



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

O papel do suporte social na saúde mental de crianças e
jovens em acolhimento residencial

Sofia Silva Ferreira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Doutora Eunice Vieira Magalhães, Professora Auxiliar Convidada,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

setembro, 2017



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

O papel do suporte social na saúde mental de crianças e
jovens em acolhimento residencial

Sofia Silva Ferreira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Doutora Eunice Vieira Magalhães, Professora Auxiliar Convidada,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

setembro, 2017

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho e do meu percurso em Psicologia deve-se, em grande parte, ao suporte disponibilizado por diversas pessoas. A todos quero manifestar a minha gratidão.

À Professora Doutora Eunice Magalhães pela disponibilidade, dedicação e motivação que sempre incutiu.

Ao Doutor João Graça pelo auxílio e disponibilidade.

Aos meus pais, António e Estrela, pelo suporte incondicional. Pela confiança que depositam em mim. Pela presença quando a distância se fazia sentir. Eu não seria a pessoa que sou hoje sem o vosso exemplo.

Aos meus avós, Manuel e Aldina, pela ternura que se mantém desde a infância. Pelas palavras repletas de orgulho.

À madrinha, por toda a atenção, pela presença.

Ao Pedro, por tudo. Por em momento algum deixar de acreditar. Pelas palavras repletas de amor nos melhores e nos mais desafiantes momentos.

Ao Tiago, pela positividade, por todo o apoio.

À Carolina, pela partilha de emoções, pela força e presença constante.

O meu maior agradecimento.

Resumo

A literatura acerca do suporte social de jovens em acolhimento residencial parece ainda dispersa, pouco estruturada e organizada. Neste sentido, e para dar resposta a este problema, foi realizada uma revisão sistemática de literatura (estudo 1), com o objetivo de rever, analisar, descrever e discutir criticamente os resultados do papel do suporte social na saúde mental de crianças/jovens em acolhimento. Foram incluídos 6 estudos na análise com base nos critérios de inclusão previamente definidos. No geral, os resultados evidenciam o papel importante do suporte social na saúde mental, com níveis elevados de suporte social a estarem associados a níveis mais reduzidos de problemas emocionais e comportamentais.

Atendendo ao conjunto de problemas identificados na revisão sistemática de literatura, foi desenvolvido um segundo estudo, empírico e de natureza qualitativa, com o objetivo de avaliar as representações e significados dos jovens acerca do suporte social, a partir de uma abordagem multidimensional e guiada teoricamente (Tardy, 1985) e o impacto percebido do suporte social na psicopatologia e no bem-estar. A amostra é constituída por 29 jovens em acolhimento residencial (76% do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos. Os dados foram recolhidos com recurso a uma entrevista semiestruturada. Na generalidade, os jovens identificam fontes de suporte social significativas (i.e., pares, contexto residencial e familiar) e percecionam-se como fontes disponíveis e provedores efetivos de suporte social. Além disso, verifica-se a importância do suporte social enquanto fator potenciador de um funcionamento psicológico positivo e minimizador de problemas de funcionamento.

Palavras-chave: Suporte social; Saúde mental; Acolhimento residencial; Crianças/jovens

Domínio Científico (APA):

2900 Social Processes & Social Issues

2956 Childrearing & Child Care

3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness

Abstract

The literature focused on social support of young people in residential care still seems scattered, unstructured and unorganized. To address this problem, a systematic literature review was performed (study 1) in order to review, analyze, describe and critically discuss the results on the role of social support in mental health of child/youth in care. Six studies were included in the analysis, based on previously defined inclusion criteria. Overall, the results suggest the important role of social support in mental health, with higher levels of social support being associated with lower levels of emotional and behavioral problems.

Considering the research problems identified in the systematic literature review, a second study, empirical and qualitative, was developed in order to evaluate the youth's representations and meanings of social support, from a multidimensional and theoretical-oriented approach (Tardy, 1985) as well as the impact of social support on psychopathology and well-being. The sample is composed by 29 young people in residential care (76% male), aged from 12 to 19 years old. Data was collected with a semi-structured interview. Overall, young people identified meaningful sources of social support (peers, residential care and family context), considering also themselves as available sources and providers of social support. Besides, social support was identified as an enhancer of positive psychological functioning and a minimizer of functioning problems.

Keywords: Social support; Mental health; Residential care; Children/young people

Scientific Field (APA):

2900 Social Processes & Social Issues

2956 Childrearing & Child Care

3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I. ACOLHIMENTO RESIDENCIAL: ENQUADRAMENTO SOCIAL E LEGAL	3
CAPÍTULO II. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....	9
1. Suporte Social: da concetualização ao impacto na saúde mental	9
2. Suporte social, saúde mental e acolhimento residencial: dos resultados da literatura à definição do problema de investigação	12
3. Problemas de Investigação e Objetivos	14
4. Método	15
4.1. Fontes de informação e estratégia de pesquisa.....	15
4.2. Critérios de inclusão e exclusão.	15
4.3. Seleção dos estudos e extração dos dados.....	16
5. Resultados	16
5.1. Seleção de estudos.....	16
5.2. Caraterísticas dos estudos revistos.	17
5.3. Suporte social	18
5.3.1. Medidas e dimensões.....	18
5.3.2. Caraterização do suporte social.	18
5.4. Saúde mental.	23
5.4.1. Medidas e dimensões.....	23
5.4.2. Caraterização da saúde mental.....	23
5.5. Relação entre suporte social e saúde mental.	24
6. Discussão	27
7. Conclusão: das implicações para a prática às orientações para a investigação	30

CAPÍTULO III. SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA	35
1. Problemas de Investigação e Objetivos	35
2. Método.....	35
2.1. Participantes.....	35
2.2. Instrumentos.....	39
2.2.1. Entrevista semiestruturada.....	39
2.2.2. Questionário sociodemográfico de caracterização dos jovens em acolhimento.	41
2.2.3. Grelha de caracterização das casas de acolhimento.	41
2.3. Procedimentos de recolha e análise de dados.	41
3. Resultados	42
4. Discussão	46
5. Conclusão: das implicações para a prática às orientações para a investigação	49
CONCLUSÃO GERAL	53
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS.....	61

Índice de quadros

Quadro 2.1. Caracterização dos estudos revistos, das dimensões do suporte social avaliadas e da sua caracterização	20
Quadro 2.2. Caracterização das dimensões de saúde mental e da relação entre suporte social e saúde mental	25
Quadro 3.1. Características sociodemográficas dos participantes	37
Quadro 3.2. Estrutura do guião de entrevista	39

Índice de figuras

Figura 2.1. Diagrama de pesquisa (baseado no PRISMA; Liberati et al., 2009)	17
---	----

Índice de anexos

Anexo A: Questionário Sociodemográfico	62
Anexo B: Grelha de Caracterização da Casa de Acolhimento.....	64
Anexo C: Consentimento Informado	65

INTRODUÇÃO

A literatura centrada na saúde mental dos jovens em acolhimento residencial evidencia a vulnerabilidade desta população, caracterizada por apresentar mais problemas emocionais e comportamentais, comparativamente com as crianças e jovens que residem em contextos desenvolvimentais normativos (e.g., Connor, Doerfler, Toscano, Volungis & Steingard, 2004). De facto, a literatura demonstra que estas crianças e jovens tendem a experienciar mais situações stressantes e potencialmente traumáticas (Franz, 2004). Efetivamente, é nestas situações de maior stress e vulnerabilidade que o suporte social percebido exerce um papel importante no funcionamento psicológico dos jovens (Degner et al., 2014). Assim, o suporte social surge documentado como um importante fator protetor (e.g., Martín & Dávila, 2008; Soldevila, Peregrino, Oriol & Filella, 2013) para auxiliar os jovens a lidar de forma mais eficaz com os seus problemas/desafios (Bravo & Del Valle, 2003; Soldevila et al., 2013).

Se, por um lado, é evidente a importância do suporte social na saúde mental das crianças e jovens em acolhimento residencial, por outro a literatura no domínio do suporte social destas crianças e jovens parece dispersa e pouco sistematizada. Neste sentido, na presente dissertação procuramos a) compreender e sistematizar a evidência empírica no domínio do suporte social da população em acolhimento residencial, e b) dar resposta aos problemas de investigação identificados, de modo a organizar um conjunto de implicações para o contexto da prática profissional e de investigação.

No sentido de responder a estes objetivos, a presente dissertação está organizada em diferentes capítulos. O primeiro capítulo centra-se no enquadramento social e legal do acolhimento residencial em Portugal, proporcionando um conhecimento integrativo do sistema de acolhimento no contexto português.

O segundo capítulo refere-se à revisão sistemática de literatura, providenciando não só um enquadramento teórico que remete para a conceitualização do suporte social e da saúde mental, bem como os resultados dos estudos da revisão sistemática, analisados ao nível da caracterização do suporte social e da saúde mental das crianças e jovens em acolhimento residencial e da relação existente entre o suporte social e a saúde mental. Finalmente, é apresentada uma discussão crítica

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

dos resultados encontrados, bem como uma conclusão onde são apontadas implicações para o contexto de investigação e para a prática profissional.

Atendendo aos problemas identificados na revisão sistemática de literatura surge o capítulo 3 onde descrevemos o segundo estudo, empírico, a partir de uma abordagem qualitativa, através do qual exploramos o papel do suporte social na saúde mental de jovens em acolhimento residencial. Neste capítulo é apresentado o problema de investigação e os objetivos que nortearam a sua realização, bem como a descrição do método, nomeadamente a caracterização da amostra analisada, os instrumentos de medida utilizados e os procedimentos adotados na recolha e análise dos dados. Além disso, são descritos os resultados, que são discutidos à luz da evidência empírica já existente. Por fim, são reforçadas e providenciadas implicações a ter em consideração na prática profissional e na investigação futura.

I. ACOLHIMENTO RESIDENCIAL: ENQUADRAMENTO SOCIAL E LEGAL

O contexto de acolhimento residencial em Portugal tem vindo a sofrer alterações progressivas ao longo das últimas três décadas. Nos anos 80, o acolhimento residencial caracterizava-se por instituições de grandes dimensões, um número muito reduzido de técnicos especializados e por funcionar com o intuito de satisfazer as necessidades básicas das crianças e jovens (e.g., alimentação, higiene, saúde). Estas características do acolhimento refletiam assim o seu caráter iminentemente institucional (Rodrigues, Barbosa-Ducharne & Del Valle, 2013).

Nos anos 90, a ratificação da Convenção dos Direitos da Criança por Portugal confere à intervenção no âmbito da promoção e proteção de crianças e jovens a necessidade de se considerar o superior interesse da criança em todas as decisões que lhe dizem respeito. Nesta altura, o acolhimento residencial passa a ser percecionado enquanto medida de proteção de crianças e jovens em perigo (Rodrigues et al., 2013). Efetivamente, em 1999 é publicada a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo – LPCJP (Decreto de Lei n.º 147/99 de 1 de setembro da Assembleia da República, 1999), com o intuito de formalizar a intervenção nesta área, nomeadamente, legislando-se sobre as medidas de proteção, que previam uma intervenção em meio natural de vida mas também de colocação: acolhimento familiar e institucional. Neste sentido, segundo o Decreto de Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, o acolhimento familiar era definido como a “(...) atribuição da confiança da criança ou do jovem a uma pessoa singular ou a uma família, habilitadas para o efeito (...)” com o intuito de a integrar num meio familiar e proporcionando-lhe os cuidados apropriados ao seu bem-estar e necessidades, tendo também em consideração uma educação que promova o seu desenvolvimento. O acolhimento institucional era definido, de acordo com a lei, como envolvendo a “(...) colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades (...)”, procurando desenvolver e/ou promover condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento.

A LPCJP previa, assim, que o acolhimento em instituição em Portugal se organizasse fundamentalmente em duas respostas: Lares de Infância e Juventude (LIJ), nos casos em que se prevê uma situação de acolhimento superior a seis meses e Centros de acolhimento temporário

(CAT), onde o tempo máximo de acolhimento previsto é de seis meses. Importa salientar que, de acordo com a legislação, este prazo máximo de seis meses poderia ser prorrogado com razões justificáveis (e.g., diagnóstico da situação e decisão da medida mais adequada à criança/jovem). No entanto, teoricamente assume-se que a medida de acolhimento em instituição não deve ser uma resposta exclusiva de intervenção, devendo existir uma significativa articulação entre diferentes entidades e serviços, com níveis de intensidade distintos de intervenção, consoante as necessidades específicas de cada criança e jovem (Martins, 2005). Do mesmo modo, começa a verificar-se progressivamente uma maior supervisão por parte do Instituto de Segurança Social face às instituições de acolhimento (Rodrigues et al., 2013).

Neste sentido, e enquadrado neste papel de maior supervisão do Instituto de Segurança Social, surge o Plano DOM – Desafios, Oportunidades e Mudança, lançado em 2007, com o objetivo de qualificar a rede de Lares de Infância e Juventude. A implementação do plano DOM contribuiu para a inserção progressiva de profissionais especializados no contexto residencial, permitindo uma mudança progressiva de contextos fundamentalmente institucionais para a disseminação de um modelo familiar de acolhimento. Neste sentido, o modelo institucional dos anos 80 começa, progressivamente, a dar lugar a um modelo de intervenção mais centrado nas necessidades específicas de cada jovem e no seu funcionamento social e emocional, ainda que tal caracterize apenas uma parte da rede de acolhimento em Portugal (Rodrigues et al., 2013). O Plano DOM viria mais tarde a dar origem ao Plano SERE + (Sensibilizar, Envolver, Renovar, Esperança, MAIS), cujo principal objetivo passa por dar continuidade aos objetivos anteriormente definidos ao nível da especialização da rede de Lares de infância e juventude, de modo a que haja uma melhoria continuada na promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens em acolhimento, com vista à sua desinstitucionalização (Carvalho, 2013).

Esta progressiva preocupação nacional e internacional com o sistema de promoção e proteção de crianças e jovens em Portugal, e especificamente, com o facto de o sistema de acolhimento no contexto português ser fundamentalmente centrado no acolhimento em instituição, conduziria a uma alteração significativa à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo em 2015 (Decreto Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro da Assembleia da República, 2015). De acordo com esta última alteração, a medida de acolhimento em instituição passaria a designar-se de acolhimento residencial definindo-se, no artigo 49º, pela “(...) colocação da criança ou

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

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.” (Decreto Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro da Assembleia da República, 2015). Esta medida apresenta como finalidade a produção de condições que satisfaçam as diversas necessidades das crianças e jovens acolhidos (i.e., físicas, psíquicas, emocionais e sociais), atuando de acordo com os seus direitos, promovendo a integração segura no contexto social e familiar e contribuindo para a sua educação, bem-estar e desenvolvimento.

