuidadores, com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos, divididas em três grupos. O Perfil de Historial Traumático (Ramos, 2020), preenchido pelas equipas técnicas das casas de acolhimento e pelos cuidadores das crianças da comunidade, permitiu analisar as experiências adversas precoces às quais as crianças estiveram expostas. A forma reduzida da escala de Connors para pais (EC-R; versão portuguesa; Rodrigues, 2004) foi preenchida pelos cuidadores, para avaliação dos problemas de atenção e hiperatividade. Os problemas de atenção e hiperatividade revelaram estar associados à exposição a mais experiências adversas nas crianças do Grupo 1, e à idade e ao sexo masculino nas crianças do Grupo 2. A acumulação de experiências adversas emergiu como o único preditor dos problemas de atenção e hiperatividade. O contexto atual de cuidados não revelou ser um moderador estatisticamente significativo. Estes resultados destacam os efeitos negativos das experiências adversas precoces no desenvolvimento da criança, reforçando a necessidade de mais investigação sobre o tema.

Palavras Chave: Acolhimento Residencial, Problemas de atenção e hiperatividade, PHDA, Adversidade precoce

PsycInfo Codes:

2800 Psicologia do desenvolvimento

Abstract

Residential care is associated with several child developmental difficulties (Lawler, Hostinar, Mliner, & Gunnar, 2014), including attention problems (Hawk & Mccall, 2010; Moreno-Manso et al., 2019). This study aims to contribute to the state of the art by analyzing the associations between attention problems and hyperactivity and the exposure to early adversities, while considering the current care context (i.e., residential care versus family). The sample is composed by 78 children, and their caregivers, aged between 8 and 15 years, divided into three groups. The Traumatic History Profile (Ramos, 2020) was completed by professionals from the residential context (Group 1) and by the caregivers (Groups 2 and 3) which allowed information about child exposure to early adverse experiences. The reduced form of the Conners scale for parents (EC-R; Portuguese version; Rodrigues, 2004) was administered to the caregivers, for the assessment of attention problems and hyperactivity. Attention problems and hyperactivity was associated with exposure to more adverse experiences in Group 1, and with child age and male sex in Group 2. The accumulation of adverse events was the only significant predictor of attention problems and hyperactivity. The current care context (residential care versus family) did not emerged as a significant moderator. These results highlight the negative impact of early adversities on child development and reinforce the need to conduct more research on this topic.

Palavras-Chave: Residential Care, Attention and hyperactivity problems, ADHD, Early Adversity

PsycInfo Codes:

2800 Developmental Psychology

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Conceptual	3
1. Acolhimento residencial e desenvolvimento da criança	3
<i>1.1. Problemas de atenção e hiperatividade em crianças em acolhimento residencial</i>	4
2. Adversidade precoce e os problemas de atenção e hiperatividade: Investigação com crianças da comunidade	6
<i>2.1. Adversidade precoce e problemas de atenção e hiperatividade: Investigação com crianças em acolhimento</i>	8
3. Problema de Investigação, Objetivos e Hipóteses	10
Capítulo II - Método	13
Participantes	13
<i>Crianças</i>	13
<i>Cuidadores</i>	14
Instrumentos	14
Procedimento	16
Capítulo III - Resultados	19
3.1. Estatísticas Descritivas e Diferenças entre os Grupos	19
<i>3.1.1. Exposição a experiências adversas precoces</i>	19
<i>3.1.2. Problemas de atenção e hiperatividade</i>	21
3.2. Análises de Correlação	21
3.3. Predição dos Problemas de Atenção e Hiperatividade	23
Capítulo IV - Discussão	25
Conclusão	31
Referências Bibliográficas	33

Índice de Quadros e Figuras

Tabela 1. <i>Exposição a Experiências Adversas: Frequências e Percentagens</i>	20
Tabela 2. <i>Acumulação de Experiências Adversas: Comparação entre os Grupos</i>	21
Tabela 3. <i>Problemas de Atenção e Hiperatividade: Comparação entre os Grupos</i>	21
Tabela 4. <i>Análises de Correlação entre as Variáveis em Estudo: Crianças em Acolhimento Residencial</i>	22
Tabela 5. <i>Análises de Correlação entre as Variáveis em Estudo: Comunidade com História de Mau-trato</i>	22
Tabela 6. <i>Análises de Correlação entre as Variáveis em Estudo: Comunidade sem História de Mau-trato</i>	23

Introdução

O acolhimento residencial tem vindo a ser descrito pela literatura como estando associado à emergência de dificuldades em múltiplos domínios do desenvolvimento da criança (Lawler et al., 2014), nomeadamente nos processos atencionais (Hawk & Mccall, 2010; Moreno-Manso et al., 2019). A este respeito, a investigação tem demonstrado que crianças com uma história de acolhimento tendem a apresentar mais problemas ao nível do funcionamento executivo, e mais concretamente no domínio da atenção, e que estas dificuldades parecem manter-se mesmo após a saída da criança do contexto residencial (Kreppner et al., 2001). Ainda, segundo alguns autores (Kreppner et al., 2001) tais dificuldades no domínio da atenção fazem parte de uma constelação de problemas, denominada na literatura por síndrome de pós institucionalização (Rutter et al., 2010), onde se incluem outros problemas do domínio cognitivo e emocional.

A exposição a experiências adversas numa fase precoce do desenvolvimento, conjuntamente com a própria experiência de acolhimento, podem estar a explicar os problemas de atenção nestas crianças, considerando as características de cuidados associadas a esta medida de colocação (e.g., inconsistência nos cuidados, poucas oportunidades para a estimulação desenvolvimental; Gunnar et al., 2000). Esta é uma possibilidade que permanece pouco explorada na literatura e os trabalhos realizados apresentam como limitação o facto de serem informados por estudos comparativos que analisam o funcionamento das crianças em acolhimento com o das crianças da comunidade sem histórias de adversidade. Esta limitação impossibilita a compreensão do impacto potencialmente conjunto da vivência em contexto residencial e da exposição à adversidade precoce nos problemas de atenção e hiperatividade. Assim sendo, o presente estudo visou analisar as associações entre a exposição à adversidade precoce e os problemas de atenção e hiperatividade, considerando o potencial papel moderador do contexto atual de cuidados (i.e., acolhimento residencial versus família) naquela relação. Para este efeito, participaram neste estudo 78 crianças, e seus respetivos cuidadores, divididas em três grupos, nomeadamente crianças em acolhimento que estiveram expostas a experiências adversas precoces (Grupo 1); crianças da comunidade, que estiveram expostas a experiências adversas precoces, em particular abuso, negligência e (Grupo 2); e crianças da comunidade que estiveram expostas a experiências adversas precoces, que não abuso, negligência e violência (e.g., luto, desastres naturais, doença grave, acidente grave) (Grupo 3).

Este trabalho está organizado em quatro diferentes secções. Primeiramente, será apresentado o **enquadramento conceptual**, onde é abordada a investigação sobre o desenvolvimento das crianças em acolhimento residencial e sobre o impacto das experiências

adversas precoces nos problemas de atenção e hiperatividade. Adicionalmente, será descrito o problema de investigação, os objetivos gerais e específicos do presente estudo e as hipóteses formuladas. De seguida, será apresentado o **método**, procedendo-se à descrição da amostra do estudo, dos instrumentos de avaliação utilizados, dos procedimentos inerentes à recolha de dados e da estratégia analítica. Após esta secção, serão apresentados os **resultados** obtidos neste estudo, passando-se, por último, para a sua **discussão**, tendo em conta a investigação na área, as limitações deste trabalho e as sugestões para investigação futura.

Capítulo I – Enquadramento Conceptual

1. Acolhimento residencial e desenvolvimento da criança

O Sistema Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção à Infância e Juventude tem como principal objetivo, proporcionar e promover as condições necessárias ao desenvolvimento integral das crianças e jovens, através de uma intervenção que segue um modelo piramidal e em conjunto com diversas entidades, com o principal objetivo de findar uma determinada situação de perigo, à qual uma criança/jovem possa estar exposta/o (ISS, 2010). Assim sendo e de acordo com o n.º 1, art.º 49º da lei 147/99 de 1 de setembro “*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*”, com a finalidade de “*(...) 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 em contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral*”.

Apesar de a literatura na área demonstrar que o acolhimento residencial pode associar-se a dificuldades em múltiplos domínios do desenvolvimento da criança (e.g., Bick & Nelson, 2016; Lawler et al., 2014; Fox et al., 2011; Zeanah, et al., 2003) e que esta medida deve ser o último recurso a utilizar no sistema de proteção infantil, é importante salientar que o acolhimento residencial continua a ser a solução mais frequente em Portugal, para além de ser mantida por longos períodos de tempo (ISS, 2020; Martins, 2005). Neste sentido, é fundamental analisar e compreender as características deste tipo de intervenção, bem como as possíveis consequências a ela associadas. Segundo alguns autores (e.g., Gunnar, Bruce, & Grotevant, 2000; Smyke et al., 2002), o contexto residencial apresenta-se como inadequado para satisfazer as necessidades de desenvolvimento das crianças, sobretudo em idades precoces, devido às características dos cuidados prestados (e.g., elevados rácios cuidador-crianças, oportunidades limitadas para interações um-para-um). Apesar disto, as diferenças na prestação de cuidados associadas ao acolhimento residencial parecem não explicar, na sua totalidade, as dificuldades frequentemente apresentadas pelas crianças e jovens.

Reforçando a ideia anterior, Smyke e colaboradores (2002) e Gunnar, Bruce e Grotevant (2000) demonstraram, na sua investigação, que mesmo em contextos de acolhimento residencial onde as necessidades básicas à sobrevivência da criança estão garantidas, a elevada rotatividade dos cuidadores, a inflexibilidade das rotinas e os rácios cuidador-crianças

inadequados dificultam o estabelecimento de relações afetivas profundas e estáveis com um adulto responsivo, o que explica (pelo menos, parcialmente) a emergência de dificuldades múltiplas, como problemas cognitivos, emocionais e comportamentais na criança (Gunnar, Bruce et al., 2000; Lawler et al., 2014; Tizard & Hodges, 1978). Para além do exposto, há evidências que apontam para a manutenção daqueles problemas ao longo do tempo, mesmo após a saída da criança para um contexto familiar de melhor qualidade (e.g., adoção; Palacios et al., 2014).