De acordo com o artigo 50º da LPCJP (Decreto Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro da Assembleia da República, 2015), o acolhimento residencial ocorre em casa de acolhimento e orienta-se de acordo com modelos de intervenção socioeducativos que respeitam as necessidades e especificidades das crianças e jovens. O acolhimento residencial pode organizar-se de acordo com unidades especializadas, nomeadamente, “casas de acolhimento para resposta em situações de emergência, casas de acolhimento para resposta a problemáticas específicas e necessidades de intervenção educativa e terapêutica (...) e apartamentos de autonomização” (Decreto Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro da Assembleia da República, 2015).

No que concerne às modalidades de integração, e de acordo com o artigo 51º da LPCJP, a medida de acolhimento residencial pode ser planeada ou urgente. A integração planeada “(...) pressupõe a preparação da integração na casa de acolhimento, mediante troca de informação relevante para a entidade que aplica a medida, a entidade responsável pela gestão das vagas em acolhimento e a instituição responsável pelo acolhimento (...)” (Decreto Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro da Assembleia da República, 2015). Segundo o artigo 51º e 5º, alínea c) a integração urgente ocorre quando a criança ou o jovem estão perante situações de perigo atual ou iminente para a sua vida ou comprometimento da integridade física ou psíquica, que requerem proteção imediata. Nestas situações, a criança e/ou o jovem são acolhidos numa casa de acolhimento de emergência, mediante a atuação da entidade gestora das vagas em acolhimento.

As crianças e jovens em acolhimento beneficiam de uma série de direitos, contemplados no artigo 58º da LPCJP (Decreto Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro da Assembleia da República, 2015), nomeadamente, a) manter contactos com familiares e com pessoas significativas, com privacidade e frequentemente, caso não haja limitações impostas; b) ter acesso a cuidados de saúde, formação escolar e profissional e beneficiar de atividades culturais, desportivas e lúdicas e

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

de uma educação que promova o seu desenvolvimento integral; c) usufruir de autonomia e privacidade adequados à sua idade e situação, no que diz respeito à sua vida pessoal; d) ser ouvido e participar ativamente nos assuntos que lhe dizem respeito, mediante o seu grau de discernimento; e) receber dinheiro; f) inviolabilidade da correspondência; g) não ser transferido, à exceção se for do seu superior interesse; h) ter contatos com a comissão de proteção, o Ministério Público, o juiz e o seu advogado, beneficiando de confidencialidade; i) ser acolhido numa casa de acolhimento próxima da sua residência familiar, social e de origem e j) não ser separado de outros irmãos acolhidos, à exceção se não for do seu superior interesse. Os direitos referidos nas alíneas d), g), i) e j) foram adicionados pelo Decreto de Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro, o que demonstra uma preocupação pela continuidade das relações significativas (e.g., acolhimento próximo da residência familiar, não separar irmãos acolhidos) e pelo envolvimento e participação do jovem nas decisões que lhe dizem respeito. Assim, é possível constatar que esta alteração pressupõe um papel mais ativo por parte da criança e do jovem e uma consideração das várias vertentes da sua vida (i.e., pessoal, familiar, social).

Se o quadro legal do acolhimento residencial em Portugal tem sofrido alterações progressivas ao longo das últimas décadas como pudemos verificar, também as características da população acolhida têm sofrido algumas alterações ao longo do tempo. De acordo com o relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens – CASA (ISS, 2016), o escalão etário mais representativo do acolhimento é dos 15-17 anos (35.4%), seguido dos 12-14 anos (20.2%) e dos 18-20 anos (13.4%). Por sua vez, os escalões etários com menor incidência são dos 4-5 anos (4.1%), dos 10-11 anos (7.9%), dos 0-3 anos (8.7%) e dos 6-9 anos (10.3%). Assim, é possível verificar uma tendência para o acolhimento de adolescentes, representando 55.6%, o que indica que mais de metade dos sujeitos acolhidos estão na fase da adolescência. Em relação às características particulares evidenciadas pelas crianças e jovens, constata-se problemas de comportamento, toxicodependência, problemas de saúde mental, debilidade e deficiência mental, deficiência e doença física e consumo pontual de estupefacientes, o que não implica ausência de dependências grave. Importa salientar que, no ano de 2015, registou-se um aumento destas problemáticas face ao ano de 2014, sendo os problemas de oposição e/ou de comportamento os mais destacados (48%) das situações apresentadas. As três situações de perigo que mais conduziram à medida de acolhimento foram: a falta de supervisão e acompanhamento familiar (i.e., situações onde a criança permanece sozinha, a seu próprio cargo ou com irmãos

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

também crianças por períodos de tempo prolongados), a exposição a modelos parentais desviantes e a negligência a nível dos cuidados de educação e de saúde. No que concerne à escolaridade, a maioria das crianças e jovens em acolhimento encontram-se na escolaridade obrigatória, sendo que a relação entre a idade e o nível de ensino demonstram uma alta taxa de insucesso escolar.

Em suma, se nos anos 80, o acolhimento de natureza institucional se baseava essencialmente no princípio da satisfação das necessidades básicas das crianças e jovens em acolhimento, as alterações legislativas progressivas, assim como a mudança sistemática das características da população acolhida (e.g., problemas de saúde mental) tem caracterizado os últimos anos no sistema de acolhimento português. Neste sentido, as mais recentes alterações legislativas refletem estas mudanças, envolvendo assim a definição de medidas de acolhimento diferenciadas (e.g., emergência, intervenção terapêutica, autonomização) em função das necessidades e especificidades das crianças e jovens.

II. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA¹

1. Suporte Social: da conceitualização ao impacto na saúde mental

Múltiplas definições e operacionalizações do constructo de suporte social têm vindo a ser providenciadas na literatura. Genericamente, este pode ser definido como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, que nos valorizam e gostam de nós.” (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983, p.127). Para dar resposta à complexidade associada às múltiplas definições, Tardy (1985) propôs um modelo organizado em cinco elementos centrais do suporte social: direção, disposição, descrição/avaliação, conteúdo e rede. A Direção corresponde à noção de que o suporte social pode ser providenciado e/ou recebido. A Disposição diz respeito à disponibilidade do suporte social, em termos de quantidade ou qualidade versus a utilização efetiva do suporte. Segundo Demaray e Malecki (2014), existem situações em que a disponibilidade do suporte social é benéfica, mesmo que o indivíduo não o utilize efetivamente (e.g., saber que um professor está disponível para apoiar o estudante, mesmo que este não precise de vir a utilizar este tipo de suporte). Por outro lado, o suporte social disponível pode não ser suficiente, sendo necessário que o indivíduo beneficie da sua utilização efetiva.

A Descrição/Avaliação consiste na descrição e avaliação do suporte social, nomeadamente no que diz respeito à satisfação do indivíduo com o suporte social (Tardy, 1985). O Conteúdo diz respeito ao tipo de conteúdo envolvido no suporte social, nomeadamente, emocional, instrumental, informacional e avaliativo. O suporte emocional caracteriza-se por aspetos como a confiança, empatia, amor, disponibilidade por parte de alguém em ouvir e providenciar sentimentos de aceitação quando a outra pessoa está a experienciar dificuldades. O suporte instrumental refere-se ao apoio de carácter mais prático (e.g., empréstimo de dinheiro, ajuda nas tarefas domésticas, disponibilização de transportes). O suporte informacional envolve conselhos, disponibilização de informação que possa auxiliar na definição, compreensão e nas estratégias de *coping* com vista à resolução de problemas (e.g., facultar informação acerca de recursos comunitários disponíveis). O suporte avaliativo envolve providenciar *feedback* ao indivíduo

¹ O presente capítulo encontra-se em processo de revisão para publicação no quinto volume do livro *Crianças em risco e perigo contextos, investigação e intervenção*

(House, 1981; Tardy, 1985; Wills & Shinar, 2000). Estas diferentes dimensões do suporte social surgem na literatura apresentando um conjunto de benefícios teóricos. Segundo Wills e Shinar (2000), o suporte emocional apresenta como benefícios a modificação da avaliação de ameaça dos eventos de vida, o incremento da autoestima, a redução de ansiedade e depressão e potencia a adoção de estratégias de *coping* adaptativas. O suporte instrumental, por sua vez, contribui para a resolução de problemas práticos e de rotina, permitindo maior disponibilidade de tempo para a adoção de estratégias de *coping* adequadas às exigências. O suporte informacional permite um aumento da quantidade de informações disponíveis para o indivíduo que lhe poderão ser úteis e a obtenção de serviços necessários e o suporte avaliativo potencia a aceitação de sentimentos e fornece comparações favoráveis (Wills & Shinar, 2000).

Por fim, a Rede refere-se às fontes de suporte, que poderão ser os pais, professores, vizinhos, colegas de turma, amigos, familiares, cônjuge, colegas de trabalho, profissionais, entre outros (Demaray & Malecki, 2014; Ornelas, 1994). As fontes de suporte podem ser concebidas como sendo de caráter formal ou informal. De acordo com Froland, Pancoast, Chapman e Kimboko (1981), o suporte formal envolve os serviços profissionais, a qualidade de suporte providenciado por organizações governamentais ou não governamentais, que funcionam de acordo com regras formais de procedimentos e de especialização (e.g., hospitais, serviços de saúde, psicólogos, assistentes sociais). O suporte informal diz respeito às fontes de suporte que podem incluir membros como a família, amigos ou vizinhos. Apesar de a Rede ser considerada por Tardy (1985) como um aspeto do suporte social de um indivíduo, outros autores consideram que os conceitos de suporte social e rede social são distintos (Holt-Lunstad & Uchino, 2015). Segundo esta perspetiva, o suporte social é considerado um aspeto funcional das relações sociais (e.g., emocional, instrumental, avaliativo, informacional), sendo por sua vez, a rede social um aspeto estrutural destas relações, que envolve as conexões existentes entre indivíduos, e é avaliada tipicamente em termos de densidade, tamanho ou número social de contatos (Holt-Lunstad & Uchino, 2015; Ornelas, 1994). Dada a complexidade e diversidade ao nível da concetualização do suporte social, e para melhor orientar o leitor, no presente trabalho posicionamo-nos teoricamente de acordo com a organização concetual dos elementos do suporte social proposta por Tardy (1985).

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

Não obstante a diversidade de posicionamentos teóricos acerca do suporte social, o seu papel na saúde física e mental tem sido alvo de uma ampla evidência na literatura (Demaray & Malecki, 2014; Veiel, 1985; Wang, Wu & Liu, 2003). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se por saúde mental um estado de bem-estar em que cada indivíduo reconhece o seu potencial, consegue lidar com os acontecimentos de vida stressantes, trabalha de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade (WHO, 2001). Assim, o conceito de saúde não se limita à ausência de doença, mas envolve também o desenvolvimento do potencial humano e o seu bem-estar. Neste sentido, a literatura tem sugerido que o suporte social apresenta um papel positivo e significativo na saúde mental, sendo que, níveis superiores de suporte social estão associados a níveis mais reduzidos de depressão, de sintomas físicos e psicológicos e níveis mais elevados de bem-estar, qualidade de vida e ajustamento psicossocial (Cohen & Wills, 1985; Wang et al., 2003).

Especificamente, a literatura na infância e adolescência tem evidenciado também o papel positivo do suporte social na redução de problemas de internalização e externalização (Demaray & Malecki, 2014; Ritakallio, Luukkaala, Marttunen, Pelkonen & Kaltiala-Heino, 2010; Weber, Puskar & Ren, 2010). No entanto, importa referir que as relações das crianças e adolescentes com as suas fontes de suporte diferem das relações entre adultos, podendo a associação entre o suporte social e a saúde mental ser, assim, distinta (Hartup, 1989). Com efeito, se as relações das crianças e adolescentes com as suas fontes de suporte tendem a ocorrer na vertical (e.g., pais, professores), à exceção do suporte pelos pares, as dos adultos tendem a acontecer fundamentalmente na horizontal (Chu, Saucier & Hafner, 2010). As relações verticais caracterizam-se pela distribuição desigual de poder ou de autoridade, bem como pela existência de interações complementares e assimétricas (Kochanska, 1992), sendo que, por sua vez, as relações horizontais envolvem conceitos de igualdade, cooperação, simetria, justiça e colaboração (Russel, Pettit & Mize, 1998). Além disso, se estas especificidades do ponto de vista concetual e empírico se colocam na investigação com crianças e adolescentes da população geral (Chu et al., 2010), considerando o contexto de acolhimento residencial, os desafios ao nível da investigação e prática sobre suporte social são, ainda, mais evidentes. Com efeito, a vulnerabilidade acrescida destas crianças e jovens, assim como os desafios do ponto de vista da sua proteção e promoção dos seus direitos sugerem a necessidade de atender de forma particular à promoção de fatores protetores ao seu desenvolvimento e saúde mental, como é o caso do suporte social.

2. Suporte social, saúde mental e acolhimento residencial: dos resultados da literatura à definição do problema de investigação

As crianças e jovens em acolhimento residencial, decorrente do conjunto de fatores de risco e vulnerabilidade que caracteriza o seu percurso desenvolvimental (e.g., problemas familiares, retirada e conseqüente acolhimento), são consideradas um grupo particularmente vulnerável do ponto de vista psicossocial (Bravo & Del Valle, 2003; Magalhães et al., 2016; Martín & Dávila, 2008). A própria separação e integração numa casa de acolhimento, bem como a saída e a adaptação a novas circunstâncias (e.g., retorno à sua família de origem, um novo percurso com vista a uma vida independente ou o envolvimento numa nova família) são desafios que este grupo de crianças e jovens tem que enfrentar (Bravo & Del Valle, 2003). Neste sentido, e atendendo a todos estes desafios acrescidos, uma rede de suporte social adequada e um envolvimento emocional significativo tornam-se fundamentais para ajudar as crianças e jovens a lidar de forma mais eficaz com estas dificuldades (Bravo & Del Valle, 2003; Soldevila et al., 2013).

Não obstante, se há evidência de que os jovens em acolhimento residencial parecem apresentar níveis de suporte social percebido inferior aos das crianças e jovens em contextos de desenvolvimento normativos (Bravo & Del Valle, 2003), sabemos também que as relações estabelecidas entre as crianças/jovens em acolhimento e os adultos ou pares no contexto residencial podem constituir-se como importantes fatores de proteção (Martín & Dávila, 2008; Soldevila et al., 2013). Efetivamente, o suporte percebido no contexto residencial associado a uma elevada pontuação na satisfação com a vida, poderá sugerir o papel importante do contexto residencial enquanto fonte de suporte potenciadora de um desenvolvimento adaptativos e níveis superiores de bem-estar (Siqueira & Dell'Aglio, 2010).