Das diferentes consequências que resultam do acolhimento residencial, uma das mais expressivas são os problemas emocionais e de comportamento apresentados por estas crianças e jovens (Campos et al., 2019; Colvert et al., 2008). De facto, segundo o ISS (2020), das 7.046 crianças e jovens com medida de acolhimento residencial em Portugal, em 2019, cerca de 28% apresentavam problemas de comportamento, sendo este o tipo de problemas mais frequentemente reportado nestas crianças e jovens. Em consonância, e de acordo com investigação realizada em Portugal (Baptista et al., 2014), cerca de 10% e 12% das crianças acolhidas em casas de acolhimento, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 meses de idade, encontravam-se num nível clínico para a internalização e externalização, respetivamente, de acordo com o relato dos seus cuidadores. Esta linha de pensamento é reforçada por trabalhos realizados noutros países, que vieram igualmente demonstrar que crianças que experienciaram uma medida de acolhimento residencial tendem a apresentar mais problemas emocionais e de comportamento, comparativamente com crianças que nunca estiveram acolhidas (Fisher et al., 1997) ou que foram, entretanto, integradas num ambiente familiar (Zeanah et al., 2003). A acrescentar a estes resultados, estudos na área da adoção (Merz & McCall, 2010) vieram revelar que crianças com uma história prévia de acolhimento residencial apresentam mais problemas sociais, na relação quer com os pares quer com adultos, quando comparadas a crianças que cresceram na sua família biológica.

1.1. Problemas de atenção e hiperatividade em crianças em acolhimento residencial

Para além dos problemas mencionados anteriormente, as crianças com uma história de acolhimento residencial apresentam um conjunto de défices ao nível do funcionamento executivo, que se traduzem em problemas de atenção e hiperatividade (Sonuga-Barke & Rubia, 2008; Stevens et al., 2008). De facto, Hawk e McCall (2010) demonstraram que crianças com uma história de acolhimento apresentavam mais dificuldades cognitivas e problemas de atenção, comparativamente a crianças que não foram privadas de cuidados parentais adequados numa fase precoce do seu desenvolvimento. Nesta linha de pensamento, Moreno-Manso e

colaboradores (2019) aferiram que crianças num contexto de acolhimento parecem apresentar mais problemas ao nível do funcionamento executivo, nomeadamente no domínio da atenção, pois demonstram uma maior dificuldade em controlar o foco atencional e apresentam uma lentidão progressiva e aumento do cansaço em tarefas que requerem atenção constante. Alguns autores (Kreppner et al., 2001; Rutter et al., 2010; Rutter et al., 2001) referem que tais dificuldades fazem parte de uma constelação de problemas, denominada de síndrome de pós-institucionalização (Rutter et al., 2010), que envolvem, para além dos problemas de atenção, comportamentos de tipo indiscriminado, comportamentos quase-autistas e incapacidade intelectual.

Importa referir que os problemas de atenção e impulsividade atrás mencionados parecem manter-se mesmo após a saída da criança do contexto residencial (Kreppner et al., 2001). Crianças adotadas que têm uma história associada ao acolhimento residencial apresentam mais sintomas de perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), constituindo-se como um grupo de risco para o desenvolvimento desta perturbação (Wiik et al., 2010). Outros estudos na área (Gunnar et al., 2007; Kreppner et al., 2001; Stevens et al., 2008) demonstraram que crianças adotadas, com idades entre os 8 e os 11 anos, com histórias prévias de acolhimento residencial marcadas por um longo período de permanência naquele contexto, parecem estar mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas da PHDA.

Apesar do exposto anteriormente, não é de esperar que todas as dificuldades observadas no desenvolvimento das crianças e jovens acolhidos, incluindo nos processos atencionais, se devam, de forma exclusiva, aos cuidados providenciados em contexto residencial. Outros fatores, como a exposição a eventos negativos, como abuso e negligência, possam estar igualmente a contribuir para as dificuldades acima reportadas. A este respeito, realça-se o estudo de Baptista e colaboradores (2014), já mencionado, que veio evidenciar que o impacto da instabilidade dos cuidados residenciais atua como um importante fator explicativo dos problemas de comportamento, mas apenas nas crianças acolhidas que tinham sido previamente expostas a abuso e negligência na família biológica.

Aliás, segundo alguns autores, os resultados apresentados, que globalmente apontam para dificuldades nos processos atencionais, são justificados pela elevada privação a que estas crianças estiveram previamente expostas (e.g., Wiik et al., 2010). Reforçando esta ideia, investigação tem demonstrado que o funcionamento executivo, que inclui processos atencionais específicos (e.g., foco atencional), e cujos défice estão descritos na PHDA, inicia o seu processo de maturação numa fase extremamente precoce do desenvolvimento, existindo evidências já no primeiro ano de vida. O funcionamento executivo depende do desenvolvimento de estruturas

cerebrais, nomeadamente do córtex pré-frontal, sendo este último de maturação lenta. Sendo assim, tal estrutura é altamente influenciada pelo contexto e pela exposição precoce a experiências adversas. Dificuldades na maturação desta estrutura (contextualmente sensível) podem comprometer o desenvolvimento das competências executivas, e logo de processos atencionais (Zelazo & Müller, 2011).

A investigação sobre as relações entre a exposição à adversidade precoce, incluindo abuso e negligência, e os problemas de atenção e hiperatividade em crianças sem histórias de acolhimento tem já um longo caminho traçado no domínio da psicopatologia da criança e do adolescente, apesar de serem ainda muitas as dúvidas e as questões por clarificar. Em crianças em acolhimento residencial, este tópico é alvo recente de atenção por parte da comunidade científica e, logo, menos investigação tem sido produzida. O presente estudo pretende contribuir para a literatura ao se propor a descrever os problemas de atenção e hiperatividade em crianças em acolhimento residencial com histórias de abuso e negligência e em crianças da comunidade.

2. Adversidade precoce e os problemas de atenção e hiperatividade: Investigação com crianças da comunidade

Os problemas de atenção e hiperatividade afetam milhares de crianças em todo o mundo, condicionam a sua vida e têm consequências negativas na saúde da criança, nos seus relacionamentos sociais e no seu desempenho escolar (Becker-Bleas & Freyd, 2008; Ford et al., 2000; Fuller-Thomson & Lewis, 2015; Webb, 2013). No entanto, os fatores explicativos para o desenvolvimento desta condição parecem ser heterogéneos, dado que, a interação entre fatores genéticos e contextuais estão na base do seu desenvolvimento (Webb, 2013). No estudo de Webb (2013), os participantes foram divididos em três grupos: um grupo de crianças com uma elevada predisposição genética para o desenvolvimento da PHDA, um grupo com alterações genéticas resultado da exposição a experiências adversas (pobreza e violência) na primeira infância, e um grupo de crianças com vulnerabilidade genética para o desenvolvimento da PHDA com uma história desenvolvimental marcada pela exposição à violência. A inclusão destes três grupos permitiu aos investigadores melhor compreender a relação entre fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento dos problemas atencionais. Mais especificamente, aquele autor observou que crianças expostas à adversidade precoce apresentavam maiores níveis de impulsividade e desatenção. O possível papel da adversidade precoce nos problemas de atenção é reforçado pelos resultados do trabalho clássico de Szatmari e colaboradores (1989). Os autores constataram que as disrupções familiares tinham um impacto significativo na sintomatologia de PHDA e na sua comorbidade com a perturbação de conduta. Os

investigadores observaram ainda que crianças expostas a maus-tratos e com diagnóstico de PHDA apresentavam mais dificuldades na vida adulta, comparativamente a crianças diagnosticadas com PHDA, mas sem exposição à adversidade precoce.

Esta relação entre os problemas de atenção, hiperatividade e a exposição à adversidade precoce parece estar relacionada com o sistema de resposta ao stress (Gunnar, 2009; Nelson et al., 2019), na medida em que eventos como o abuso e a negligência provocam stress tóxico (i.e., prolongado e opressivo), levando a um aumento dos níveis de cortisol, hormona associada aos comportamentos de luta/fuga, aumento da vigilância e hipersensibilidade nos circuitos neuronais que processam informações de ameaça. Charney e colaboradores (1993) demonstraram que a exposição a eventos caracterizados por elevados níveis de stress aumenta a produção de dopamina no córtex pré-frontal, cuja função (entre outras) é produzir respostas que reduzam o stress, sendo que, e segundo Lombroso e Arnsten (1999), níveis elevados de dopamina e noradrenalina estão positivamente associados a disfunções no córtex pré-frontal, estrutura cerebral cujas funções incluem o planeamento e organização das ações, a inibição de respostas inadequadas e o controlo da atenção. Disfunções nesta área do cérebro levam ao surgimento de sintomas de défice de atenção e hiperatividade.

Trabalhos realizados na área da adoção têm confirmado esta associação entre a adversidade precoce e o desenvolvimento de problemas de atenção e hiperatividade (Hoksbergen et al., 2003; Hostinar et al., 2012). Num estudo com jovens, os autores verificaram que a exposição ao abuso e à negligência antes da adoção estava associada ao diagnóstico de PHDA (Simmel et al., 2001). Por sua vez, Ford e colaboradores (2000) observaram que uma grande percentagem das crianças que exibiam níveis clínicos de PHDA tinham estado expostas a maus-tratos físicos e sexuais. Adicionalmente, Hinshaw (2002) verificou que crianças do sexo feminino que nunca estiveram acolhidas, mas com uma história marcada por abuso, estavam significativamente em maior risco de serem diagnosticadas com PHDA.