De facto, a investigação tem sugerido que, as fontes de suporte nesta população emergem quer no contexto familiar quer no residencial (e.g., pares e adultos) (Bravo & del Valle, 2003; Martín & Dávila, 2008; Siqueira & Dell'Aglio, 2010; Siqueira, Tubino, Schwarz, Dalbosco & Dell'Aglio, 2009). Especificamente, diferentes dimensões de suporte parecem emergir em função da fonte. Se nas dimensões confiança (i.e., suporte emocional) e ajuda (i.e., suporte instrumental)

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

os adultos do contexto familiar (e.g., mãe) e residencial (e.g., educador) são os mais mencionados, na dimensão afetividade (i.e., sentimentos de vinculação) o contexto familiar (e.g., avós, irmãos, pai, mãe) parece prevalecer (Bravo & del Valle, 2003; Martín & Dávila, 2008). Importa salientar que, se por um lado, estas crianças e jovens parecem perceber a família (i.e., pai, mãe, irmãos e outros familiares) como fontes mais pobres de suporte instrumental (Bravo & del Valle, 2003; Parente, Mendes, Teixeira & Martins, 2014), por outro lado, é também possível verificar a importância atribuída ao contexto familiar, nomeadamente, ao papel das relações próximas e de qualidade entre as crianças e os jovens em acolhimento e as suas famílias (Siqueira & Dell'Aglio, 2010; Siqueira et al., 2009). Do mesmo modo, se há estudos que sugerem a importância do suporte dos pares do ponto de vista emocional (Bravo & del Valle, 2003; Parente et al., 2014), atendendo a que partilham histórias de vida similares e funcionando como potenciadores de sentimentos de pertença (Emond, 2003), outros verificam que os pares no contexto escolar e residencial não são a fonte de suporte emocional mais importante para os jovens em acolhimento (e.g., Martín & Dávila, 2008).

A literatura evidencia que o suporte social percebido pelos jovens em acolhimento é uma dimensão fundamental do seu funcionamento, sobretudo em situações de maior stress e vulnerabilidade (Degner et al., 2014), sendo as dimensões reciprocidade e confiança as que emergem como decisivas nestas relações de suporte (Degner et al., 2010; Degner et al., 2014). Assim, explorar o papel do suporte social na saúde mental de jovens em acolhimento residencial assume-se fundamental, uma vez que, a literatura tem evidenciado que estes revelam problemas de saúde mental significativos (Schmid, Goldbeck, Nuetzel & Fegert, 2008), nomeadamente, quando comparados com as crianças e jovens que residem com as suas famílias ou na comunidade (Connor et al., 2004).

Os problemas de saúde mental identificados, de forma consistente, são os problemas de internalização e externalização, nomeadamente, depressão e ansiedade (Connor et al., 2004; Schmid et al., 2008), e perturbações disruptivas do comportamento (i.e., perturbação de conduta, perturbação de conduta e hiperatividade, perturbação de hiperatividade e défice de atenção) (Connor et al., 2004; Schmid et al., 2008). Efetivamente, estas crianças e jovens tendem a experienciar um maior número de eventos de vida stressantes e potencialmente traumáticos, comparativamente com os que residem com as suas famílias (Franz, 2004), o que poderá

contribuir para estes resultados desenvolvimentais. Estes problemas de saúde mental parecem ser também explicados por fatores individuais, contextuais e desenvolvimentais, nomeadamente, a idade da primeira admissão na casa de acolhimento, o motivo de admissão em acolhimento residencial devido a situação de abuso, a ausência de competências sociais ou de resolução de problemas, a ausência de cuidadores de suporte e a existência de problemas na qualidade dos contatos com a família biológica (Attar-Schwartz, 2008; Erol, Simsek, & Münir, 2010; Simsek, Erol, Öztop & Münir, 2007).

Em suma, se a literatura parece evidenciar o papel positivo do suporte social na saúde mental dos jovens em acolhimento, também sugere a sua vulnerabilidade acrescida em termos psicossociais (e.g., exclusão social, problemas de saúde mental, dificuldades académicas). No entanto, a literatura ao nível do suporte social com esta população parece ainda dispersa, pouco sistematizada e integrada, dificultando assim a possibilidade de estruturar orientações para a prática neste contexto baseadas em evidência sistematizada. Neste sentido, uma melhor e mais organizada compreensão do papel do suporte social na saúde mental das crianças e jovens em acolhimento é fundamental, sobretudo considerando a necessidade de desenvolver esforços articulados, entre a academia e a prática profissional, centrados nas necessidades das crianças e jovens.

3. Problemas de Investigação e Objetivos

Decorrente das experiências prévias à colocação em acolhimento assim como dos desafios inerentes à própria experiência de acolhimento, a saúde mental das crianças e jovens em acolhimento residencial caracteriza-se por dificuldades emocionais e comportamentais significativas (Schmid et al., 2008). Não obstante a ampla evidência nacional e internacional acerca da vulnerabilidade psicossocial desta população (Bravo & Del Valle, 2003; Magalhães, Calheiros & Costa, 2016), importa também atender ao papel de fatores protetores para o seu funcionamento psicológico, nomeadamente, o papel do suporte social. Assim, atendendo a que a literatura acerca do suporte social de jovens em acolhimento residencial parece ainda dispersa, pouco estruturada e organizada, na presente revisão de literatura tentaremos apresentar e discutir a evidência centrada na relação entre suporte social e saúde mental em crianças/jovens em acolhimento residencial. Especificamente, pretende-se descrever a literatura existente neste

contexto que permita identificar evidência empírica acerca da relação entre o suporte social e a saúde mental, incluindo quer resultados em termos de dificuldades/problemas (psicopatologia) quer de funcionamento positivo (bem-estar).

4. Método

4.1. Fontes de informação e estratégia de pesquisa.

As bases de dados utilizadas para a presente revisão sistemática de literatura foram a PsycARTICLES, Academic Search Complete, Ebook Collection (EBSCOhost), Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, ERIC, Scopus e Web Of Science, com os seguintes limitadores: a) apenas artigos científicos; b) estarem publicados em revistas académicas com revisão por pares. Estas bases de dados foram selecionadas atendendo a que os trabalhos publicados nesta área de investigação, com populações de risco, tendem a estar disponíveis/agregadas nestes recursos, cumprindo desta forma adequadamente os objetivos da presente revisão. A pesquisa foi realizada com base na combinação de um conjunto de palavras-chave, nomeadamente: (a) Social Support OR Social Support Networks OR Support* Relationships AND (b) Residential Care OR Group Homes OR Out-of-home Care OR Residential Group Care OR Group Home Care OR Orphans AND (c) Mental Health OR Well-being OR Mental Illness NOT (d) Foster Care OR Family Foster Care NOT (e) Elder Care OR Residential Elder Care. Foram ainda incluídos artigos identificados como relevantes nas listas de referências de artigos-chave neste tópico, considerados nesta revisão como identificados a partir de outras fontes (e.g., Bravo & del Valle, 2003; Degner, Henriksen, Ahonen & Oscarsson, 2014; Erol et al., 2010; Soldevila et al., 2013).

4.2. Critérios de inclusão e exclusão.

Os artigos selecionados para a presente revisão sistemática de literatura respeitaram os seguintes critérios de inclusão: a) estudos empíricos (excluindo estudos de caso e revisões de literatura); b) estudos cujas amostras envolviam apenas crianças e adolescentes até aos 18 anos (excluindo estudos com jovens adultos cujas medidas foram todas recolhidas após a saída do contexto de acolhimento); c) estudos com amostras em acolhimento residencial (excluindo os

estudos que envolvem amostras mistas, nomeadamente, crianças e jovens em acolhimento familiar, e em que os autores não diferenciam os resultados em função dos grupos, não permitindo aceder a informação específica sobre o grupo em acolhimento residencial); d) estudos que exploram o papel do suporte social na saúde mental dos jovens em acolhimento residencial (excluindo os que caracterizam e descrevem o suporte social sem explorar a relação com a saúde mental); f) estudos em português, inglês e espanhol.

4.3. Seleção dos estudos e extração dos dados.

A seleção dos estudos foi realizada mediante a Estratégia de Pesquisa PRISMA (Liberati et al., 2009) – *Flow Diagram* (Figura 2.1), que consistiu na inclusão e exclusão dos estudos em função do título, resumo e texto integral. A informação dos estudos selecionados foi extraída considerando, por um lado, as características dos estudos e os aspetos descritivos do suporte social - país, *design*, amostra, instrumentos de medida do suporte social, dimensões de suporte social avaliadas e caracterização do suporte social; por outro lado, foi ainda extraída a informação centrada nos instrumentos de medida da saúde mental, dimensões da saúde mental avaliadas, caracterização da saúde mental, e a relação entre o suporte social e a saúde mental.

5. Resultados

5.1. Seleção de estudos.

Como ilustrado na Figura 2.1, a pesquisa inicial da revisão sistemática forneceu 2259 estudos, tendo sido considerados 8 trabalhos adicionais, provenientes de outras fontes. Depois de eliminados os duplicados, foram considerados 1947 para a análise de título e resumo. Destes, 1921 foram removidos, perfazendo um total de 26 estudos incluídos para leitura do texto integral. Após esta leitura, 20 estudos foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão definidos, ou por não ter sido possível aceder ao texto completo. Por fim, foram selecionados 6 estudos para a síntese qualitativa, publicados entre 2004 e 2015 (Dinisman, Zeira, Sulimani-Aidan & Benbenishty, 2013; Erol, Simsek & Münir, 2010; Fournier, Bridge, Kennedy, Alibhai & Konde-Lule, 2014; Franz, 2004; Gearing, Brewer, Elkins, Ibrahim, MacKenzie & Schwalbe, 2015; Simsek, Erol, Öztop & Münir, 2007) (Figura 2.1).

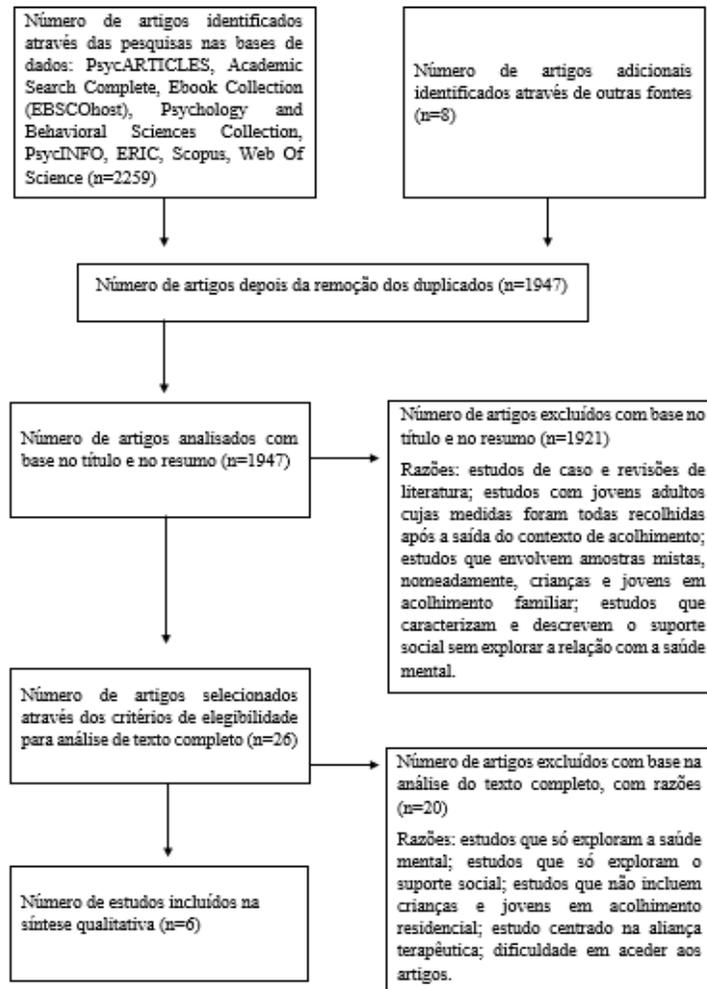


Figura 2.1. Diagrama de pesquisa (baseado no PRISMA; Liberati et al., 2009)

5.2. Características dos estudos revistos.

Analisando os contextos em que os estudos foram desenvolvidos verificamos que, a maioria foi desenvolvido no contexto asiático (67%) (Dinisman et al., 2013; Erol et al., 2010; Gearing et al., 2015; Simsek et al., 2007), havendo um trabalho desenvolvido no contexto africano (Fournier et al., 2014) e outro em contexto europeu (Franz, 2004). Do ponto de vista dos desenhos de investigação utilizados, a maioria apresenta um *design* quantitativo transversal (67%) (Erol et al., 2010; Franz, 2004; Gearing et al., 2015; Simsek et al., 2007), sendo os dois restantes quantitativo longitudinal (Dinisman et al., 2013) e qualitativo transversal (Fournier et al., 2014).

Relativamente às características das amostras, três dos estudos analisados (50%) incluem na sua amostra somente crianças e jovens em acolhimento residencial (Dinisman et al., 2013; Fournier et al., 2014; Gearing et al., 2015) e três dispõem de um grupo de comparação (i.e., crianças e jovens a residir na comunidade) (Erol et al., 2010; Franz, 2004; Simsek et al., 2007). No que se refere à dimensão da amostra, quatro dos estudos apresentam uma amostra superior a 200 participantes (67%) (Dinisman et al., 2013; Erol et al., 2010; Franz, 2004; Simsek et al., 2007) e os restantes dois envolvem uma amostra constituída entre 50-200 participantes (Gearing et al., 2015) e por menos de 50 participantes (Fournier et al., 2014). O intervalo de idades destes participantes compreende a idade mínima de 6 anos e a máxima de 19 anos (Quadro 2.1).

5.3. Suporte social.

5.3.1. Medidas e dimensões.

O suporte social foi medido, na maior parte dos estudos, com recurso a escalas/questionários (83.3%), cujos itens são respondidos com base em escalas de tipo *Likert* (Dinisman et al., 2013; Erol et al., 2010; Gearing et al., 2015; Simsek et al., 2007), tendo sido ainda utilizadas medidas centradas em informação de natureza qualitativa, nomeadamente através de entrevistas em grupo (i.e., grupos focais) com recurso a ferramentas de *photovoice* (Fournier et al., 2014).

No que concerne aos elementos de suporte social, é possível constatar que a maioria dos estudos avalia o suporte percebido pelos participantes (e menos o providenciado), assim como a disponibilidade percebida (e menos a utilização efetiva/suporte recebido). Especificamente, considerando a proposta de Tardy (1985), o elemento mais avaliado é a Rede (e.g., Dinisman et al., 2013), seguido da Avaliação e Conteúdo (e.g., Erol et al., 2010; Fournier et al., 2014) (Quadro 2.1).

5.3.2. Caracterização do suporte social.

Genericamente, os resultados sugerem que as crianças e jovens em acolhimento residencial percebem um suporte social considerado adequado, apesar de haver evidência de

que este parece ser inferior aos que residem em contextos desenvolvimentais normativos, nomeando menos pessoas de suporte disponíveis (Franz, 2004). Além disso, se por um lado, há evidências de que a rede de suporte social das crianças e jovens em acolhimento residencial parece estar confinada à casa de acolhimento (Franz, 2004), e de que um número reduzido de jovens parece mencionar relações familiares positivas (e.g., Fournier et al., 2014); por outro, também se constata a importância atribuída ao contexto familiar, sobretudo no que diz respeito ao papel da figura materna (Dinisman et al., 2013). Especificamente, a relação positiva com a figura materna supera todos os outros tipos de suporte recebidos, nomeadamente, o suporte providenciado pelos pares nas dimensões instrumental, emocional e informacional, as interações positivas e a expressão de afetos pelos pares, bem como pelos profissionais na casa de acolhimento (Dinisman et al., 2013).

No que diz respeito ao papel do contexto de acolhimento residencial, este surge como um contexto de elevada importância para estas crianças e jovens, sendo frequente no seu discurso as relações estabelecidas com os pares e adultos do contexto de acolhimento, percecionando a casa de acolhimento como um ambiente securizante e uma fonte de suporte social significativa, contrariamente ao papel da comunidade, percebida como potencialmente estigmatizante (Fournier et al., 2014). De facto, as relações estabelecidas na casa de acolhimento parecem ser identificadas em maior número, seguidas das relações familiares (Dinisman et al., 2013). Segundo Gearing e colaboradores (2015), um número notável de jovens perceciona um elevado suporte social por parte dos profissionais da casa de acolhimento, sendo esta perceção elevada nos três domínios avaliados no estudo de Dinisman et al. (2013), nomeadamente, ao nível do suporte emocional, informacional e expressão de afetos, mas manifestando-se inferior ao suporte social percecionado pelos pares.

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

Quadro 2.1.

Caraterísticas dos estudos revistos, das dimensões do suporte social avaliadas, e da sua caraterização

Autores	País	Design	Amostra	Idade/Sexo	Instrumentos de suporte social	Dimensões do suporte social avaliadas	Caraterização do suporte social
Dinisman et al. (2013)	Israel	Quantitativo Longitudinal	N=272 jovens em AR n= 272 jovens (Wave 1) n= 234 jovens (Wave 2)	$\bar{x} = 19$ Informação referente ao sexo não disponível.	Versão reduzida do <i>Relationship with Father/Mother Questionnaire</i> -RFMQ (Mayseless & Hai, 1998) <i>The MOS Social Support Survey</i> – MOS (Sherbourne & Stewart, 1991)	Direção (percebido) Disposição (disponibilidade) Conteúdo Rede	- A relação positiva com a mãe supera todos os outros tipos de suporte; - Os jovens reportam um bom suporte social dos pares em todos os domínios avaliados (i.e., instrumental, emocional, informacional expressão de afetos e interações sociais positivas); - O suporte social fornecido pelos profissionais é percebido pelos jovens como elevado nos três domínios avaliados (i.e., emocional, informacional e expressão de afetos), mas inferior ao dos pares; Não há informação disponível.
Erol et al. (2010)	Turquia	Quantitativo Transversal	N= 2256 jovens n= 350 jovens em AR n= 2206 jovens a residir na comunidade	11-18 anos $\bar{x} = 14.6$ Jovens em AR (163 do sexo masculino, 187 do sexo feminino) $\bar{x} = 14.4$ (Jovens a residir na comunidade)	<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> – MSPSS (Zimet, Dahlen, Zimet & Farley, 1988)	Disposição (disponibilidade) Direção (percebido) Avaliação	Não há informação disponível.

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

Fournier et al. (2014)	Uganda	Qualitativo Transversal	N= 13 jovens em AR	12-18 anos (5 do sexo feminino e 8 do sexo masculino)	Entrevista em grupo - <i>Photovoice</i>	Direção (percebido) Conteúdo Rede	- Jovens referem mais vezes no seu discurso as relações com os pares e adultos da casa de acolhimento, do que outras fontes de suporte; - Pares e adultos da casa de acolhimento como fontes de suporte emocional; - Poucos jovens mencionam relações familiares positivas.
Franz (2004)	Croácia	Quantitativo Transversal	N= 463 crianças e jovens n= 263 crianças e jovens em AR n= 200 crianças e jovens a residir com as suas famílias	10 – 14 anos Informação referente ao sexo não disponível.	Não há Informação disponível.	Direção (percebido) Disposição (utilização efetiva) Rede	- As crianças e jovens em AR nomeiam menos pessoas de suporte disponíveis; - A rede de suporte social das crianças e jovens em AR tende a estar confinada à casa de acolhimento;
Gearing et al. (2015)	Jordânia	Quantitativo Transversal	N= 86 crianças e jovens em AR	7-18 anos $\bar{x} = 12.2$ (52% do sexo masculino e 48% do sexo feminino)	<i>The MOS Social Support Survey for Adolescents</i> (Sherbourne & Stewart, 1991) Fidelidade: $\alpha=0.92$ Quatro itens do <i>Perceptions of Care Survey</i> para avaliar o suporte dos cuidadores (Eisen et al., 2002) Fidelidade: $\alpha=0.71$	Disposição (disponibilidade e utilização) Direção (percebido) Rede	Metade dos jovens em acolhimento (n=43) percecionam um elevado suporte social dos profissionais da casa de acolhimento;

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

Simsek et al. (2007)	Turquia	Quantitativo Transversal	N= 2741 n= 405 crianças e jovens em AR n= 2280 crianças e jovens a residir na comunidade	6-18 anos \bar{x} = 11.5 Jovens em AR (163 do sexo masculino, 187 do sexo feminino) \bar{x} = 11.1 Jovens a residir na comunidade	<i>Multidimensional scale of perceived social support</i> – MSPSS (Zimet, Dahlen, Zimet & Farley, 1988), versão adaptada por Eker e Arkar, (1995)	Disposição (disponibilidade) Direção (percebido) Avaliação	Não há informação disponível.
----------------------	---------	-----------------------------	--	---	---	--	-------------------------------

5.4. Saúde mental.

5.4.1. Medidas e dimensões.

A maioria dos estudos aqui revistos recorreram ao modelo multi-axial de Achenbach para avaliar a saúde mental, numa perspetiva focada na psicopatologia, utilizando diferentes fontes de informação – jovens (YSR), cuidadores (CBCL) e/ou professores (TRF) - (Erol et al., 2010; Gearing et al., 2015; Franz, 2004; Simsek et al., 2007). Além disso, foram ainda utilizados instrumentos centrados em dimensões específicas de psicopatologia, como a Perturbação de Stress Pós-Traumático ou a Depressão (e.g., Gearing et al., 2015). No que diz respeito às dimensões de bem-estar foram utilizadas medidas breves/escalas com respostas de tipo *likert* (Dinisman et al., 2013) e entrevistas qualitativas (Fournier et al., 2014). Em suma, é possível verificar que 67% dos estudos revistos (n=4) centram-se na dimensão de psicopatologia (e.g. Erol et al., 2010; Franz, 2004; Gearing et al., 2015; Simsek et al., 2007) e 33% (n=2) no bem-estar (e.g., Dinisman et al., 2013; Fournier et al., 2014) (Quadro 2.2).

5.4.2. Caracterização da saúde mental.

Genericamente, os estudos revistos centrados na dimensão da psicopatologia evidenciam que as crianças e jovens em acolhimento residencial apresentam problemas de saúde mental significativos (Gearing et al., 2015), nomeadamente, mais problemas emocionais (internalização), comportamentais (externalização) e sociais do que os que residem na comunidade (Erol et al., 2010; Franz, 2004; Simsek et al., 2007). Especificamente, há estudos que sugerem níveis mais elevados de problemas na amostra em contexto de acolhimento em todas as subescalas do YSR (e.g., ansiedade/depressão, queixas somáticas, comportamento delinvente e agressivo) comparativamente com jovens na comunidade (Franz, 2004). No entanto, importa também referir que os resultados devem ser analisados à luz da informação obtida através de múltiplas fontes (e.g., YSR e CBCL), na medida em que, é possível verificar que os cuidadores parecem percecionar menos problemas comportamentais, emocionais (Franz, 2004) e globais (Erol et al., 2010) do que os próprios jovens.

Por outro lado, os resultados ao nível do bem-estar, nos estudos aqui analisados, verificaram que na generalidade os jovens reportaram níveis adaptativos/positivos de bem-estar

subjetivo, nomeadamente, em termos de humor positivo e satisfação com a vida (Dinisman et al., 2013).

5.5. Relação entre suporte social e saúde mental.

De acordo com a evidência obtida na presente revisão de literatura, o suporte social constitui-se como um fator protetor face a problemas emocionais e comportamentais em crianças e jovens em acolhimento residencial (Erol et al., 2010; Simsek et al., 2007). Especificamente, o suporte por parte dos profissionais em contexto de acolhimento parece desempenhar um papel essencial não só face aos problemas de comportamento (Erol et al., 2010) como também ao nível do bem-estar psicológico, emocional e social destas crianças e jovens (Fournier et al., 2014). Com efeito, níveis mais elevados de suporte social providenciado pelos profissionais estão associados a níveis mais reduzidos de perturbação pós-stress traumático, depressão, e ideação suicida nas crianças e jovens em acolhimento (Gearing et al., 2015). Do mesmo modo, as relações próximas com os pares apresentam-se como um preditor estatisticamente significativo e negativo para a perturbação pós-stress traumático e depressão, sendo que quanto maior a proximidade da relação, menores os níveis de problemas desta natureza (Gearing et al., 2015). Por outro lado, importa assinalar que os resultados podem variar em função do informante-chave utilizado para descrever a saúde mental dos jovens (Franz, 2004). Se por um lado, quanto maior o suporte social percebido menos dificuldades ao nível da saúde mental reportada pelos jovens, por outro lado, os resultados são contrários quando é considerada a perspetiva dos profissionais (i.e., quanto maior o suporte social percebido pelos jovens níveis mais elevados de problemas de saúde mental) (Franz, 2004).

No que concerne à dimensão de bem-estar, nomeadamente, o bem-estar subjetivo, Dinisman et al. (2013) constataram que o suporte emocional, tangível e informacional dos pares apresentou correlações positivas significativas com a componente afetiva do bem-estar subjetivo dos jovens (e.g., humor positivo e negativo) e com componente cognitiva (i.e., satisfação com a vida). Do mesmo modo, a relação positiva com os pais, a expressão de afetos e interações positivas com os pares, bem como a expressão de afetos pelos profissionais apresentaram correlações positivas significativas com as componentes afetivas e cognitivas do bem-estar subjetivo dos jovens, à exceção da relação positiva com o pai (Quadro 2.2).

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

Quadro 2.2.

Caraterização das dimensões de saúde mental e da relação entre suporte social e saúde mental

Autores	Instrumentos de saúde mental	Dimensões da saúde mental avaliadas	Caraterização da saúde mental	Relação entre suporte social e saúde mental
Dinisman et al. (2013)	<i>Mental Health Inventory - MIH-5</i> (Berwick, Murphy, Goldman, Ware, Barsky & Weinstein, 1991) Versão Israelita do <i>Student's Life Satisfaction Scale</i> (SLSS, Ulman & Tatar, 2001)	Bem-estar subjetivo	- Na generalidade, os jovens reportam níveis adequados de bem-estar subjetivo um ano depois de deixarem a casa de acolhimento; - Os dados sugerem que os jovens apresentam níveis positivos de satisfação com a vida e percecionam o seu humor como positivo.	- O suporte emocional, tangível e informacional dos pares, bem como a expressão de afetos pelos pares e profissionais e a relação positiva com a mãe e os pares apresentam correlações positivas significativas com as componentes afetiva e cognitiva do bem-estar subjetivo.
Erol et al. (2010)	<i>Youth Self Report -YSR</i> (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001) Fidelidade: $\alpha=0.89$ <i>Teacher's Report Form - TRF</i> (Achenbach & Rescorla, 2001) Fidelidade: $\alpha=0.87$ <i>Child Behavior Checklist - CBCL</i> (Achenbach & Rescorla, 2001) Fidelidade: $\alpha=0.87$	Psicopatologia	- Os jovens em AR apresentam níveis mais elevados de problemas de externalização, internalização, sociais, de atenção e de pensamento; - A prevalência de problemas totais no intervalo clínico diferiu consoante as fontes de informação, com os professores e cuidadores/pais a reportar menos problemas quer para o grupo em acolhimento quer para os que não se encontram em acolhimento.	- Ausência de suporte por parte dos cuidadores apresenta-se como um forte preditor de problemas emocionais e comportamentais; - O risco de psicopatologia pode ser mitigado pelo contato com os pais e pela obtenção de suporte social.
Fournier et al. (2014)	Entrevista em grupo - <i>Photovoice</i>	Bem-estar	- O sofrimento experienciado pelos jovens, derivado do estigma e discriminação, apresenta um impacto emocional, psicológico e social no bem-estar dos jovens.	- Os jovens identificam o suporte social dos pares e dos adultos do contexto de acolhimento como um fator protetor do seu bem-estar psicológico, emocional e social.

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

Franz (2004)	<i>Youth Self-Report – YSR</i> (Achenbach 1991) <i>Child Behaviour Check-List – CBCL</i> (Achenbach 1991) Fidelidade: $\alpha=0.95$	Psicopatologia	- Crianças e jovens em AR apresentam níveis estatisticamente mais elevados em todas as subescalas do YSR; - 47% da amostra em AR encontra-se no intervalo clínico da escala de problemas - YSR.	- A relação entre suporte social percebido e os problemas de saúde mental varia consoante as fontes de informação (i.e., nos jovens obtiveram-se correlações negativas e nos cuidadores correlações positivas).
Gearing et al. (2015)	<i>PTSD Index for DSM-IV - UPID</i> (Rodriguez, Steinberg & Pynoos, 1999) <i>Center for Epidemiologic Studies–Depression Scale - CES-D</i> (Radloff, 1977) Fidelidade: $\alpha=0.88$ <i>Child Behavioral Checklist - CBCL</i> (Achenbach & Rescorla, 2001) <i>Youth Self Report –YSR</i> (Achenbach & Rescorla, 2001)	Psicopatologia	- 45% da amostra apresenta um quadro depressivo, 24% Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST), 17% comorbilidade de depressão e PPST;	- As relações próximas com os pares apresentam-se como um preditor estatisticamente significativo para a PPST e a depressão; - Quanto mais elevados os níveis de suporte social fornecidos pelos profissionais em acolhimento, menores os níveis de PPST e ideação suicida.
Simsek et al. (2007)	<i>Teacher Report Form – TRF</i> (Achenbach & Rescorla, 2001) Fidelidade: $\alpha=0.87$	Psicopatologia	- Crianças e jovens em AR com níveis mais elevados de problemas totais, de externalização e internalização.	- Suporte social percebido e o contato regular com pais e familiares atuam como fatores protetores significativos dos problemas totais. - Níveis mais elevados de suporte social estão associados a níveis mais reduzidos de problemas emocionais e comportamentais.