Importa referir que estudos têm demonstrado diferenças entre crianças do sexo masculino e crianças do sexo feminino, no que respeita aos problemas anteriormente referidos. Autores constataram que crianças do sexo feminino parecem estar menos predispostas a desenvolver problemas de externalização do que os rapazes, que tendem a apresentar mais sintomatologia associada à hiperatividade e impulsividade numa fase mais precoce do desenvolvimento (Voeller, 2004). Contudo, este efeito do sexo da criança parece não ser tão exacerbado, nos casos das crianças terem estado expostas a algum tipo de abuso (Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006). Investigação nesta área demonstrou que tanto as crianças do sexo masculino como as do sexo feminino, expostas a eventos potencialmente traumáticos, como abuso e negligência,

apresentam elevados níveis de hipervigilância e hiperatividade. No caso das crianças com diagnóstico de PHDA, mas sem exposição à adversidade, aqueles sintomas parecem ser mais comuns nas crianças do sexo masculino (Glaser, 2000).

Os resultados da investigação acima descritos apontam para a existência de relações estreitas entre os problemas de atenção e hiperatividade e a exposição à adversidade precoce, destacando-se como particularmente salientes as experiências de abuso, negligência e violência. Esta investigação pode informar o conhecimento acerca do desenvolvimento das crianças em acolhimento, frequentemente expostas às experiências negativas atrás mencionadas que originam o próprio acolhimento (ISS, 2020).

2.1. Adversidade precoce e problemas de atenção e hiperatividade: Investigação com crianças em acolhimento

A psicopatologia do desenvolvimento é um quadro teórico que tem como principal objetivo compreender os motivos que levam a que determinados indivíduos apresentem trajetórias desenvolvimentais adaptativas, e que os outros exibam sintomas e sofrimento com impacto significativo em diferentes domínios do seu desenvolvimento, o que condicionam a adaptação aos desafios da vida quotidiana (Maia et al., 2006). Considerando esta perspetiva, determinados eventos negativos, a operar em diferentes contextos, podem constituir-se como fatores de risco para o desenvolvimento adaptado, aumentando a probabilidade da emergência de problemas.

Nesta linha de pensamento, e tendo em conta a relação entre a exposição a fatores de risco e os problemas que destes decorrem, investigação refere que as experiências de violência interpessoal vividas no seio da família (e.g., maus-tratos), destacam-se, no que respeita à sua prevalência e ao seu impacto. Tais experiências ocorrem habitualmente numa idade precoce, tendem a ser experiências que se repetem ao longo do tempo, e por isso, a exposição a este tipo eventos pode ter consequências nefastas para múltiplos domínios do desenvolvimento da criança (Éthier et al., 2004). Adicionalmente, Trickett e McBride-Chang (1995) demonstraram que as consequências negativas da exposição a experiências adversas, como abuso e negligência, apesar de frequentemente surgirem ao longo da infância, podem persistir na adolescência e até na idade adulta, afetando diversas áreas do funcionamento dos indivíduos.

Em consonância, no ano de 2019, existiam cerca de 7.046 crianças e jovens acolhidas em Portugal (ISS, 2020), expostas a situações de perigo que a família e a comunidade não foram capazes de eliminar. Salienta-se que estas crianças, antes de entrarem no sistema de acolhimento, estiveram na sua maioria expostas a mais do que uma situação de perigo. Os principais motivos que levaram ao afastamento temporário das crianças e jovens da sua família

e do seu meio natural de vida foram a negligência (4.037 crianças), a ausência temporária de suporte familiar (754 crianças) a exposição à violência doméstica (689 crianças), e os maus tratos físicos (622 crianças). Assim sendo, é possível aferir que as crianças e jovens que experienciam uma situação de acolhimento residencial, em Portugal, estiveram previamente expostas a situações adversas, que as colocaram numa situação de perigo. Nesta linha de pensamento, Connor e colaboradores (2004) verificaram que, numa amostra de 397 adolescentes aos quais foi aplicada uma medida de acolhimento residencial terapêutico, cerca de 25% sofreram situações de abuso na sua infância (e.g., abuso físico e sexual), sendo que na maioria dos casos os abusos foram perpetrados por um dos pais ou por um cuidador de referência. Reforçando a ideia anterior, num estudo realizado em Espanha (Gonzalvo, 1999) com 776 crianças e jovens foi possível verificar que cerca de 50% da amostra havia estado exposta a uma situação de negligência e cerca de 20% tinha sofrido abuso físico. A isto acresce que 257 daquelas crianças e jovens acumulavam mais do que um motivo que justificou o acolhimento residencial.

Literatura clássica refere que, apesar de existir uma relação entre a exposição a maus tratos e problemas em diversas áreas do desenvolvimento, a exposição a cuidados pouco sensíveis, inconsistentes e/ou imprevisíveis aumenta a probabilidade destes problemas emergirem (Tizard & Hodges, 1978). Neste sentido, investigação realizada com crianças em acolhimento residencial (Gunnar et al., 2000; Lawler, et al., 2014) tem demonstrado que as características associadas a esta medida de colocação, nomeadamente a elevada rotatividade dos cuidadores, a inflexibilidade das rotinas e os rácios cuidador-criança dificultam o estabelecimento e a manutenção de relações afetivas, profundas e estáveis com um adulto de referência responsivo, o que parece explicar parcialmente os problemas emocionais e comportamentais apresentados por crianças que experienciam o acolhimento residencial.

Face ao exposto, é importante salientar que segundo González-García (2016), crianças expostas à adversidade precoce e com uma medida de colocação de acolhimento residencial, apresentam mais problemas emocionais e de comportamento. Em particular, aquele autor constatou que cerca de 61% das crianças que participaram no estudo pontuaram num nível clínico no que respeita à internalização e externalização. Estes resultados são consistentes com outros estudos (Burns et al., 2004), onde numa amostra de 3.803 crianças entre os 2 e os 14 anos com uma medida de acolhimento residencial, cerca de 88% destas crianças encontravam-se num nível clínico relativamente aos problemas emocionais e de comportamento. Erol, e colaboradores (2010), por sua vez, ao compararem adolescentes com uma medida de acolhimento residencial com adolescentes que nunca experienciarem uma medida de colocação,

observaram que os adolescentes com uma medida de acolhimento residencial evidenciavam mais problemas emocionais e de comportamento em relação aos adolescentes que sempre viveram em contexto familiar.

Como supramencionado, a literatura apresenta-se como consistente no que respeita à relação entre a exposição à adversidade precoce e os problemas emocionais e de comportamento em crianças acolhidas. Contudo, a relação específica entre a adversidade precoce e os problemas de atenção nestas crianças tem sido menos estudada. O estudo de Connor e colaboradores (2004) constitui-se como uma exceção. Os autores aferiram que numa amostra de crianças com uma medida de acolhimento residencial terapêutico e com exposição a situações de abuso (e.g., abuso físico, abuso sexual), os níveis de problemas apresentados eram significativamente superiores aos valores apresentados pelas crianças da comunidade. Por exemplo, enquanto que a PHDA é diagnosticada em cerca de 3% a 12% da população (Cantwell, 1996), na amostra do estudo anteriormente mencionado, 49% dos jovens foram diagnosticados com perturbações de comportamento e PHDA.

Não obstante a pertinência dos estudos já relatados que indicam que as crianças em acolhimento residencial frequentemente exibem problemas de atenção e hiperatividade, e os resultados do estudo de Connor e colaboradores (2004) anteriormente reportados, permanecem importantes lacunas na literatura. Para além da escassez de investigação especificamente focada nas relações entre a exposição à adversidade precoce e os problemas de atenção e hiperatividade em crianças em acolhimento, a literatura em acolhimento residencial é informada por estudos comparativos que contrastam o funcionamento das crianças em acolhimento com o das crianças da comunidade sem histórias de adversidade. Este cenário revela-se problemático, ao não permitir esclarecer o contributo efetivo da vivência em acolhimento, para lá da adversidade precoce, para os problemas de atenção e hiperatividade. Pretendemos inovar, ao analisar as relações entre a adversidade precoce e os problemas de atenção em crianças em acolhimento e em crianças da comunidade também expostas à adversidade.

3. Problema de Investigação, Objetivos e Hipóteses

Segundo o relatório Anual da Situação de Acolhimento (ISS, 2020), em 2019 encontravam-se acolhidas, em Portugal, 7046 crianças e jovens, sendo o acolhimento residencial a medida de acolhimento mais expressiva. Salienta-se que a duração média da permanência das crianças neste tipo de acolhimento é de aproximadamente 3 anos e que a negligência é o principal motivo que leva a que seja aplicada uma medida de acolhimento residencial. É também possível verificar, de acordo com o ISS (2020), que as crianças em contexto de acolhimento residencial

apresentam problemas em diversos domínios do seu desenvolvimento, em particular problemas de conduta e comportamentos de oposição (fortemente associados a problemas de atenção e impulsividade; O'Connor, 2002).

O presente estudo tem como objetivo analisar o papel do acolhimento residencial e da exposição à adversidade precoce nos problemas de atenção e hiperatividade em crianças e jovens. Considerando que o conhecimento acerca deste tópico tem sido sobretudo informado por estudos comparativos envolvendo crianças acolhidas (e expostas a múltiplos eventos adversos que originaram o acolhimento) e crianças nunca acolhidas e não expostas à adversidade, o presente trabalho inova ao inclui três grupos de participantes: crianças em acolhimento que estiveram expostas a experiências adversas precoces (Grupo 1); (2) crianças da comunidade, que estiveram expostas a experiências adversas precoces, em particular abuso, negligência e violência (i.e., motivos que originaram o acolhimento das crianças do Grupo 1) (Grupo 2); e crianças da comunidade, que estiveram expostas a experiências adversas precoces, que não abuso, negligência e violência (e.g., luto, desastres naturais, doença grave, acidente grave) (Grupo 3).