6. Discussão

A literatura centrada no suporte social de jovens em acolhimento residencial parece ainda dispersa, pouco estruturada e integrada, o que dificulta a possibilidade de constituir orientações para a prática, neste contexto, baseadas em evidência sistematizada. Deste modo, a presente revisão sistemática pretendia dar resposta a esta necessidade, descrevendo e discutindo os resultados obtidos nesta área de investigação. De um modo geral, o papel do suporte social na saúde mental de crianças e jovens em acolhimento residencial, descrito nos estudos da presente revisão vão ao encontro da literatura com adolescentes em contextos normativos (e.g., Chu et al., 2010; Demaray & Malecki, 2014; Ritakallio et al., 2010; Weber et al., 2010), demonstrando o papel positivo que o suporte social desempenha na saúde mental das crianças e jovens em acolhimento residencial, com níveis elevados de suporte social percebido a estarem associados a níveis mais reduzidos de problemas emocionais e comportamentais (Erol et al., 2010; Simsek et al., 2007). De facto, os benefícios do suporte social na saúde mental dos indivíduos surgem bem documentados na literatura (Wills & Shinar, 2000), nomeadamente, potenciando a autoestima dos indivíduos, permitindo-lhes uma avaliação menos ameaçadora dos diferentes acontecimentos de vida, ou ainda a adoção de estratégias de *coping* adaptativas (Wills & Shinar, 2000). Do mesmo modo, a presente revisão sistemática permitiu verificar que estas relações de suporte são importantes fatores de proteção ao nível do bem-estar, especificamente, considerando o papel positivo das relações familiares, com os pares e profissionais no contexto de acolhimento residencial ao nível do bem-estar subjetivo dos jovens (Dinisman et al., 2013).

Não obstante, apesar da evidência generalizada acerca da relação positiva entre suporte social e saúde mental, verificámos também nesta revisão alguns dados inconsistentes em função dos informantes-chave (i.e., Franz, 2004). Com efeito, se por um lado, quanto maior o suporte social percebido menos dificuldades ao nível da saúde mental reportada pelos jovens, por outro lado, quanto maior o suporte social percebido pelos jovens, níveis mais elevados de problemas de saúde mental são reportados pelos profissionais. Tal poderá ser explicado pela forma como os profissionais em acolhimento tendem a percecionam os problemas dos jovens, podendo os jovens que percecionam os acontecimentos de vida como mais stressantes e que por essa razão procuram mais suporte ser percebidos pelos profissionais como mais problemáticos, e com maior necessidade de intervenção (Franz, 2004). Além disso, estas diferenças vêm reforçar a

importância de avaliar resultados de funcionamento psicológico a partir de múltiplas fontes, atendendo a que poderão fornecer informações contextualizadas do comportamento das crianças, permitindo uma melhor compreensão do seu funcionamento e resultando num plano de intervenção mais adequado e eficaz (Rocha, Ferrari & Silvaes, 2011).

Para melhor compreender o tipo de estudos aqui revistos importa analisar as opções dos autores ao nível das medidas e os resultados descritivos obtidos especificamente para as dimensões-chave nesta revisão, o suporte social e a saúde mental. Assim, por um lado, verificamos que a maioria dos estudos avaliou os elementos do suporte social relacionados com a rede, avaliação e conteúdo (Tardy, 1985), procurando, assim, aceder ou às diferentes fontes de suporte social, à satisfação com o suporte social relatado (i.e., aspeto avaliativo) ou ao tipo de conteúdo (i.e., emocional, instrumental, avaliativo e informacional) subjacente ao suporte social. No entanto, constitui-se ainda uma necessidade a avaliação do suporte social numa perspetiva holística e complexa, incluindo simultaneamente a multidimensionalidade do suporte social teoricamente descrito na literatura (i.e., avaliação/descrição, conteúdo e rede) (Tardy, 1985). Por outro lado, relativamente à saúde mental das crianças e jovens, a maioria destes estudos centra-se na dimensão da psicopatologia, sendo que as dimensões positivas (i.e., bem-estar) da saúde mental aparecem menos representadas nestes estudos. Esta diferença observada do ponto de vista das dimensões de saúde mental avaliadas nos estudos aqui revistos é consistente com a literatura que explora os resultados de saúde mental em jovens em acolhimento. Com efeito, grande parte dos estudos que exploram a saúde mental de crianças/jovens em acolhimento centra-se nos preditores das perturbações de saúde mental e na sua prevalência (e.g., Attar-Schwartz, 2008; Connor et al., 2004; Schmid et al., 2008), em detrimento de dimensões de funcionamento positivo e desenvolvimento ótimo, sendo esta uma vertente de investigação relativamente recente e pouco explorada com esta população.

Quando analisamos os resultados do ponto de vista da caracterização do suporte social nos estudos aqui revistos verificamos que os jovens em acolhimento identificam o papel importante de diferentes fontes, nomeadamente, no contexto familiar e residencial (Dinisman et al., 2013; Fournier et al., 2014). Este resultado é consistente com a investigação desenvolvida com esta população ao nível do suporte social, mas cujo objetivo não passa por explorar o seu papel na saúde mental (e.g., Bravo & Del Valle, 2003; Martín & Dávila, 2008; Siqueira & Dell’Aglío,

2010; Siqueira et al., 2009). Especificamente no contexto familiar, os resultados desta revisão revelam resultados aparentemente contraditórios. Se por um lado há estudos que sugerem que os jovens em acolhimento residencial identificam elementos da família biológica como fontes importantes de suporte, particularmente, a figura materna (Dinisman et al., 2013) outros revelam que um número reduzido de jovens em acolhimento residencial identifica os elementos da família como fontes de suporte, privilegiando fontes de suporte no contexto residencial (Fournier et al., 2014). Assim, se por um lado os resultados sobre o papel da figura materna são consistentes com evidência prévia que sugere que a mãe tende a ser reconhecida pelos jovens acolhidos como uma fonte importante de suporte afetivo (e.g., Bravo & Del Valle, 2003), por outro lado, há também autores que sugerem que a perspectiva das crianças/jovens acerca da qualidade da relação com a família pode refletir uma representação idealizada (Siqueira et al., 2009), o que poderá explicar estes resultados divergentes. No que concerne às fontes de suporte em contexto residencial é evidente nos estudos aqui revistos a importância atribuída aos adultos/profissionais e pares neste contexto, nomeadamente, providenciando suporte emocional, afetivo e informacional (Dinisman et al., 2013; Fournier et al., 2014). De facto, estes resultados são consistentes com literatura existente neste domínio e que destaca o papel dos educadores em acolhimento residencial como providenciando apoio emocional e instrumental (Bravo & Del Valle, 2003). Por outro lado, também o papel dos pares em acolhimento é consistente com outros estudos que evidenciam o papel significativo desta fonte de suporte (e.g., Bravo & del Valle, 2003; Emond, 2003; Parente et al., 2014). Estes resultados não só sugerem a importância das relações positivas e de suporte para um funcionamento psicológico positivo e resiliente, como também refletem a capacidade destas crianças estabelecerem relações sociais positivas (nomeadamente, com os seus pares), reforçando e potenciando assim a sua competência social (Fournier et al., 2014).

Em suma, a presente revisão de literatura afigura-se um contributo importante nesta área de investigação pela sistematização da evidência acerca do papel do suporte social na saúde mental de crianças e jovens em acolhimento residencial. No entanto, importa também identificar um conjunto de limitações desta revisão que poderão ser colmatadas no futuro. Em primeiro lugar, importa notar o número reduzido de manuscritos selecionados para esta revisão (n=6) e que poderá comprometer uma discussão mais aprofundada e contextualizada deste problema de investigação. No entanto, tal pode estar relacionado com um conjunto de fatores que caracterizaram este processo de revisão, nomeadamente: a) dificuldade de acesso ao texto

completo de algumas publicações, decorrente do facto de não se encontrarem disponíveis nas bases de dados a que tivemos acesso, ainda que os autores dos referidos manuscritos tenham sido contactados para que esta dificuldade pudesse ser colmatada; b) utilização de critérios de inclusão restritivos, nomeadamente, inclusão de estudos com amostras constituídas apenas por jovens em acolhimento residencial, exclusão de estudos com amostras mistas e que não diferenciavam o contexto de acolhimento; c) apesar do conjunto de palavras-chave utilizadas na pesquisa refletir um esforço de utilização de múltiplos sinónimos, no futuro poderão ainda ser utilizados outros termos de pesquisa e combinações que permitirão evidências adicionais; d) do mesmo modo, apesar de as bases de dados escolhidas serem, genericamente, aquelas em que os estudos nesta área tendem a ser disseminados, outras possibilidades poderão no futuro ser consideradas. Finalmente, de salientar que o número reduzido de artigos incluídos na presente revisão sistemática de literatura poderá também refletir diferenças substanciais do ponto de vista dos sistemas de acolhimento nacional e internacionais. Com efeito, se internacionalmente o acolhimento familiar tende a ser a medida de colocação privilegiada, no contexto português é o acolhimento residencial que se afigura como a medida de colocação mais adotada (o que justifica também o foco desta revisão). Neste sentido, é expectável que uma parte significativa dos estudos desenvolvidos internacionalmente possam incluir em menor número apenas jovens em acolhimento residencial.

Apesar destas limitações, a presente revisão de literatura constitui-se uma oportunidade para investigadores e profissionais refletirem sobre o papel protetor do suporte social na saúde mental, sendo por isso útil a identificação de implicações para a prática a partir da evidência aqui discutida, assim como de orientações para a investigação futura.

7. Conclusão: das implicações para a prática às orientações para a investigação

Os resultados descritos na presente revisão de literatura permitem-nos identificar um conjunto de implicações para a prática profissional neste contexto. De facto, a intervenção com esta população deve considerar o papel das diferentes fontes de suporte identificadas pelas crianças e jovens em contexto de acolhimento residencial, tanto a sua rede de suporte formal como informal (Degner et al., 2010). Este reconhecimento afigura-se de grande importância para esta população dada a vulnerabilidade e os fatores de risco que caracterizam a trajetória

desenvolvimental prévia ao acolhimento, bem como os desafios durante e após a experiência de acolhimento (e.g., a separação e integração numa casa de acolhimento, a saída e adaptação a novas circunstâncias, o retorno à sua família ou um novo percurso face a uma vida independente) (Bravo & Del Valle, 2003; Magalhães et al., 2016; Martín & Dávila, 2008). Assim, o suporte social torna-se fundamental para ajudar estas crianças e jovens a lidar de forma mais eficaz com estas dificuldades e desafios (Bravo & Del Valle, 2003; Soldevila et al., 2013). Neste sentido, importa que o estabelecimento de relações de suporte seja potenciado, desde logo, no momento de admissão da criança/jovem na casa de acolhimento (Degner et al., 2014). Estas relações envolvem não apenas a manutenção de contatos positivos com a família de origem, mas também a promoção de relações significativas e apoiantes com outros adultos cuidadores (e.g., no contexto de acolhimento) e com os pares, atendendo ao seu papel positivo na saúde mental destas crianças e jovens.

Especificamente no contexto de acolhimento residencial, os resultados aqui apresentados sugerem a necessidade de proporcionar ambientes de acolhimento de elevada qualidade, caracterizados por modelos de cuidado centrados nas necessidades dos jovens e que lhes providenciem o suporte necessário ao seu bem-estar e desenvolvimento. Assim, do ponto de vista formal, importa garantir que os profissionais que desempenham funções no contexto residencial usufruem de formação específica para providenciar cuidados de qualidade, assim como que se possam garantir processos de avaliação sistemáticos do sistema de acolhimento residencial. Com efeito, ao proporcionar o suporte necessário aos profissionais em acolhimento para que estes desempenhem as suas funções com qualidade, permitir-se-á que estes possam criar condições para salvaguardar os direitos e o bem-estar das crianças e jovens em acolhimento, nomeadamente, enquanto figuras de suporte (Erol et al., 2010; Simsek et al., 2007). Além disso, e para que os profissionais estejam capazes de providenciar cuidados individualizados e um suporte diferenciado em função das necessidades das crianças/jovens importa, ainda, que do ponto de vista estrutural e funcional as casas de acolhimento possam adotar um modelo de intervenção mais familiar e menos institucional, nomeadamente, acolhendo um número reduzido de crianças/jovens. Do mesmo modo, importa integrar equipas multidisciplinares que permitam uma intervenção articulada com outros profissionais do sistema de proteção e com a família biológica, assim como garantir a mobilização do suporte social fora do contexto residencial, nomeadamente, promovendo possibilidades de apoio na comunidade local da família e da criança/jovem (Franz,

2004). Especificamente no que diz respeito ao contexto familiar, Bravo e Del Valle (2003) reforçam a importância de envolver a família ao longo do processo de acolhimento, sendo o seu suporte fundamental para garantir um desenvolvimento adequado e, sempre que se afigure possível a reunificação familiar, conduzir à adaptação do jovem na saída da casa de acolhimento. A relação positiva com os pais contribui para níveis mais elevados de bem-estar subjetivo dos jovens em contexto de acolhimento, sendo por isso importante promover esta relação, se e quando possível, durante o acolhimento do jovem (Dinisman et al., 2013).

Deste modo, tendo em consideração o papel das diferentes fontes de suporte identificadas pelos jovens em acolhimento residencial torna-se necessário o desenvolvimento de modalidades de intervenção multifacetadas, incluindo preferencialmente múltiplos elementos de diferentes contextos onde a criança ou jovem se insere (i.e., pais, familiares, outros cuidadores, profissionais do sistema de proteção, professores). A promoção de contatos regulares entre estes múltiplos elementos potenciará uma intervenção de natureza colaborativa, fomentando também uma maior perceção de autoeficácia por parte das famílias, e contribuindo para oportunidades de partilha e suporte entre os diferentes elementos envolvidos na intervenção (Simsek et al., 2007). Esta noção de partilha e de práticas colaborativas entre diferentes elementos-chave na intervenção em contexto residencial remete para uma reflexão sobre a própria natureza do suporte social providenciado em acolhimento residencial. Importa, assim, refletir sobre a necessidade de coordenação entre as diferentes fontes de suporte social das crianças/jovens, uma vez que, a literatura sugere que tal poderá ter um impacto positivo mais significativo no ajustamento dos adolescentes (Levitt, Levitt, Crooks, Hodgetts, & Milevsky, 2005). Com efeito, esta é uma linha de investigação que carece de maior investimento, atendendo ao potencial impacto positivo de uma maior consistência entre as diferentes fontes de suporte no apoio providenciado aos jovens em acolhimento residencial, nomeadamente, atendendo aos desafios específicos desta população, como por exemplo, a adaptação ao contexto de acolhimento, ou a transição para a vida independente e a necessidade de suporte adicional para um processo de autonomia bem-sucedido.

Para além da importância destas implicações para a prática, importa também tecer algumas considerações acerca dos estudos aqui apresentados e consequentes implicações para a investigação futura. Dos estudos analisados e que utilizaram escalas/instrumentos de natureza quantitativa, apenas um apresenta informação relativa a evidências de validade/fidelidade dos

instrumentos utilizados para avaliar o suporte social nesta população (Gearing et al., 2015), o que compromete a apreciação crítica do leitor sobre a qualidade das medidas e dos resultados obtidos. Do mesmo modo, há trabalhos que não apresentam uma descrição do instrumento utilizado para medir o suporte social (Franz, 2004). Deste modo, importa no futuro, não só selecionar instrumentos de medida com evidências de validade e fidelidade, como também providenciar esta informação para que os investigadores possam apreciar criticamente a evidência. Além disso, uma análise dos estudos revistos sugere a necessidade de estudos teoricamente guiados, multidimensionais, atendendo à multiplicidade de definições e operacionalizações adotadas pelos autores e à consequente imprecisão concetual. Do mesmo modo, ao nível da concetualização e medida da saúde mental, tendo em consideração que grande parte dos estudos analisados se centra apenas na dimensão da psicopatologia, importa desenvolver esforços de investigação centrados também nas dimensões de funcionamento positivo, incluindo sempre que possível ambos os aspetos para melhor compreender a saúde mental dos jovens.

Finalmente, os estudos aqui revistos são na sua maioria de natureza transversal quantitativa, o que, por um lado, compromete a compreensão dos processos subjacentes ao papel do suporte social na saúde mental das crianças e jovens em acolhimento (apenas possível com base em desenhos de investigação longitudinais; e.g., Dinisman et al., 2013); por outro lado, verifica-se também a necessidade de desenvolver estudos mistos ou de natureza qualitativa com vista a obter um melhor entendimento acerca das significações pessoais e da experiência das crianças e jovens em acolhimento, compreendendo em detalhe os processos subjacentes à sua experiência de acolhimento residencial e a influência de diferentes fontes e contextos de suporte. Tal permitirá também proporcionar aos jovens uma voz ativa em aspetos importantes do seu desenvolvimento, aspeto salientado na literatura como fundamental para o bem-estar das crianças e jovens (Emond, 2003; Fournier et al., 2014).

Em suma, a presente revisão sugere importantes implicações para a prática profissional em acolhimento residencial, no sentido de melhorar a qualidade da intervenção providenciada, nomeadamente garantindo e mobilizando diferentes fontes de suporte (e.g., promovendo relações com os pares adaptativas, facilitando contatos positivos com a família biológica, articulando o suporte providenciado por diferentes profissionais e pessoas significativas na vida dos jovens)

SUORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

com vista a um processo de desenvolvimento resiliente e a uma reintegração familiar ou transição para a vida independente bem-sucedida.

III. SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA

1. Problemas de Investigação e Objetivos

A partir do primeiro estudo, de revisão sistemática de literatura, foram identificados alguns problemas de investigação, aos quais pretendemos dar resposta no presente estudo empírico, de natureza qualitativa. Apesar de a maioria dos estudos analisados na revisão sistemática de literatura ter avaliado as dimensões do suporte social relacionadas com a rede, avaliação e conteúdo (Tardy, 1985), constitui-se, ainda, como necessidade o desenvolvimento de estudos teoricamente guiados e multidimensionais (Tardy, 1985). Para além disso, apesar de documentado o papel importante do suporte social na saúde mental, grande parte dos estudos analisados na revisão sistemática de literatura centra-se apenas na dimensão da psicopatologia, salientando a necessidade de desenvolver estudos que incluam também o bem-estar, possibilitando um conhecimento holístico do funcionamento psicológico dos jovens em acolhimento residencial. Finalmente, verifica-se, ainda, a necessidade de um melhor entendimento acerca das significações pessoais e da experiência dos jovens em acolhimento residencial, nomeadamente, do papel de diferentes fontes e contextos de suporte no seu funcionamento psicológico através de metodologias qualitativas.

Deste modo, através deste estudo empírico, de natureza qualitativa, pretendemos avaliar as representações e significados dos jovens acerca do suporte social, a partir de uma abordagem multidimensional, compreensiva, holística, e guiada teoricamente (Tardy, 1985) e avaliar o impacto percebido do suporte social na psicopatologia e no bem-estar dos jovens em acolhimento residencial. Assim, não só se pretende dar resposta aos problemas de investigação identificados como também se pretende, igualmente, proporcionar aos jovens uma oportunidade de terem uma voz ativa nos processos de investigação (Emond, 2003; Fournier et al., 2014).

2. Método

2.1. Participantes.

Neste estudo participaram 29 jovens acolhidos em dez casas de acolhimento dos distritos de Lisboa e Santarém e da Região Autónoma dos Açores, maioritariamente do sexo masculino

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

(76%) e com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos ($M= 14.79$; $DP= 1.80$). A maioria dos agregados familiares dos participantes evidencia como fatores de risco o divórcio/separação (42%), violência conjugal (35%), desemprego (31%), dependência de estupefacientes (24%) e doença psiquiátrica (24%). A aplicação da medida de Acolhimento Residencial (cf. Lei n.º 142/2015, de 08/09) ocorreu na maior parte dos casos decorrente de situações de maus tratos físicos (42%), assim como pela exposição, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetavam gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional (42%).

No que diz respeito à história de acolhimento, verifica-se que os jovens estão em acolhimento na presente casa de acolhimento em média há 29 meses, variando entre 0 e 121 meses. Considerando o tempo total desde a primeira vez em que os jovens entraram no sistema de acolhimento, em média estes entraram no sistema de acolhimento há 56 meses, variando entre 0 e 168 meses. Os participantes experienciaram no máximo 3 acolhimentos residenciais prévios, com a maioria a experienciar o acolhimento pela primeira vez (45%) e a relatar dois acolhimentos prévios (21%). A maioria dos participantes nunca foi reintegrado na família de origem depois do primeiro acolhimento (66%) e não experienciou qualquer medida judicial de inibição dos contatos com a família de origem (76%). A maior parte dos participantes recebe visitas por parte da família na casa de acolhimento (45%) e visita a família pelo menos uma vez por mês (42%). Assim, o regresso à família biológica nuclear (38%) afigura-se o plano de intervenção mais frequente, para os participantes no presente estudo, seguido da aplicação de uma medida de autonomia de vida (28%) (Quadro 3.1).

No que se refere às casas de acolhimento que participaram no presente estudo, a maioria das casas de acolhimento acolhe exclusivamente jovens do sexo masculino (60%), com um valor similar entre os contextos do sexo feminino (20%) e de ambos os sexos (20%). Estas casas acolhem crianças/jovens com idades compreendidas entre os 0 meses e os 21 anos, sendo a idade da criança mais nova em acolhimento de 7 meses e do jovem mais velho de 20 anos. No que concerne ao número de crianças e jovens que as casas de acolhimento podem acolher verifica-se que em 4 casas a capacidade máxima é de 10 crianças e jovens (40%), em 3 casas de 8 crianças e jovens (30%), e as restantes 12 ou mais crianças e jovens (30%). No momento da recolha, a maior parte destas casas acolhia entre 3 a 6 crianças e jovens (50%), sendo que 40% acolhiam entre 7 a 12 crianças e jovens e apenas uma casa acolhia 20 crianças e jovens. Relativamente ao

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

número de elementos da equipa técnica, a maioria dispõe de 3 elementos (50%), 3 casas 2 elementos (30%) e 2 casas 5 elementos (20%). Por sua vez, ao nível da equipa educativa a maioria das casas dispõe de 5 elementos (60%) e as restantes casas de acolhimento 6 ou mais elementos (40%).

Quadro 3.1.

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes

	<i>M (DP; Min., Max.) / % (N^o)</i>
Sexo	
Masculino	76 (22)
Feminino	24 (7)
Idade	14.79 (1.80; 12, 19)
Fatores de risco do agregado familiar	
Divórcio/separação	42(12)
Violência conjugal	35(10)
Desemprego	31(9)
Dependência de estupefacientes	24(7)
Doença psiquiátrica ou de foro mental	24(7)
Dependência de álcool	21(6)
Pena de prisão	21(6)
Problemas graves ou crónicos de saúde	17(5)
Morte de uma pessoa chegada/familiar	10(3)
Problemas judiciais	10(3)
Tempo de acolhimento na atual casa de acolhimento	28.83 (34.22; 0, 121)
Tempo total em acolhimento	56.38 (55.77; 0, 168)
Fundamentação para aplicação da medida de acolhimento residencial	
Sofria maus tratos físicos	42(12)
Estava sujeito, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetavam gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional	42(12)

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

Não recebia os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal	38(11)
Sofria maus tratos psicológicos	35(10)
Assumia comportamentos ou entregava-se a atividades ou consumos que afetavam gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação	21(6)
Estava abandonada(o) ou vivia entregue a si própria(o)	10(3)
Era vítima de abuso sexual	7(2)
Estava aos cuidados de terceiros, durante período de tempo em que se observou o estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas funções parentais	4(1)
Era obrigada(o) a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento	4(1)
Numero de acolhimentos prévios	
Sem acolhimentos prévios	45(13)
Dois acolhimentos prévios	21(6)
Três acolhimentos prévios	4(1)
Visitas da família de origem à casa de acolhimento	
1 vez por semana	28(8)
Esporadicamente/Em ocasiões especiais	24(7)
1 vez por mês	10(3)
1 vez de quinze em quinze dias	7(2)
Ausencia de visitas	7(2)
Visitas do jovem à família de origem	
1 vez por mês	21(6)
1 vez de quinze em quinze dias	14(4)
1 vez por semana	7(2)
Em avaliação	7(2)
Ausência de visitas	7(2)

Esporadicamente/Em ocasiões especiais	4(1)
Plano de intervenção para os jovens	
Regressar à família biológica nuclear (pais, irmãos)	38(11)
Será aplicada uma medida de autonomia de vida	28(6)
Manter-se acolhido na presente casa de acolhimento	21(6)
Ser transferido para outra casa de acolhimento	7(2)

2.2. Instrumentos.

2.2.1. *Entrevista semiestruturada.*

O guião de entrevista semiestruturada organiza-se em dois grandes blocos temáticos, nomeadamente centrados nos elementos do suporte social (i.e., rede, direção, disponibilidade, conteúdo e avaliação) (Tardy, 1985) e a relação percebida entre o suporte social e a saúde mental. No quadro 3.2 são descritos os objetivos por bloco temático assim como as respetivas questões.

Quadro 3.2.

Estrutura do guião de entrevista

Bloco temático	Objetivos	Questões
1. Suporte social	Avaliar as representações e significados dos jovens acerca do suporte social, a partir de uma abordagem multidimensional, compreensiva, holística, e guiada teoricamente, (Tardy, 1985)	1. Rede - Quem são as pessoas mais importantes ou próximas na tua vida? 2. Direção e Disposição 2.1. Recebido/Disponível - Sempre que precisas tens pessoas disponíveis a quem recorrer para te ajudar? (por exemplo, achas que essas pessoas que identificaste estão disponíveis para te apoiar?)

2.2. Recebido/Utilizado

- E nesses momentos em que mais precisaste, como é que sentes que foi esse suporte? Sentes que recebeste realmente ajuda? De que forma?

2.3. Fornecido/Disponível

- E o contrário também acontece? És uma pessoa com quem aqueles que te são mais próximos podem contar?

2.4. Fornecido/Utilizado

- E nesses momentos em que elas mais precisaram, achas que realmente as ajudaste? Como é que as ajudaste/de que forma?

3. Conteúdo

- Pensando especificamente na ajuda daquelas pessoas de que falavas, que tipo de ajuda é que estas pessoas te dão ou achas que podem dar?

- E sentes que pessoas diferentes te dão um tipo de apoio diferente? Em que sentido? Que tipo de apoio recebes de umas e de outras?

4. Avaliação

- Pensando neste apoio de que tens estado a falar, como é te sentes com isso? Como é que avalias essa ajuda que recebes? Achas que poderia ser diferente? De que forma é que seria melhor?

2. Relação percebida entre Suporte Social e Saúde Mental

Avaliar o impacto percebido do suporte social na psicopatologia

Avaliar o impacto percebido do suporte social no bem-estar

- Pensando na importância destas pessoas e da ajuda que te dão ou podem dar, de que forma isso tem implicações na forma como te sentes?

- Quando estás a passar por uma situação complicada, o que é que sentes quando estas pessoas te ajudam?

- E de que forma a ajuda destas pessoas te permite crescer pessoalmente?

- Em que é que a ajuda delas te faz sentires-te bem?

2.2.2. *Questionário sociodemográfico de caracterização dos jovens em acolhimento.*

O presente questionário sociodemográfico (cf. Anexo A) centrou-se na recolha de informação acerca dos jovens e das suas famílias, nomeadamente idade, ano de escolaridade, reprovações escolares, saúde física e mental, problemas no agregado familiar de origem e dados do processo de acolhimento residencial (e.g., fundamentos para aplicação de medida de promoção e proteção de acolhimento residencial, número de acolhimentos prévios, frequência de contatos do jovem com a sua família de origem, plano de intervenção).

2.2.3. *Grelha de caracterização das casas de acolhimento.*

A presente grelha de caracterização das casas de acolhimento (cf. Anexo B) centrou-se em dimensões como a tipologia, a capacidade máxima da casa de acolhimento (i.e., número de crianças e jovens que pode acolher), o número de jovens em acolhimento no momento da recolha dos dados, a idade da criança mais nova e do jovem mais velho e o número de elementos da equipa técnica e educativa.

2.3. Procedimentos de recolha e análise de dados.

As casas de acolhimento foram, numa primeira fase, contactadas, sendo solicitada a sua colaboração no presente estudo. Posteriormente, foram realizadas reuniões prévias à recolha com o objetivo de esclarecer os principais objetivos do estudo e os critérios de inclusão dos participantes, o que possibilitou às equipas sensibilizar os jovens para a participação no presente estudo. A recolha de dados foi iniciada com a obtenção de consentimento informado junto dos jovens, tendo sido providenciada informação sobre os objetivos do estudo, e elucidadas todas as questões éticas que estavam asseguradas, nomeadamente o cariz voluntário da participação, o direito de interromper a participação em qualquer momento, a garantia do anonimato e da confidencialidade da informação recolhida (cf. Anexo C). Posteriormente, e para cada entrevista, foi seguida a mesma estrutura e sequência de blocos temáticos e questões (tal como descrito previamente na secção de instrumentos). A duração das entrevistas variou entre 6 e 40 minutos, em ambientes de privacidade (e.g., sala de reuniões, quarto de brinquedos), somente com a presença do entrevistador e do participante, garantindo assim a proteção do espaço dos jovens na partilha de informação. No início de cada entrevista foi solicitado a um elemento da equipa

técnica que preenchesse as referidas grelhas de caracterização dos jovens e das casas de acolhimento.