Com vista a contribuir para o atual estado da arte, o presente estudo apresenta os seguintes objetivos específicos: (1) analisar as diferenças entre as crianças acolhidas e as crianças da comunidade expostas à adversidade nos problemas de atenção e hiperatividade; (2) examinar as relações entre a exposição a eventos adversos e os problemas de atenção e hiperatividade em crianças acolhidas e da comunidade; (3) testar se a relação entre adversidade precoce e problemas de atenção e hiperatividade é moderada pela vivência em acolhimento.

No que se refere às hipóteses, e tendo em conta a literatura, é esperado que:

H1. *Crianças em acolhimento residencial e crianças da comunidade expostas a abuso, negligência e violência evidenciem significativamente mais problemas de atenção do que as crianças da comunidade expostas a outras experiências adversas.* A suportar esta hipótese encontra-se a literatura com crianças da comunidade que reforça o papel de relevo que as experiências de abuso, negligência e violência especificamente exercem nos problemas de atenção e hiperatividade (Szatmari et al., 1989; Webb, 2013).

H2. *A acumulação de experiências adversas esteja significativamente associada a mais problemas de atenção e hiperatividade.* O modelo de risco cumulativo, suportado por investigação no domínio da psicopatologia do desenvolvimento, adianta que a exposição a múltiplos eventos negativos exerce um efeito mais pernicioso no desenvolvimento dos indivíduos do que a exposição a um evento isolado (Appleyard et al., 2005).

H3. *A vivência em acolhimento (vs. família) intensifique a força da relação entre a acumulação de experiências adversas e os problemas de atenção e hiperatividade. As características dos cuidados institucionais, como a menor estabilidade, menor consistência, e menos oportunidades para a estimulação desenvolvimental e interações um-para-um, que se diferenciam do ambiente familiar, podem estar igualmente a contribuir para os problemas de atenção e hiperatividade, e, logo, a intensificar o efeito das experiências adversas nesta área do funcionamento da criança e do jovem (Baptista et al., 2014; Lawler et al., 2014).*

Capítulo II - Método

Participantes

O presente estudo incluiu 78 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos, e os respetivos cuidadores: 26 crianças em acolhimento residencial, 26 crianças da comunidade expostas a experiências de abuso, negligência e violência, e 26 crianças da comunidade expostas a outras experiências adversas (e.g., luto, doença, desastre natural).

Crianças

Tal como mencionado anteriormente, participaram no presente estudo 26 crianças em acolhimento residencial, com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos ($M = 10.77$, $DP = 1.77$), sendo que a maioria eram crianças do sexo feminino (53.8%). No momento da admissão na casa de acolhimento, as crianças tinham idades compreendidas entre 1 e 11 anos ($M = 7.69$, $DP = 2.77$). Encontravam-se acolhidas há aproximadamente 39 meses ($M = 39.77$; $DP = 39.21$) intervalo = 7 a 168 meses). No que concerne à frequência escolar, treze crianças (50%) frequentavam o 1º ciclo do ensino básico, doze crianças (46.2%) o 2º ciclo e uma criança (3.8%) o terceiro ciclo. Neste grupo, seis crianças (23.1%) já tinham tido uma outra experiência prévia de acolhimento residencial, sendo que o principal motivo associado à medida de acolhimento residencial era a negligência ($n = 22$; 84.6%), seguindo-se os maus-tratos físicos ($n = 10$, 38.5%), os maus-tratos psicológicos ($n = 9$, 34.6%) e a ausência temporária de suporte familiar ($n = 6$, 23.1%).

Neste estudo, participaram igualmente 52 crianças da comunidade ($n = 28$ do sexo feminino, 56%) que estiveram expostas a eventos negativos, com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos ($M = 10.78$, $SD = 1.76$). Relativamente à escolaridade, vinte e uma crianças (42%) frequentavam o 1º ciclo do ensino básico, dezassete crianças (34%) o 2º ciclo do ensino básico, dez crianças (20%) o 3º ciclo do ensino básico e duas crianças (4%) o ensino secundário. Do total de 52 crianças, 26 crianças estiveram expostas a experiências de abuso, negligência e violência (idades entre os 8 e os 15 anos, $M = 10.77$, $SD = 1.77$; 53.8% do sexo feminino). A restantes 26 crianças estiveram expostas a outras experiências adversas que não abuso, negligência e violência (idades entre os 8 e os 15 anos, $M = 10.81$, $SD = 1.78$; 53.8% do sexo feminino).

Os grupos não se diferenciam de forma estatisticamente significativa no sexo ($F_{(2,75)} = 0.000$; $P = 1.000$) ou na idade ($F_{(2,75)} = 0.004$; $P = .996$)

Cuidadores

No que respeita aos cuidadores das crianças com medida de acolhimento residencial, nesta investigação participaram 16, sendo que destes, 15 eram do sexo feminino (93.75%). As idades estão compreendidas entre os 21 e os 52 anos ($M = 35.94$; $DP = 9.20$) e 4 eram cuidadores de referência de mais do que uma criança no estudo. Os cuidadores referiram ser responsáveis por 14 crianças, em média ($M = 13.75$; $DP = 6.78$), sendo que quem tinha menos crianças sob a sua responsabilidade reportou ser responsável apenas por duas crianças e quem tinha mais crianças sob a sua responsabilidade cuidava de 28 crianças. Estes profissionais dedicam, em média, 26 minutos ($M = 25.67$; $DP = 16.24$, intervalo = 5 a 60 minutos) aos cuidados individuais às crianças. Os cuidadores encontravam-se a exercer funções, em média, há 7 anos ($M = 83.94$ meses; $DP = 72.51$; intervalo = 1 a 19 anos), sendo que a maioria exercia funções a tempo integral (93.8%) e trabalhava cerca de 7 horas por dia ($M = 7.31$ horas; $DP = 1.25$). Cerca de 75% ($n = 12$) tinha horários rotativos e essa rotatividade era semanal para a maior parte dos cuidadores (58.3%). No que se refere às habilitações literárias, 10 cuidadores concluíram uma licenciatura (62.5%), três terminaram um mestrado (18.8%), um finalizou o 12º ano (6.3%) e dois terminaram o seu percurso escolar no 9º ano (12.5%) A maior parte destes profissionais referiu ter recebido formação específica para as funções a desempenhar ($n = 11$, 68.8%).

Quanto aos cuidadores primários das crianças da comunidade expostas a eventos potencialmente traumáticos, mas sem medida de acolhimento residencial, estes tinham idades compreendidas entre os 27 e os 56 anos, sendo que a maioria era do sexo feminino ($n = 46$, 92%). Os graus de parentesco em relação à criança ou jovem eram: mãe ($n = 44$, 88%), pai ($n = 4$, 8%), madrasta ($n = 1$, 2%) e tia ($n = 1$, 2%). Do total destes cuidadores, dois (4%) concluíram o 9º ano, vinte e um (42%) finalizaram o 12º ano, vinte e dois (44%) são licenciados e cinco (10%) têm habilitações literárias ao nível do mestrado e/ou doutoramento. A maior parte dos cuidadores ($n = 36$, 72%) era casado/a ou vivia em união de facto e estava empregado/a ($n = 39$, 78%), sendo que a maioria das famílias residia na Região Centro do país ($n = 33$, 66%).

Instrumentos

Ficha de Informação Sociodemográfica. No âmbito deste estudo foram desenvolvidas duas versões de uma ficha sociodemográfica: uma dirigida ao acolhimento residencial e preenchida por um elemento da equipa técnica de cada casa de acolhimento participante, e outra dirigida aos cuidadores das crianças da comunidade. A aplicação de versão para acolhimento da ficha de informação sociodemográfica permitiu obter informação relativa às experiências prévias da criança na família biológica (e.g., motivos do acolhimento) e às experiências em acolhimento

residencial (e.g., idade de admissão na casa de acolhimento). As duas versões da ficha sociodemográfica permitiram também obter diversos tipos de informação sobre a criança/jovem (e.g. idade, sexo) que serviram as análises principais, os seus cuidadores primários e o agregado familiar (e.g., idade, habilitações literárias).

Perfil de Historial Traumático (PHF; Kaplow et al., 2020; versão portuguesa, Ramos, 2020). O perfil de historial traumático, preenchido por um elemento da equipa técnica no caso das crianças com medida de acolhimento residencial e pelo cuidador primário no caso das crianças sem medida de acolhimento residencial, permitiu avaliar a exposição da criança a 22 possíveis eventos adversos (e.g., violência doméstica, abuso, negligência, *bullying*, luto). No que concerne ao grupo de crianças em acolhimento residencial, o PHF foi preenchido por um elemento da equipa técnica da casa de acolhimento. A partir das respostas ao PHF, foi possível identificar as crianças da comunidade expostas a abuso, negligência e violência na família e as crianças da comunidade expostas a outras experiências negativas. Adicionalmente, procedeu-se ao somatório das experiências adversas às quais as crianças estiveram expostas, podendo o valor final variar teoricamente entre 0 e 22 eventos, sendo que valores mais elevados representam a exposição a um maior número de eventos negativos.

Revised Conners Rating Scales –CRS – R (Conners, 2001). As escalas de Conners, versões revistas, com abreviatura em português de EC-R, permitem avaliar os problemas de atenção e hiperatividade, através da obtenção de repostas de professores, pais e/ou outras pessoas responsáveis pelos cuidados à criança. Estas escalas têm, por isso, um papel central no processo de avaliação das várias dimensões da PHDA e em conjunto com outros instrumentos de avaliação e outras fontes de informação, assumem-se muito importante no processo de avaliação do desenvolvimento e saúde mental da criança (Conners, 1997).