As entrevistas foram transcritas e os dados analisados utilizando o software ATLAS.ti v.7. Foram analisados com recurso à análise temática, que envolve a identificação e análise de padrões (temas) nos dados (Braun & Clarke, 2006). Segundo os autores, os temas podem ser identificados mediante duas vias: de forma indutiva ou dedutiva. No presente estudo, adotamos a análise dedutiva, que consiste numa abordagem orientada pelo interesse teórico do investigador. Assim, foram adotadas no processo de análise as etapas propostas por Braun e Clarke (2006): (1) familiarização com os dados através da leitura repetida, o que possibilitou a exploração inicial de padrões e significados; (2) produção de códigos iniciais a partir dos dados – foram codificadas características semânticas relevantes; (3) exploração de temas – foi realizada uma classificação de diferentes códigos em potenciais temas. Nesta fase foi realizada uma tabela de modo a obtermos uma representação visual dos códigos, o que facilitou a identificação de relações entre códigos/temas; (4) revisão de temas – realizou-se uma revisão da relação entre os temas e os dados recolhidos, de modo a garantir a adequação entre o mapa temático e o conjunto de dados; (5) definição e nomeação dos temas. As citações das entrevistas que foram consideradas ilustrativas e representativas foram selecionadas como exemplo para cada tema/subtema. Serão apenas apresentados os temas reportados por pelos menos 20% dos participantes, sendo apresentado ao longo dos resultados o número e percentagem de participantes que reportou a respetiva categoria/tema.

3. Resultados

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem dois temas centrais, consonantes com a própria estrutura do guião de entrevista e racional teórico subjacente ao estudo: 1) Caracterização e dinâmicas de suporte social e 2) Impacto percebido do suporte social na saúde mental.

No contexto do primeiro tema, emergiram seis temas do discurso dos jovens, mais uma vez consistentes com a estrutura do guião e teoricamente orientados: Rede, Disponibilidade, Utilização, Avaliação, Suporte social providenciado e Conteúdo. Especificamente, ao nível da *Rede* de suporte social, os jovens identificam na sua maioria fontes de Suporte informal (N= 27,

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

93%), incluindo a família, amigos, família dos amigos e namorado, considerando-as como figuras próximas, significativas, importantes ou que nunca falham. Por sua vez, o Suporte formal é mencionado por cerca de metade dos participantes (N=14, 48%), com referência, especificamente, aos profissionais em acolhimento residencial (e.g., técnicos, monitores, educadores) e professores.

Ao nível da *Disponibilidade*, a maioria dos jovens reconhece que as suas fontes de suporte social se encontram disponíveis para providenciar apoio em situações de necessidade para os jovens (N=28, 97%) - *Eu sinto que eu não estou assim tão sozinha e que afinal tem pessoas que me podem ajudar, essas coisas assim, e que eu sei que por mais que eu não queira contar se algum dia eu quiser contar alguma coisa eu sei que elas vão ouvir-me. (...) Mesmo que a gente tenha brigado ou assim eu sei que se me acontecer alguma coisa, eu posso contar sempre com elas.* (Feminino, 13 anos).

No que diz respeito à *Utilização* do suporte social é possível verificar que a maioria dos jovens considera receber/utilizar efetivamente o apoio da sua rede de suporte (N=27, 93%) - *Quando acontece alguma coisa e assim e eu não preciso de falar, eu não digo “Micaela aconteceu-me isso, eu preciso da tua ajuda” eu não digo... Não é preciso eu dizer isso porque ela percebe que eu estou mal e ela ajuda mesmo sem eu pedir. (...) A minha melhor amiga já... Quando... A gente... A gente briga muitas vezes, quero dizer constantemente. Estamos sempre a brigar e então ela quando vê que eu estou mal, eu não preciso dizer, ela só pergunta e diz “eu sei que estás mal, agora vais contar-me o que se passa” eu conto e ela ajuda-me no mesmo momento.* (Feminino, 13 anos). Não obstante uma parte dos participantes (N=9, 31%) sugere não receber/utilizar o apoio disponível - *Eles tentavam falar comigo, mas eu nunca queria.* (Masculino, 16 anos).

A *Avaliação* efetuada pelos jovens do suporte social recebido é predominantemente positiva (N=29, 100%). Especificamente, os jovens manifestam-se globalmente satisfeitos - *É muito bom, começando pelo esforço deles, que é um grande esforço para nos compreender, mesmo nós tendo algumas atitudes menos boas, eles conseguem nos perceber e ajudam-nos e nós acabamos por dar a volta por cima e compreender também que a nossa atitude foi má mas que aquelas pessoas estão sempre ali para nós. (...) Para mim eu acho que a forma como eles ajudam é boa e se continuarem é muito bom porque vão conseguir fazer várias crianças felizes.*

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

(Masculino, 14 anos) – e gratos pelo suporte social recebido - *Há certas coisas que às vezes fico a pensar que eu não merecia a ajuda que elas às vezes ajudam-me, mas há outras que fico a pensar que realmente eu precisava dessa ajuda e elas estão a ajudar-me. (...) [Sente-se] muito [agradecida].* (Feminino, 16 anos)

Não obstante, verifica-se também que uma parte dos jovens reconhece aspetos menos positivos no suporte social recebido (N=7, 24%), revelando-se insatisfeitos com o apoio recebido - *Também já me deram conselhos maus e eu criei expetativas e depois desiludi-me. (...) acabei por já nem falar com a minha irmã.* (Feminino, 14 anos), considerando-o irrelevante/pouco eficaz - *Tem coisas que eles fazem que eu não gosto, mas eles dizem que é para a minha ajuda, então. Ah... Tipo eu não gosto que mexam nas minhas coisas. E eles vão lá mexer, tudo bem, arrumado, mas tipo tem que estar do meu jeito, como eu já estou acostumado, só que eles mexem naquilo e dizem “ah eu estou a ajudar-te” e o quê mas eu gosto do jeito que está, mas eles mexem, depois eu acabo por nem ligar, deixo fazer assim, eles dizem que estão a ajudar-me mas eu acho que não, mas pronto.* (Masculino, 15 anos), ou ainda identificando necessidades adicionais de suporte - *É sempre bom receber mais e eu gostava de ter muito mais. (...) Eu gostava de ter mais (...) conselhos porque os conselhos para mim dão-me força.* (Masculino, 15 anos).

Ao nível do *Conteúdo* do suporte social, o suporte informacional (que inclui essencialmente os conselhos e orientações que recebem de diferentes fontes de suporte) foi aquele que mais frequentemente emergiu no discurso dos jovens (N=29, 100%) - *A ajuda que eles me dão é uma ajuda que posso usar no meu presente para refletir-se no meu futuro. Dar-me uns bons conselhos, dizer-me os caminhos por onde eu possa ir para ter um bom futuro (...). Ahh, por exemplo nesta fase eu agora estou a passar para o 7º, vou fazer um curso profissional e eles estão a aconselhar-me nos cursos em que eu possa ter mais saídas.* (Masculino, 14 anos). Além disso, foram também conteúdos particularmente salientes no discurso dos participantes o suporte emocional, caracterizado por aspetos como a confiança, empatia, amor, disponibilidade por parte de alguém em ouvir e providenciar sentimentos de aceitação quando o jovem está a experienciar dificuldades (N=26, 90%) - *Foi a minha irmã que me ajudou uma vez. O meu pai já faleceu. Ela estava a conversar comigo. A dizer para eu ter calma, para não chorar mais, para pensar que ele está num sítio melhor.* (Masculino, 12 anos) e o suporte instrumental, que se refere ao apoio de

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

caráter pragmático (N=23; 79%) - *No trabalho. Eu estava agora à procura de trabalho na minha área, que é restauração, cozinha. (...) Ajudaram no meu currículo e tudo.* (Masculino, 18 anos).

Além disso, no contexto deste tema - Conteúdo de Suporte Social – foi possível verificar que, não só os jovens identificam diferentes conteúdos (emocional, instrumental e informacional) como consideram que o conteúdo que recebem se diferencia em função da fonte de suporte social (N=17, 59%) - *São ajudas diferentes, porque a minha irmã compreende mais aquilo que eu sinto. Não que a minha melhor amiga não compreenda (...) mas às vezes não pode estar ali quando eu preciso mesmo. (...) E a minha irmã ela desmarca tudo o que ela tem e concentra-se. (...) Está mais disponível. (...) Depende do assunto. Há assuntos que a minha irmã não me entende. Ela até tenta ajudar mas há coisas que (...) ela sente-se confusa. Com a minha amiga, como ela tem a mesma idade do que eu, se calhar já teve situações parecidas, ela entende-me um bocadinho melhor. (...) Quando eu faço alguma coisa mal ou quando eu tento demonstrar mas de outra maneira (...) e a minha irmã entende isso “porque é que não fizeste isso assim” e a minha melhor amiga diz “ah eu já passei por isso, eu sei o que é”.* (Feminino, 13 anos).

Especificamente, quando analisamos detalhadamente o conteúdo identificado pelos jovens em função das fontes de suporte, verifica-se que os profissionais em acolhimento residencial são considerados a fonte que fornece mais suporte informacional (N=20; 69%) e instrumental aos jovens (N=14; 48%), seguido da família (N=17, 59%; N=11, 38%) e dos amigos (N=6, 21%; N=3, 10%). Por sua vez, no suporte emocional verifica-se o papel importante da família (N=16, 55%), seguido dos profissionais em acolhimento residencial (N=15, 52%) e dos amigos (N=9, 31%).

Finalmente, no que se refere ao *Suporte social providenciado*, a maioria dos jovens considera-se uma fonte de suporte social disponível para outros significativos (N=28, 97%) - *A minha mãe. A minha mãe sabe que eu ajudo. A minha família toda sabe. Eu digo quase todos os dias "a mãe sabe que eu estou aqui todos os dias para ajudar."* (Masculino, 14 anos), sugerindo, ainda, que consideram o suporte providenciado eficaz para as pessoas que consideram significativas (N=20, 69%) - *Ajudei, porque depois no outro dia ela estava melhor, não é? Estava contente, já não estava assim tão triste, em baixo.* (Feminino, 19 anos).

No que se refere ao segundo tema central - Impacto percebido do suporte social na saúde mental - emergiram neste contexto dois temas a partir dos dados fornecidos pelos jovens, nomeadamente o funcionamento psicológico positivo e os problemas de funcionamento psicológico. Especificamente, todos os jovens reconhecem o papel positivo do suporte social ao nível do seu funcionamento psicológico positivo (N=29, 100%), nomeadamente, ao nível da autoeficácia percebida - *Já acredito mais em mim do que antes. Antes eu tinha medo de falar com os bombeiros se fosse algum dia preciso. Naquele dia eu falei e nem acreditei que era eu, fiz manobras, fiz tudo, nem acreditei que era eu.* (Feminino, 14 anos), na aquisição de novas competências - *Eu já vejo as coisas de outra maneira. (...) Foi graças a estas pessoas e em certa parte por mim mesmo. Tive que crescer muito de mentalidade. (...) Ajudou-me muito, quer em termos escolares, quer em termos de experiências em casa (...), quer a nível de preparar-me para a vida autónoma.* (Masculino, 17 anos), assim como ao nível do bem-estar e qualidade de vida dos jovens - *Tanto os avisos como os conselhos, para mim é a mesma coisa, porque são coisas que eles me dizem que me faz sentir bem. Fico triste por estar aqui mas sinto-me bem porque é uma coisa boa que eles estão a fazer-me.* (Masculino, 15 anos).

Por outro lado, a maioria dos jovens reconhece também o impacto positivo do suporte social na minimização de problemas de funcionamento psicológico (N=26, 90%) - *Eu também era rapaz disso [consumidor de estupefacientes] porque eu também fumava droga e tinha os meus problemas e as minhas maneiras de resolver também, mas agora por causa de alguns amigos eu saí disso e cá na casa ajudou-me e tudo.* (Masculino, 18 anos), reconhecendo o impacto negativo na sua saúde mental da ausência de suporte social - *Bem, só que às vezes tipo elas não estão cá e às vezes quando não atendem eu fico bué mal.* (Feminino, 14 anos).

4. Discussão

O presente estudo empírico tinha como objetivo providenciar um melhor entendimento acerca das significações pessoais e da experiência dos jovens em acolhimento residencial, a partir de uma abordagem multidimensional, compreensiva, holística, e guiada teoricamente (Tardy, 1985). Do mesmo modo, pretendíamos avaliar o impacto percebido do suporte social na psicopatologia e no bem-estar dos jovens. Com efeito, atendendo aos problemas de investigação identificados a partir do primeiro estudo de revisão, no presente estudo pretendíamos dar resposta

à necessidade de abordagens multidimensionais de avaliação, quer do suporte social, quer do funcionamento psicológico.

Neste sentido, no que diz respeito aos resultados sobre a caracterização e dinâmicas do suporte social, os resultados evidenciam que a rede social dos jovens não se restringe à casa de acolhimento, contrariamente a algumas evidências anteriormente reportadas (Franz, 2004), mas consistentes com outras que reforçam a importância atribuída às relações apoiantes informais, nomeadamente, ao contexto familiar (Dinisman et al., 2013), e aos pares (Bravo & del Valle, 2003; Parente et al., 2014). Efetivamente, a investigação no âmbito do suporte social tem sugerido que as fontes de suporte nas crianças e jovens em acolhimento emergem quer no contexto familiar quer no residencial (Bravo & del Valle, 2003; Martín & Dávila, 2008; Siqueira & Dell’Aglío, 2010; Siqueira et al., 2009). De facto, o contexto residencial surge no presente estudo como um contexto de elevada importância para os jovens, que identificam os profissionais em acolhimento como fontes de suporte social significativas (Fournier et al., 2014; Gearing et al., 2015). Especificamente, e corroborando estudos prévios (e.g., Bravo & del Valle, 2003; Martín & Dávila, 2008), os profissionais em acolhimento e os familiares são considerados as fontes que mais providenciam suporte instrumental, informacional e emocional.

Além disso, do ponto de vista da avaliação que os jovens realizaram acerca do suporte recebido, verificámos que estes se encontram genericamente satisfeitos com o suporte social, realizando uma avaliação predominantemente positiva. Estes resultados são consistentes com a literatura neste domínio, na medida em que, há estudos que sugerem que, apesar da menor disponibilidade percebida de suporte social dos jovens em acolhimento (comparativamente com jovens em contextos de desenvolvimento normativos), os jovens acolhidos percecionam, na generalidade, um suporte social satisfatório (Franz, 2004). Além disso, e atendendo à disponibilidade do suporte social, a maioria dos jovens, neste estudo, reconhece que as suas fontes de suporte social se encontram disponíveis, sempre que estes necessitem de apoio.

Considerando o impacto percebido do suporte social na psicopatologia, os jovens reconhecem o impacto positivo do suporte social na minimização dos problemas de funcionamento psicológico, o que vem corroborar os resultados encontrados em estudos de natureza quantitativa (e.g., Erol et al., 2010; Gearing et al., 2015; Simsek et al., 2007). Com efeito, estudos prévios demonstram o papel importante do suporte social na saúde mental, com

níveis elevados de suporte social a estarem associados a níveis mais reduzidos de problemas emocionais e comportamentais. Neste sentido, verificamos que o suporte social poderá assumir-se como um fator protetor face aos problemas de funcionamento dos jovens em acolhimento (Erol et al., 2010; Simsek et al., 2007).