No presente estudo, aplicou-se a forma reduzida da escala de Conners para pais (EC-R; versão portuguesa; Rodrigues, 2004), que é constituída por 27 itens e inclui algumas das subescalas da forma completa, sendo os itens apresentados exatamente do mesmo modo e as subescalas nomeadas de um modo semelhante. Nas instruções, é solicitado que se pense no comportamento da criança no último mês e em seguida que seja classificado esse comportamento numa escala que varia entre 0 e 3 (0 – “Nunca”, 1 – “Um pouco”, 2 – “Frequentemente”, 3- “Muito Frequente”). Esta forma reduzida do instrumento inclui 4 subescalas que são: a) Comportamentos de Oposição com 6 itens (e.g., item 6 “Discute/argumenta com os adultos”; item 24, “Deliberadamente faz coisas para irritar os outros”); b) Problemas Cognitivos/Desatenção com 6 itens (e.g., item 3, “Dificuldade em fazer ou acabar os trabalhos de casa”; item 8, “Não consegue completar o que começa”); c) Excesso

de atividade Motora com 6 itens (e.g., item 14, “Corre e trepa em situações inapropriadas”; item 26, “Tem dificuldade em brincar ou trabalhar calmamente”); e d) Índice de PHDA com 12 itens (e.g., item 5, “Atento por curtos períodos de tempo”).

As propriedades da EC-R para pais têm mostrado uma boa fidelidade teste-reteste (Glow, Glow, & Rump, 1982) e boa validade inter-observadores (Conners, 1973 cit. por Conners & col., 1998b). A validade concorrente é elevada com a de outras escalas para pais, como por exemplo a CBCL (Achenbach & Edelbrock, 1983; Mash & Jonhston, 1983, cit. por Conners & col., 1998b.) Investigação tem também demonstrado que este instrumento permite uma discriminação entre crianças com e sem diagnóstico clínico (Prior & Wood, 1983 cit. por Conners & col., 1998b; Ross & Ross, 1976, 1982) e entre diferentes tipos de perturbações (Conners, 1970; Kuhhne, Kehle, & McMahon, 1987; Leon, Kendall, & Garber, 1980, todos cit. por Conners & col., 1998b).

Procedimento

O presente trabalho está incluído num projeto de investigação mais vasto que tem como principal objetivo analisar e compreender o impacto da adversidade precoce no desenvolvimento comportamental e emocional da criança, que passou por um processo de avaliação e aprovação por parte da comissão Ética do ISCTE-IUL.

Num primeiro momento, o estudo foi apresentado a diversas casas de acolhimento no território nacional e seguiu-se a obtenção dos consentimentos informados do/a diretor/a de cada casa de acolhimento, dos pais ou representantes legais da criança e do cuidador de referência.

Ao longo do processo de recolha de dados, foi solicitado à equipa técnica de cada casa de acolhimento o preenchimento da ficha de informação sociodemográfica, do PHT e a identificação do cuidador de referência de cada criança, ou seja, o cuidador que ajuda nas rotinas diárias e que passa mais tempo com a criança, com quem esta pode ter uma relação diferenciada. Após este processo, solicitou-se ao cuidador de referência o preenchimento EC-R. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) ausência de défices sensoriais ou neurológicos (e.g., Trissomia 21); b) ausência de défices sensoriais ou neurológicos (e.g., cegueira, paralisia cerebral); e c) ausência de incapacidade intelectual diagnosticada.

Relativamente às crianças da comunidade, realizou-se a divulgação do estudo junto de Associações de Pais e grupos de pais nas redes sociais. Foi solicitado aos cuidadores primários das crianças o seu consentimento informado para a participação no estudo e o preenchimento de um conjunto de questionários. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) a família residir em território nacional; b) os cuidadores dominarem a língua portuguesa; e c)

serem os cuidadores primários de, pelo menos, uma criança entre os 7 e os 17 anos. Aleatoriamente, as crianças da comunidade foram emparelhadas, em função da idade e do sexo, com as crianças em acolhimento residencial.

Estratégia analítica

No que concerne à estratégia para a análise dos dados, procedeu-se primeiramente à exploração das estatísticas descritivas e diferenças entre os grupos nas principais variáveis do estudo, recorrendo ao teste de Análise de Variância (ANOVA). Para cada um dos grupos, foram analisadas as associações entre os problemas de atenção e hiperatividade e idade, sexo e exposição à adversidade precoce, utilizando o coeficiente de correlação de Pearson e o coeficiente de correlação ponto-bisserial. Recorrendo ao programa PROCESS, foram realizadas regressões lineares, com vista a identificar os preditores dos problemas de atenção e hiperatividade, e testar o papel moderador do contexto atual de cuidados (acolhimento residencial versus família).

Capítulo III - Resultados

3.1. Estatísticas Descritivas e Diferenças entre os Grupos

3.1.1. Exposição a experiências adversas precoces

Na tabela 1, são apresentadas as estatísticas descritivas relativas à exposição a experiências adversas precoces, nos três grupos de crianças que compõe a amostra do presente estudo.

No que respeita às crianças em acolhimento residencial, a negligência ($n = 21$, 80.8%) surgiu como a experiência mais frequentemente reportada, seguindo-se a exposição à violência doméstica ($n = 15$, 57.7%), o abuso emocional ($n = 13$, 50%) e a separação de figuras significativas ($n = 11$, 42.3%). Dezanove (73.1%) crianças estiveram expostas a dois ou mais eventos potencialmente traumáticos; para as restantes crianças, foi reportada a exposição a uma experiência adversa.

No grupo de crianças da comunidade com uma história de maus-tratos, o luto ($n = 17$, 65.4%) e a violência doméstica ($n = 17$, 65.4%) foram os eventos mais frequentemente reportados, seguindo-se o *bullying* ($n = 16$, 61.5%), a lesão acidental grave ($n = 11$, 42.3%) e a negligência ($n = 10$, 38.5%). Importa referir que todas as crianças deste grupo estiveram expostas a dois ou mais eventos adversos.

Quanto às crianças da comunidade expostas à adversidade precoce, que não inclui mau-trato, a experiência mais frequentemente reportada foi o luto ($n = 22$, 84.6%), seguindo-se a doença acidental grave ($n = 7$, 26.9%) e a doença/trauma médico ($n = 7$, 26.9%). Catorze crianças (53.8%) estiveram expostas a um evento adverso; as restantes estiveram expostas a dois ou mais eventos.

A tabela 2, apresenta a acumulação de eventos potencialmente traumáticos aos quais as crianças de cada grupo estiveram expostas. De acordo com uma análise de variância (ANOVA), os grupos diferem, de forma estatisticamente significativa, no número de eventos adversos aos quais estiveram expostos ($F_{(2,75)} = 20.38$, $p < .001$). Segundo o teste de Bonferroni, as crianças em acolhimento residencial ($M = 3.65$, $DP = 2.10$) e as crianças da comunidade com uma história de mau-trato ($M = 4.31$, $DP = 1.46$) estiveram expostas, em média, a mais experiências adversas do que as crianças da comunidade sem uma história de mau-trato ($M = 1.65$, $DP = 0.89$) (todos os resultados $p < .001$). As crianças em acolhimento residencial e as crianças da comunidade com uma história de mau-trato não se diferenciam, de forma estatisticamente significativa, no número de eventos aos quais estiveram expostas.

Tabela 1*Exposição a Experiências Adversas: Frequências e Percentagens*

Experiências Adversas	Acolhimento Residencial		Comunidade com história de mau-trato		Comunidade sem história de mau-trato	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Lesão acidental grave	4	15.4	11	42.3	7	26.9
Doença/Trauma Médico	3	11.5	8	30.8	7	26.9
Violência Comunitária	7	26.9	3	11.5	0	0
Violência Doméstica	15	57.7	17	65.4	0	0
Violência Escolar/Emergência Escolar	2	7.7	3	11.5	0	0
Agressão Física	4	15.4	1	3.8	0	0
Desastres	0	0	2	7.7	1	3.8
Abuso Sexual	2	7.7	1	3.8	0	0
Abuso Físico	6	23.1	3	11.5	0	0
Negligência	21	80.8	10	38.5	0	0
Mau-Trato Psicológico/Abuso Emocional	13	50.0	6	23.1	0	0
Agressão Sexual	1	3.8	0	0	0	0
Sequestro/Rapto	0	0	2	7.7	0	0
Terrorismo	0	0	0	0	0	0
Luto	1	3.8	17	65.4	22	84.6
Separação	11	42.3	12	46.2	4	15.4
Guerra/Violência Política	0	0	0	0	0	0
Deslocação Forçada	0	0	0	0	0	0
Tráfico/Exploração Sexual	0	0	0	0	0	0
Bullying	3	11.5	16	61.5	3	11.5
Testemunha de Suicídio	2	7.7	0	0	0	0

Tabela 2*Acumulação de Experiências Adversas: Comparação entre os Grupos*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
Grupos				
G1. Acolhimento Residencial	3.65	2.10	1	9
G2. Comunidade (com história de mau-trato)	4.31	1.46	2	8
G3. Comunidade (sem história de mau-trato)	1.65	0.89	1	4

3.1.2. Problemas de atenção e hiperatividade

Na Tabela 3, são apresentadas as estatísticas descritivas relativas aos problemas de atenção e hiperatividade para cada um dos grupos. Apesar da média dos problemas de atenção ser superior nas crianças em acolhimento residencial e da comunidade com uma história de mau-trato, comparativamente às crianças da comunidade sem uma história de mau-trato, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F_{(2,75)} = 2.538, p = .086$).

Tabela 3*Problemas de Atenção e Hiperatividade: Comparação entre os Grupos*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
Grupos				
G1. Acolhimento Residencial	29.62	19.43	1	79
G2. Comunidade (com história de mau-trato)	28.23	15.37	6	63
G3. Comunidade (sem história de mau-trato)	19.85	15.65	0	62

3.2. Análises de Correlação

As Tabelas 4, 5 e 6 exibem as correlações entre a idade, o sexo, a acumulação de experiências negativas e os problemas de atenção nos diferentes grupos de crianças que compõem a amostra.

No que concerne às crianças em acolhimento residencial, os resultados demonstram que os problemas de atenção e hiperatividade estão positiva e significativamente associados à exposição a mais experiências adversas ($r = .44, p = .024$) (Tabela 4).

Tabela 4*Análises de Correlação entre as Variáveis em Estudo: Crianças em Acolhimento Residencial*

	1.	2.	3.
1. Idade ^a			
2. Sexo	-.32		
3. Experiências adversas	.35	-.29	
4. Problemas de atenção e hiperatividade	-.08	.34	.44*

^a Correlação ponto-biserial; todas as restantes, correlações de coeficiente de Pearson.* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Quanto às crianças da comunidade com uma história de mau-trato, as crianças mais novas ($r = -.44$, $p = .026$) e do sexo masculino ($r = .50$, $p = .009$) foram descritas como apresentando mais problemas de atenção e hiperatividade (Tabela 5).

Tabela 5*Análises de Correlação entre as Variáveis em Estudo: Comunidade com História de Mau-trato*

	1.	2.	3.
1. Idade ^a			
2. Sexo	-.32		
3. Experiências adversas	-.23	-.20	
4. Problemas de atenção e hiperatividade	-.44*	.50**	.15

^a Correlação ponto-biserial; todas as restantes, correlações de coeficiente de Pearson.* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Por último, no que diz respeito ao grupo de crianças da comunidade sem uma história de mau-trato, não foram observadas quaisquer correlações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, tal como demonstrado no Tabela 6.

Tabela 6*Análises de Correlação entre as Variáveis em Estudo: Comunidade sem História de Mau-trato*

	1.	2.	3.
1. Idade ^a			
2. Sexo	-.29		
3. Experiências adversas	.03	.01	
4. Problemas de atenção e hiperatividade	-.38	-.03	-.07

^a Correlação ponto-biserial; todas as restantes, correlações de coeficiente de Pearson.* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.3. Predição dos Problemas de Atenção e Hiperatividade

De seguida, foram realizadas três análises de regressão múltipla, visando analisar o papel preditor do número de experiências adversas às quais as crianças estiveram expostas e o papel moderador da vivência em acolhimento residencial (versus família), nos problemas de atenção e hiperatividade. No primeiro modelo, foram considerados os três grupos de crianças; no segundo modelo, foram consideradas as crianças em acolhimento residencial e as crianças da comunidade expostas a mau-trato; e, por fim, no terceiro modelo, foram tidas em conta as crianças em acolhimento residencial e as crianças da comunidade sem uma história de mau-trato. Em todos os modelos, no primeiro bloco da análise de regressão, foi introduzida a idade e sexo dos participantes, servindo de variáveis de controlo; no segundo bloco, foi inserida a acumulação de experiências adversas; no terceiro bloco da análise de regressão, foi introduzido o contexto atual de cuidados da criança (acolhimento residencial versus família); e, por fim, no último bloco foi inserido o termo de interação entre a acumulação de experiências adversas e o contexto de cuidados atual.

O primeiro modelo, que incluía todos os grupos de crianças, apresentou-se como estatisticamente significativo ($F_{(5;72)} = 6.24$, $p < .001$, $R^2 = .30$), sendo que a acumulação de eventos adversos emergiu como preditor dos problemas de atenção e hiperatividade ($\beta = 8.90$, $p = .006$). O sexo ($\beta = 8.95$, $p = .015$) e a idade da criança ($\beta = -2.52$, $p = .017$) demonstraram ser igualmente preditores significativos dos problemas de atenção. O contexto atual de cuidados (acolhimento residencial versus família) não emergiu como um preditor individual ($\beta = 8.33$, $p = .259$), nem como moderador ($\beta = -3.41$, $p = .073$) da relação entre as experiências adversas e os problemas de atenção e hiperatividade. Importa referir que o efeito de interação entre a

acumulação de eventos potencialmente traumáticos e não estar colocado em acolhimento residencial demonstrou-se parcialmente significativo.

O segundo modelo, que incluiu o grupo de crianças em acolhimento residencial e o grupo de crianças da comunidade expostas a maus-tratos, revelou ser estaticamente significativo ($F_{(5;46)} = 6.67, p < .001, R^2 = .42$), sendo que a acumulação de eventos adversos ($\beta = 9.47, p = .008$) e o sexo da criança ($\beta = 16.19, p = .0004$) emergiram como preditores significativos dos problemas de atenção e hiperatividade. Tal como para o primeiro modelo, o contexto atual de cuidados (acolhimento residencial versus família) não surgiu como um preditor individual ($\beta = 10.60, p = .993$) nem como um moderador ($\beta = -3.66, p = -1.51$) significativo. ($\beta = -3.66, p = -1.51$).

Por fim, o terceiro e último modelo, que considerou as crianças em acolhimento residencial e as crianças da comunidade expostas à adversidade que não inclui o mau-trato, apresentou-se como estaticamente significativo ($F_{(5;46)} = 3.99, p = .004, R^2 = .30$). Apenas a acumulação de eventos adversos revelou ser um preditor significativo dos problemas de atenção e hiperatividade ($\beta = 11.76, p = .017$). Nem a idade da criança ($\beta = -2.67, p = .055$), nem o contexto atual de cuidados (acolhimento residencial versus família) surgiram como preditores individuais dos problemas de atenção e hiperatividade. O contexto atual de cuidados voltou a não emergir como moderador da relação entre as experiências adversas e os dos problemas de atenção e hiperatividade ($\beta = 11.63, p = 1.23$).

Capítulo IV - Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar o papel do acolhimento residencial e da exposição à adversidade precoce nos problemas de atenção e hiperatividade em crianças. Em consonância com a realidade do acolhimento em Portugal (ISS, 2020), verificou-se que na amostra em estudo os principais motivos que determinaram a aplicação de uma medida de colocação foram a negligência, os maus-tratos físicos, os maus-tratos psicológicos e a ausência temporária de suporte parental. Salienta-se ainda que maioria das crianças com uma medida de acolhimento residencial estiveram expostas a duas ou mais experiências potencialmente traumáticas, apresentando uma acumulação mais acentuada de eventos negativos do que as crianças da comunidade que não foram expostas a mau-trato. Este resultado parece ir ao encontro da literatura, que retrata a polivitimização nas crianças acolhidas como um fenómeno comum (Baptista et al., 2014; ISS, 2020). A acumulação de fatores de risco pode estar precisamente a denotar que a família e a comunidade não foram capazes de eliminar uma determinada situação de perigo, o que, por sua vez, motivou o próprio acolhimento.

Adicionalmente, foi possível observar que o grupo de crianças expostas à adversidade precoce que inclui maus-tratos, mas sem medida de acolhimento residencial, tinham estado expostos a um maior número de experiências adversas, comparativamente às crianças que estiveram expostas à adversidade precoce que não inclui maus-tratos. Segundo a OMS (2016), o mau-trato infantil pode ser definido como todo o tipo de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual e negligência que colocam em perigo a saúde, sobrevivência, desenvolvimento, e que interferem com a dignidade da criança. Salienta-se que este tipo de experiência adversa tende a ocorrer no contexto de uma relação de confiança, proximidade e marcada pela assimetria de poder, pelo que a exposição à violência doméstica é também considerada uma forma de mau-trato infantil. Estes resultados demonstram-se coerentes com investigação internacional, pois segundo Éthier e colaboradores (2004) a exposição a este tipo de adversidade tende a ocorrer numa idade precoce e a manter-se ao longo tempo.

É importante referir que, neste estudo, verificou-se ainda que as crianças da comunidade expostas à adversidade precoce que inclui o mau-trato não se distinguiram, de forma estatisticamente significativa, das crianças em acolhimento residencial na acumulação de eventos adversos. Este resultado é contrário ao proposto pela literatura, dado que as crianças às quais foi aplicada uma medida de acolhimento residencial tendem a apresentar uma história marcada pela acumulação de diversos fatores de risco (Gonzalvo, 1999). De facto, o autor anteriormente mencionado aferiu que numa amostra composta por 776 crianças e jovens com

medida de acolhimento residencial, 257 acumulavam mais do que um motivo que justificasse o acolhimento. Neste sentido, uma possível explicação para os resultados obtidos neste estudo é o facto dos cuidadores das crianças que nunca foram colocadas numa estrutura residencial conhecerem mais detalhada e profundamente a história de vida da criança. Por outro lado, e uma vez que este tipo de informação relativa às crianças com medida de acolhimento foi fornecida pela equipa técnica, os detalhes da exposição destas crianças à adversidade podem não ser do conhecimento da casa de acolhimento ou não estarem descritos de forma detalhada.

No que concerne aos problemas de atenção e hiperatividade, o grupo de crianças expostas à adversidade precoce e com medida de acolhimento residencial foram os que apresentaram uma média maior no instrumento de avaliação utilizado, enquanto as crianças expostas à adversidade precoce que não inclui mau-trato e sem medida de acolhimento residencial foram as que apresentaram uma média menor. Este padrão é reforçado por outros trabalhos já realizados (Gunnar et al., 2000; Smyke et al., 2002) que referem que o contexto residencial pode apresentar-se como insuficiente para responder a todas as necessidades de desenvolvimento da criança, devido a características específicas que incluem a elevada rotatividade dos cuidadores, a inflexibilidade das rotinas e os rácios cuidador-crianças, o que pode explicar (pelo menos, parcialmente) a emergência de dificuldades múltiplas, como problemas cognitivos, emocionais e comportamentais na criança.

Nesta linha de pensamento, O'Connor e colaboradores (2004) aferiram que numa amostra de crianças com uma medida de acolhimento residencial terapêutico e com exposição a situações de abuso (e.g. abuso físico), cerca de 49% dos jovens foram diagnosticados com PHDA. Ainda, Wiik e colaboradores (2010) verificaram que crianças adotadas com uma história associada ao acolhimento residencial apresentavam mais sintomas de PHDA e representavam um grupo de risco para o desenvolvimento desta perturbação. Esta associação entre o acolhimento residencial e a presença de sintomatologia da PHDA, é reforçada pelo facto dos problemas em estudo estarem extremamente associados ao funcionamento executivo que é dependente da maturação do córtex pré-frontal, estrutura cerebral cujo processo de desenvolvimento é lento e altamente influenciado pelo contexto e pela exposição a experiências adversas (Zelazo & Müller, 2011). Apesar de tudo isto, importa mencionar que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as crianças em acolhimento residencial e as crianças da comunidade nos problemas de atenção e hiperatividade. Tal pode ter ficado a dever-se ao reduzido tamanho dos grupos, que pode ter impedido a emergência de diferenças estatisticamente significativas.

Os problemas de atenção e hiperatividade revelaram estar associados à exposição a mais experiências adversas nas crianças em acolhimento residencial. Este resultado pode ser explicado pelo modelo de risco cumulativo. A base teórica deste modelo refere que a acumulação de fatores de risco é mais explicativa das consequências negativas da adversidade no desenvolvimento da criança, do que a exposição a um único fator de risco (Evans, & Whipple, 2013). Além disto, estudos baseados no modelo de risco cumulativo revelaram que o risco para o desenvolvimento de uma determinada perturbação aumenta em quatro vezes quando as crianças estiveram expostas a pelo menos dois fatores de risco, e em cerca de dez vezes quando houve exposição a quatro ou mais fatores de risco (Appleyard et al., 2005).

Por sua vez, nas crianças da comunidade com uma história de mau-trato, as mais novas e do sexo masculino foram as que apresentaram mais problemas de atenção e hiperatividade. Estes resultados são corroborados por estudos que demonstram que as crianças do sexo feminino estão menos predispostas a desenvolver sintomatologia do que os rapazes, que evidenciavam mais sintomas de hiperatividade e impulsividade numa fase mais precoce do desenvolvimento (Voeller, 2004). Curiosamente, e ao contrário do que foi observado nas crianças em acolhimento residencial, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a acumulação de eventos adversos e os problemas de atenção e hiperatividade em crianças da comunidade expostas a maus-tratos. Este resultado revelou-se surpreendente. Tal como demonstrado por Webb (2013), crianças expostas à adversidade precoce, como abuso e negligência, apresentam maiores níveis de desatenção, o que vem ser reforçado pelo trabalho de Szatmari e colaboradores (1989). Estes autores concluíram que crianças com uma história de desenvolvimento marcada pelas disrupções familiares e exposição a maus-tratos apresentam uma maior probabilidade de diagnóstico de PHDA.

Para se obter um entendimento mais aprofundado do papel da adversidade precoce e acolhimento nos problemas de atenção e hiperatividade, foram efetuadas regressões múltiplas. O primeiro modelo de regressão múltipla que considerou todas as crianças da amostra permitiu aferir que a acumulação de eventos negativos é um preditor significativo dos problemas de atenção e hiperatividade, o que nos remete novamente para o modelo teórico do risco cumulativo – i.e., a presença de múltiplos fatores de risco parece ser mais explicativa dos problemas de saúde mental nestas crianças, do que a vivência de um fator isolado (Evans, & Whipple, 2013). Aliás, é de salientar que o único preditor dos problemas de atenção e hiperatividade, comum nos três modelos de regressão efetuados, foi a acumulação de eventos adversos. Isto assume-se como fundamental face ao impacto que a exposição a diversos fatores de risco e a sua acumulação pode ter nos problemas de atenção apresentados por estas crianças,

quando comparados ao efeito que outros fatores explorados neste estudo podem exercer nos problemas de atenção e hiperatividade.

Não obstante isso, importa referir que o sexo e a idade da criança apresentaram-se também como preditores dos problemas de atenção e hiperatividade. Estes resultados são congruentes com trabalhos já realizados que apontam para diferenças significativas entre mulheres e homens nos sintomas de PHDA, revelando os homens dificuldades mais acentuadas, e que essas diferenças parecem ser particularmente evidentes nos primeiros anos de vida (Voeller, 2004).

Por sua vez, o contexto atual de cuidados (acolhimento residencial versus família) não emergiu como um preditor individual nem como moderador da relação entre as experiências adversas e os problemas de atenção e hiperatividade. Contudo, foi possível verificar, através de um efeito de interação marginalmente significativo, obtido no primeiro modelo de regressão, que o efeito da acumulação de eventos adversos nos problemas de atenção e hiperatividade parece estar potenciado (pelo menos, tendencialmente) nas crianças em acolhimento. Assim sendo, é importante reforçar, para além do modelo de risco cumulativo (Appleyard et al., 2005), a investigação que sugere que as características próprias do acolhimento residencial que o afastam de um ambiente familiar (Gunnar et al., 2000; Smyke et al., 2002), como a instabilidade e a inconsistência nos cuidados, podem ser fatores envolvidos na emergência e manutenção das dificuldades de atenção observadas nestas crianças (Baptista et al., 2017).

Limitações do estudo e sugestões para investigação futura

Apesar dos contributos do estudo e da sua inovação ao analisar as relações entre adversidade precoce e os problemas de atenção e hiperatividade em crianças em acolhimento e em crianças da comunidade também expostas à adversidade, é fundamental identificar as suas limitações. Em primeiro lugar, embora se tenham comparado grupos emparelhados na idade e sexo, os mesmos não se revelaram homogêneos no número de eventos adversos aos quais as crianças estiveram expostas. Crianças da comunidade sem história de mau-trato demonstraram ter estado expostas, não apenas a um perfil distinto de eventos adversos, como também a um menor número de experiências negativas. Estas diferenças podem ter contribuído para os resultados obtidos.

Em segundo lugar, independentemente de terem sido recolhidas informações relativas à exposição a eventos adversos (e.g., negligência, violência doméstica, luto, *bullying*), não foi considerada a sua intensidade e duração. Neste sentido, investigação futura deverá analisar mais detalhadamente este tipo de informações, pois a exposição a experiências adversas que se repetem ao longo do tempo pode ter consequências nefastas e mais acentuadas no

desenvolvimento integral da criança do que experiências circunscritas no tempo (Éthier et al., 2004).

Em terceiro, salienta-se ainda que não foi considerada a idade da criança no momento da exposição à adversidade, o que nos remete para a importância dos períodos críticos e sensíveis. O período sensível pode ser definido como uma janela temporal na qual as experiências e o contexto têm um maior impacto nas estruturas cerebrais, e caso não ocorram podem condicionar o desenvolvimento. Já o período crítico pode ser definido como uma janela temporal, na qual se não ocorrem experiências/estimulação essenciais ao desenvolvimento de uma determinada competência, o comportamento do indivíduo pode ser permanentemente afetado e comprometido (Nelson et al., 2019). Nesta linha de pensamento, e considerando que os problemas de atenção e hiperatividade estão altamente relacionados ao funcionamento executivo, e que este por sua vez depende da maturação de estruturas cerebrais, mais concretamente o córtex pré-frontal, altamente influenciadas pelo contexto e pelas experiências (Zelazo & Müller, 2011), é fundamental que em trabalhos futuros seja considerada a idade da criança aquando da exposição à adversidade precoce e a duração da exposição.

Por último, no presente estudo, para melhor se compreender o efeito da experiência em acolhimento nos problemas de atenção e hiperatividade, foi testado o papel moderador do contexto de cuidados (residencial versus familiar) naquelas dificuldades. Porém, a qualidade dos cuidados efetivamente providenciados pode ser potencialmente mais explicativa dos problemas de atenção do que estar (versus não estar) em acolhimento. Tendo em conta a elevada heterogeneidade nos cuidados residenciais, sugere-se que investigação futura aprofunde os tópicos que foram alvo de análise no presente estudo, examinando se a qualidade dos cuidados providenciados à criança no contexto residencial e familiar atua como moderador da associação entre a adversidade precoce e os problemas de atenção e hiperatividade.

Conclusão

O presente estudo contribuiu para o aprofundar do conhecimento já existente sobre os problemas de atenção e hiperatividade em crianças em contexto residencial e a sua relação com a exposição à adversidade precoce. Assim, o principal objetivo deste estudo foi analisar o papel do acolhimento residencial e da exposição à adversidade precoce nos problemas de atenção e hiperatividade em crianças e jovens, face às lacunas identificadas na literatura.

Neste estudo, verificou-se que os principais motivos que determinaram a aplicação de uma medida de colocação, no grupo de crianças acolhidas, foram a negligência, os maus-tratos físicos, os maus-tratos psicológicos e a ausência temporária de suporte parental, o que é congruente com o retrato do cenário Português (ISS, 2020). Salienta-se ainda que as crianças com uma medida de acolhimento residencial, neste estudo, apresentaram uma acumulação mais acentuada de eventos negativos do que as crianças da comunidade que não foram expostas a mau-trato, o que reforça os resultados da investigação que apontam para a polivitimação nas crianças acolhidas como um fenómeno comum (Baptista et al., 2014; ISS, 2020).

Importa mencionar um conjunto de outros resultados deste estudo, com implicações importantes para a compreensão do desenvolvimento das crianças em acolhimento. Assim, constatou-se que os problemas de atenção e hiperatividade estavam associados à exposição a mais experiências adversas no grupo de crianças em acolhimento residencial, e que a idade e o sexo masculino estavam associados a mais problemas de atenção e hiperatividade no grupo de crianças da comunidade com uma história de mau-trato. O contexto atual de cuidados (acolhimento residencial versus família) não emergiu como um preditor individual nem como moderador da relação entre as experiências adversas e os problemas de atenção e hiperatividade.

Em suma, o presente estudo inovou ao considerar os problemas de atenção e hiperatividade em crianças em contexto residencial e em crianças da comunidade também expostas a adversidade precoce. Os resultados deste estudo alertam para os efeitos negativos da acumulação de experiências adversas nos primeiros anos de vida nos processos atencionais, alertando para a necessidade de programas de prevenção e remediativos nesta área com crianças vulneráveis.

Referências Bibliográficas

- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H., & Alan Sroufe, L. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46(3), 235-245. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x>
- Baptista, J., Belsky, J., Marques, S., Silva, J. R., Oliveira, P., Mesquita, A., ... & Soares, I. (2014). The interactive effect of maltreatment in the family and unstable institutional caregiving in predicting behavior problems in toddlers. *Child abuse & neglect*, 38(12), 2072-2079. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.015>
- Baptista, J., Belsky, J., Mesquita, A., & Soares, I. (2017). Serotonin transporter polymorphism moderates the effects of caregiver intrusiveness on ADHD symptoms among institutionalized preschoolers. *European child & adolescent psychiatry*, 26(3), 303-313. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0890-x>
- Becker-Blease, K. A., & Freyd, J. J. (2008). A preliminary study of ADHD symptoms and correlates: do abused children differ from nonabused children? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(1), 133-140. <https://doi.org/10.1080/10926770802250736>
- Bick, J., & Nelson, C. A. (2016). Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 177-196. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.252>
- Briscoe-Smith, A. M., & Hinshaw, S. P. (2006). Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child abuse & neglect*, 30(11), 1239-1255. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.008>
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0594-9>
- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(8), 978-987. <https://doi.org/10.1097/00004583-199608000-00008>
- Charney, D. S., Deutch, A. Y., Krystal, J. H., Southwick, S. M., & Davis, M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry*, 50(4), 294-305. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160064008>
- Colvert, E., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2008). Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and psychopathology*, 20(2), 547-567. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000278>
- Conners, C. K. (1997). *Conners' Parent Rating Scale--Revised (s)*. Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (2001). *Conners' Rating Scales--revised: CRS-R*. North Tonawanda, NJ: Multi-Health Systems.
- Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Volungis, A. M., & Steingard, R. J. (2004). Characteristics of children and adolescents admitted to a residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 497-510. <https://doi.org/10.1023/B:JCFS.0000044730.66750.57>
- Erol, N., Simsek, Z., & Münir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *European child & adolescent psychiatry*, 19(2), 113-124. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0047-2>
- Ethier, L. S., Lemelin, J. P., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child abuse & neglect*, 28(12), 1265-1278. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.07.006>

- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological bulletin*, 139(6), 1342. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
- Fisher, L., Ames, E. W., Chisholm, K., & Savoie, L. (1997). Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International journal of behavioral development*, 20(1), 67-82. <https://doi.org/10.1080/016502597385441>
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child maltreatment*, 5(3), 205-217. <https://doi.org/10.1177/1077559500005003001>
- Fox, N. A., Almas, A. N., Degnan, K. A., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2011). The effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: findings from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(9), 919-928. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02355.x>
- Fuller-Thomson, E., & Lewis, D. A. (2015). The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse & Neglect*, 47, 94-101. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.005>
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain—a review. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(1), 97-116. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00551>
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73, 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.12.011>
- Gonzalvo, G. O. (1999). Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *An Esp Pediatr*, 50, 151-155.
- Gunnar, M. R., & Van Dulmen, M. H. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and psychopathology*, 19(1), 129-148. : <https://doi.org/10.10170S0954579407070071>
- Gunnar, M. R., Talge, N. M., & Herrera, A. (2009). Stressor paradigms in developmental studies: What does and does not work to produce mean increases in salivary cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 34(7), 953-967. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.02.010>
- Gunnar, M., Bruce J., & Grotevant, H. (2000). International adoption of
- Hawk, B., & McCall, R. B. (2010). CBCL behavior problems of post-institutionalized international adoptees. *Clinical child and family psychology review*, 13(2), 199-211. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0068-x>
- Hawk, B., & McCall, R. B. (2010). CBCL behavior problems of post-institutionalized international adoptees. *Clinical child and family psychology review*, 13(2), 199-211. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0068-x>
- Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1086. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1086>
- Hoksbergen, R. A., Ter Laak, J., Van Dijkum, C., Rijk, K., & Stoutjesdijk, F. (2003). Attention deficit, hyperactivity disorder in adopted Romanian children living in The Netherlands. *Adoption Quarterly*, 6(4), 59-73. https://doi.org/10.1300/J145v06n04_04
- Hostinar, C. E., Stellern, S. A., Schaefer, C., Carlson, S. M., & Gunnar, M. R. (2012). Associations between early life adversity and executive function in children adopted internationally from orphanages. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(Supplement 2), 17208-17212. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121246109>
- ISS (2020). Caracterização anual da situação de acolhimento das crianças e

jovens. Disponível em <http://www.seg-social.pt/documents/10152/17405298/Relat%C3%B3rio%20CASA%202019/0bf7ca2b-d8a9-44d2-bff7-df1f111dc7ee>

- Kaplow, J. B., Rolon-Arroyo, B., Layne, C. M., Rooney, E., Oosterhoff, B., Hill, R., ... & Pynoos, R. S. (2020). Validation of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5: A developmentally informed assessment tool for youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(1), 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.019>
- Kreppner, J. M., O'Connor, T. G., Rutter, M., & English and Romanian Adoptees Study Team. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of abnormal child psychology*, 29(6), 513-528. <https://doi.org/10.1023/A:1012229209190>
- Lawler, J. M., Hostinar, C. E., Mliner, S. B., & Gunnar, M. R. (2014). Disinhibited social engagement in postinstitutionalized children: Differentiating normal from atypical behavior. *Development and Psychopathology*, 26(2), 451. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000054>
- Lei n.º 147/99. (1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. Diário da República, I Série-A, 204, 6115-6132.
- Lombroso, P. J., & ARNSTEN, A. F. (1999). Development of the cerebral cortex: XIV. Stress impairs prefrontal cortical function. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(2), 220-222.
- Maia, A., Guimarães, C., Magalhães, E., Capitão, L., Campos, M., & Capela, S. (2006). Experiências adversas e funcionamento actual: um estudo com jovens portugueses. Actas do VI Congresso Nacional de Investigação em Psicologia Vol XII (pp. 54-73), Évora. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6232/3/Actas%20%20c3%89vora%20Volume%20XII%20p.54%20a%2073.pdf>
- Martins, P. C. (2005). A qualidade dos serviços de protecção às crianças e jovens: as respostas institucionais.
- Merz, E. C., & McCall, R. B. (2010). Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal of abnormal child psychology*, 38(4), 459-470. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9383-4>
- Moreno-Manso, J. M., de la Rosa Murillo, M., García-Baamonde, M. E., Guerrero-Barona, E., & Rodríguez-Jiménez, M. (2019). Executive Functions in Children and Adolescents in Residential Care Under Protective Measures. *Journal of Child and Family Studies*, 28(12), 3558-3568. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01538-x>
- Nelson III, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2019). How early experience shapes human development: The case of psychosocial deprivation. *Neural Plasticity*. <https://doi.org/10.1155/2019/1676285>
- Palacios, J., Román, M., Moreno, C., León, E., & Peñarrubia, M. G. (2014). Differential plasticity in the recovery of adopted children after early adversity. *Child Development Perspectives*, 8(3), 169-174. <https://doi.org/10.1111/cdep.12083>
- Ramos, C. (2020). Estudo das Propriedades Psicométricas do UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5 – Versão para Pais/Cuidadores (Dissertação de Mestrado).
- Rodrigues, Ana (2004). Contributos para a Avaliação da Criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Estudo de Estandarização e Propriedades Psicométricas das Formas Reduzidas das Escalas de Connors Revistas para Professores e Pais em crianças do primeiro ciclo (Dissertação de Doutoramento).
- Rutter, M.L., Kreppner, J.M., & O'Connor, T.G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 97–103. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.2.97>
- Rutter, M., Sonuga-Barke, E. J., Beckett, C., Castle, J., Kreppner, J., Kumsta, R., ... & Gunnar, M. R. (2010). Deprivation-specific psychological patterns: Effects of institutional deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, i-253.

- Simmel, C., Brooks, D., Barth, R. P., & Hinshaw, S. P. (2001). Externalizing symptomatology among adoptive youth: Prevalence and preadoption risk factors. *Journal of abnormal child psychology*, 29(1), 57-69. <https://doi.org/10.1023/A:1005251513130>
- Smyke, A. T., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 972-982. <https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00016>
- Sonuga-Barke, E. J., & Rubia, K. (2008). Inattentive/overactive children with histories of profound institutional deprivation compared with standard ADHD cases: a brief report. *Child: care, health and development*, 34(5), 596-602. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00863.x>
- Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J., Kreppner, J. M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., ... & Rutter, M. (2008). Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 36(3), 385-398. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9185-5>
- Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 205-217. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00235.x>
- Tizard, B., & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the development of eight-year-old children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 19(2), 99-118. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1978.tb00453.x>
- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental review*, 15(3), 311-337. <https://doi.org/10.1006/drev.1995.1012>
- Voeller, K. K. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of child Neurology*, 19(10), 798-814. <https://doi.org/10.1177/08830738040190100901>
- Webb, E. (2013). Poverty, maltreatment and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of disease in childhood*, 98(6), 397-400. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2012-303578>
- Wiik, K. L., Loman, M. M., Van Ryzin, M. J., Armstrong, J. M., Essex, M. J., Pollak, S. D., & Gunnar, M. R. (2011). Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 56-63. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02294.x>
- Zeanah, C. H., Nelson, C. A., Fox, N. A., Smyke, A. T., Marshall, P., Parker, S. W., & Koga, S. (2003). Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project. *Development and psychopathology*, 15(4), 885-907. <https://doi.org/10.1017/S0954579403000452>
- Zelazo, P. D., & Müller, U. (2011). *Executive function in typical and atypical development*. In U. Goswami (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (p. 574–603). Wiley-Blackwell.