Um resultado importante e inovador do presente estudo centra-se no impacto percebido do suporte social no bem-estar. De acordo com os jovens o suporte social, quando potenciado, contribui para um funcionamento psicológico positivo, nomeadamente ao nível da autoeficácia percebida, na aquisição de novas competências (e.g., pessoais, sociais) e no bem-estar e qualidade de vida. Assim, verifica-se o papel importante do suporte social não apenas como fator protetor face aos problemas de funcionamento dos jovens, como também potenciador de crescimento pessoal e níveis superiores de funcionamento ótimo. De facto, o papel importante do suporte social na saúde mental, com enfoque na aquisição de competências e bem-estar e qualidade de vida surge documentado na literatura, nomeadamente no que se refere ao incremento da autoestima, à adoção de estratégias de coping adaptativas, bem como à aceitação de sentimentos (Wills & Shinar, 2000).

Para além destes resultados inovadores e consistentes com a literatura neste domínio, o presente estudo permitiu ainda um aprofundamento teórico relativamente à evidência empírica existente no domínio do suporte social. Com efeito, foi possível compreender de que forma o suporte social recebido é percebido pelos jovens, mas também a forma como os jovens se consideram uma fonte de suporte social disponível para outros significativos. Tal reflete assim o papel ativo dos jovens enquanto fontes de suporte social, considerando ainda que o suporte que providenciam é eficaz para as pessoas que consideram significativas. Do mesmo modo, e atendendo à necessidade de explorar outros elementos centrais do6 suporte social (identificada na revisão sistemática), nomeadamente ao nível da disposição, verifica-se que a maioria dos jovens considera receber/utilizar o apoio da sua rede, enfatizando no discurso o quão as fontes de suporte efetivamente ajudam nos momentos de maior necessidade. Estes resultados poderão indicar o papel importante do suporte social para os jovens, atendendo ao conjunto de benefícios que o suporte social pode despoletar na saúde mental (e.g., aumento da autoestima, avaliação dos eventos de vida como menos ameaçadores) (Wills & Shinar, 2000) bem como à evidência de que a pertença a um grupo onde o indivíduo possa dar e receber suporte incrementa o seu controlo

pessoal (e.g., aumento da confiança, das convicções pessoais na capacidade de intervir e influenciar as decisões na sua vida) (Ornelas, 2008).

Em suma, o presente estudo afigura-se um contributo importante nesta área de investigação ao facultar uma compreensão holística e multidimensional do suporte social dos jovens em acolhimento residencial, como também uma análise compreensiva do papel do suporte social quer a nível da psicopatologia quer do bem-estar. No entanto, importa também considerar algumas limitações deste estudo: a) variabilidade na duração das entrevistas, com as entrevistas iniciais a apresentarem uma duração muito inferior às restantes, o que poderá ter influenciado o aprofundamento de algumas questões; b) amostra desequilibrada ao nível do sexo dos participantes, com maior preponderância dos participantes do sexo masculino. Com efeito, apesar do número satisfatório de jovens que participaram neste estudo, seria importante que a amostra fosse mais equilibrada ao nível do sexo, no entanto, apesar dos esforços realizados ao nível dos contactos e pedidos de colaboração com várias entidades, tal não foi possível. O processo de recolha de dados foi assim dificultado por fatores externos que impossibilitaram algumas casas de acolhimento de participarem no estudo (e.g., exposição constante dos jovens em acolhimento a investigações científicas, casas de acolhimento em fase de preparação de vários eventos/atividades).

5. Conclusão: das implicações para a prática às orientações para a investigação

Os resultados obtidos no presente estudo empírico, de natureza qualitativa, vêm reforçar um conjunto de implicações a ter em consideração no contexto da prática profissional e na investigação futura. Considerando que os jovens identificam na sua rede de suporte social o suporte informal (e.g., família, amigos) e o suporte formal (e.g., técnicos, educadores, monitores) como pessoas importantes e significativas, e reforçando as implicações fornecidas na revisão sistemática de literatura, a intervenção com crianças e jovens em acolhimento residencial deve considerar o papel das diferentes fontes de suporte identificadas pelas crianças e jovens em contexto de acolhimento residencial (Degner et al., 2010). Assim, atendendo ao papel positivo das relações estabelecidas com a família, profissionais em acolhimento e pares, é importante potenciar estas relações de forma adaptativa durante o período de acolhimento, considerando a importância de manter contactos de qualidade com a família biológica (com vista à possível

reunificação familiar) assim como de proporcionar oportunidades de relações de suporte com outros adultos cuidadores (e.g., no contexto de acolhimento) e com os pares. Com efeito, Bravo e Del Valle (2003) reforçam a necessidade de envolver as famílias ao longo de todo o processo de acolhimento, com vista a uma reintegração familiar bem-sucedida. Além disso, a identificação de fontes de suporte social significativas no contexto residencial remonta para a importância das casas de acolhimento adotarem na sua intervenção o modelo com intencionalidade terapêutica. Este modelo defende que a capacidade dos jovens perceberem os seus problemas e sentimentos depende da existência de profissionais de confiança que acolham, signifiquem e devolvam as causas dos comportamentos desajustados, possibilitando a transformação do jovem (Casa Pia, 2015). É no acolher das necessidades emocionais dos jovens que o suporte emocional providenciado pelos adultos cuidadores do contexto residencial evidencia a sua importância, nomeadamente na capacidade de ouvir, apoiar e estar em contato emocional com os jovens.

Considerando os resultados importantes e inovadores do papel do suporte social na saúde mental, nomeadamente ao potenciar o funcionamento psicológico positivo dos jovens, serve o presente estudo para apresentar um conjunto de implicações para a prática profissional que complementam as anteriormente mencionadas. A intervenção não se deve restringir à resolução dos problemas de funcionamento psicológico dos jovens, mas também promover o seu funcionamento ótimo e qualidade de vida. Neste sentido, é importante que a intervenção conduza à facilitação dos processos de ajustamento entre os jovens e os seus ambientes (e.g., familiar, residencial), de modo a promover o seu bem-estar, enfatizando o desenvolvimento de competências, a melhoria da qualidade de vida e o fortalecimento da rede de suporte social (Ornelas, 2008).

Além das implicações aqui descritas ao nível da prática profissional, podemos ainda identificar implicações para a investigação. Assim, se o presente estudo se afigura como uma primeira abordagem exploratória para dar resposta ao conjunto de problemas identificados na revisão sistemática de literatura, sugere também a necessidade de desenvolver mais estudos teoricamente guiados, multidimensionais, que permitam colmatar os problemas decorrentes da multiplicidade de definições e operacionalizações adotadas pelos autores e a consequente imprecisão concetual ao nível do suporte social. Além disso, importa desenvolver esforços de investigação centrados não apenas na dimensão da psicopatologia, como também nas dimensões

SUORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

de funcionamento positivo, uma vez que, os resultados deste estudo sugerem que o suporte social percebido pelos jovens se afigura um fator crucial na promoção de competências e processos de desenvolvimento adaptativos. Finalmente, atendendo à natureza transversal do presente estudo, que impossibilita o estabelecimento de relações causais entre o suporte social e a saúde mental das crianças e jovens em acolhimento residencial, surge como uma necessidade o desenvolvimento de estudos com base em desenhos de investigação longitudinais.

CONCLUSÃO GERAL

De um modo geral, os estudos analisados na revisão sistemática de literatura evidenciam que ao nível da caracterização do suporte social, as crianças e jovens em acolhimento residencial identificam diferentes fontes de suporte social significativas, nomeadamente os pares, o contexto familiar e residencial. Por sua vez, na saúde mental é notável a maior vulnerabilidade das crianças e jovens em acolhimento residencial, comparativamente com os que residem em contextos desenvolvimentais normativos. Não obstante, verifica-se o papel protetor do suporte social na saúde mental, com níveis elevados de suporte social a estarem associados a níveis mais reduzidos de problemas emocionais e comportamentais. Assim, a revisão sistemática de literatura constituiu-se como uma oportunidade de integração da evidência existente acerca do papel do suporte social na saúde mental de crianças e jovens em acolhimento residencial, bem como uma oportunidade de apresentar de forma organizada, estruturada e sistematizada um conjunto de implicações a ter em consideração na prática profissional e de investigação.

Se por um lado, a revisão sistemática de literatura permitiu identificar um conjunto de resultados interessantes acerca do papel do suporte social na saúde mental de crianças e jovens em acolhimento residencial, por outro evidenciou um conjunto de implicações a ter em consideração no contexto de investigação. Neste sentido, o estudo empírico de natureza qualitativa, permitiu obter um melhor entendimento acerca das significações pessoais e da experiência das crianças e jovens em acolhimento centradas nas relações de suporte, compreendendo em detalhe os processos subjacentes à sua experiência de acolhimento residencial e a influência de diferentes fontes e contextos de suporte social no seu funcionamento psicológico.

Neste estudo verificou-se a importância atribuída pelos jovens aos pares, ao contexto residencial e familiar, percecionados como fontes de suporte social disponíveis e que fornecem efetivamente suporte. Além disso, os jovens demonstraram o seu papel ativo, não só como fontes disponíveis de suporte, como também provedores de suporte social, considerando o suporte providenciado eficaz. Relativamente ao papel do suporte social na saúde mental, verifica-se o papel importante do suporte social, quer a potenciar o funcionamento psicológico positivo dos

jovens, através da aquisição de competências, crescimento pessoal e bem-estar e qualidade de vida, quer a minimizar os problemas de funcionamento psicológico.

Finalmente, importa referir que este estudo empírico ao proporcionar uma voz ativa aos jovens afigurou-se uma oportunidade importante para que estes identifiquem e definam os problemas que os afetam, como também sejam parte integrante das decisões que influenciam as suas vidas. Neste sentido, ao proporcionar esta reflexão e consciência crítica do meio, os jovens poderão adquirir maior controlo das suas vidas e da sua qualidade de vida (Rappaport, 1984). Efetivamente, a participação ativa dos indivíduos é um processo fundamental para o seu crescimento, fortalecimento e bem-estar (Ornelas, 2008).

Referências

- Attar-Schwartz, S. (2008). Emotional, behavioral and social problems among Israeli children in residential care: A multi-level analysis. *Children and Youth Services Review, 30*, 229-248. doi: 10.1016/j.childyouth.2007.09.009
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101.
- Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residências de protección: Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema, 15*, 136-142.
- Carvalho, M. (2013). Sistema nacional de acolhimento de crianças e jovens. *Programa Gulbenkian de Desenvolvimento Humano*.
- Casa Pia (2011). Acolhimento terapêutico: pistas de intervenção para profissionais. Lisboa.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin, 98*, 310.
- Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano Jr, 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*, 497-510.
- Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*, 624-645.
- Decreto-lei n.º 142/2015 de 8 de setembro da Assembleia da República. Diário da República: I série, No 175 (2015).
- Decreto-lei n.º 147/1999 de 1 de setembro da Assembleia da República. Diário da República: I série, No 204 (1999).
- Degner, J., Henriksen, A., & Oscarsson, L. (2010). Investing in a Formal Relationship Support Persons' View of Treatment Involvement Regarding Young Persons in Residential Care. *Qualitative Social Work, 9*, 321-342. doi: 10.1177/1473325010368582
- Degner, J., Henriksen, A., Ahonen, L., & Oscarsson, L. (2014). Young residents' view of support persons' involvement in the institutional treatment programme: a one-year follow-up. *Nordic Social Work Research, 5*, 67-80. doi: 10.1080/2156857X.2014.939699

- Demaray, M.K. & Malecki, C.K. (2014). Best practices in assessing and promoting social support. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology-VI* (pp. 1-11). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- *Dinisman, T., Zeira, A., Sulimani-Aidan, Y., & Benbenishty, R. (2013). The subjective well-being of young people aging out of care. *Children and Youth Services Review, 35*, 1705-1711. doi: 10.1016/j.childyouth.2013.07.011
- Emond, R. (2003). Putting the Care into Residential Care The Role of Young People. *Journal of Social Work, 3*, 321-337. doi: 10.1177/1468017303333004
- *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*, 113-124. doi: 10.1007/s00787-009-0047-2
- *Fournier, B., Bridge, A., Kennedy, A. P., Alibhai, A., & Konde-Lule, J. (2014). Hear our voices: A Photovoice project with children who are orphaned and living with HIV in a Ugandan group home. *Children and Youth Services Review, 45*, 55-63. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.03.038 011
- *Franz, B. S. (2004). Predictors of behavioural and emotional problems of children placed in children's homes in Croatia. *Child & family social work, 9*, 265-271.
- Froland, C., Pancoast, D., Chapman, N., & Kimboko, P. (1981). Linking formal and informal support systems. In Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 259 – 275). London: Sage publications.
- *Gearing, R. E., Brewer, K. B., Elkins, J., Ibrahim, R. W., MacKenzie, M. J., & Schwalbe, C. S. (2015). Prevalence and Correlates of Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Suicidality in Jordanian Youth in Institutional Care. *The Journal of nervous and mental disease, 203*, 175-181. doi: 10.1097/NMD.0000000000000267
- Hartup, W. W. (1989). Social relationships and their developmental significance. *American psychologist, 44*, 120-126. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.120>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Holt-Lunstad, J., & Uchino, B. N. (2015). Social support and health. In K. Glantz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.). *Health behavior: Theory, research, and practice* (pp. 183-204). San Francisco: Wiley & Sons Inc.

- Instituto da Segurança Social (2016). Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens (CASA) de 2015.
- Kochanska, G. (1992). Children's interpersonal influence with mothers and peers. *Developmental Psychology*, 28, 491. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.28.3.491>
- Levitt, M. J., Levitt, J., Bustos, G. L., Crooks, N. A., Santos, J. D., Telan, P., & Milevsky, A. (2005). Patterns of social support in the middle childhood to early adolescent transition: Implications for adjustment. *Social Development*, 14, 398-420. doi: 10.1111/j.1467-9507.2005.00308.x
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsch, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6, 1–28. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100
- Magalhães, E., Calheiros, M. M., & Costa, P. (2016). To be or not to be a rights holder: Direct and indirect effects of perceived rights on psychological adjustment through group identification in care. *Children and Youth Services Review*, 71, 110-118.
- Martín, E., & Dávila, L. M. (2008). Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema*, 20, 229-235.
- Martins, P. C. (2005). A qualidade dos serviços de protecção às crianças e jovens – As respostas institucionais. Lisboa: VI Encontro Cidade Solidária. SCML.
- Ornelas, J. H. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise psicológica*, 12, 333-339.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Parente, C., Mendes, E., Teixeira, V., & Martins, P. (2014). As redes sociais pessoais de crianças e jovens em perigo em regime de acolhimento residencial. In M. Calheiros & V. Garrido (Eds.), *Crianças em risco e perigo contextos, investigação e intervenção* (pp. 77-102). Lisboa: Edições Silabo.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: steps towards understanding and action. In Rappaport, J. (ed.). *Prevention in Human Services*. Nova Iorque: The Haworth Press.

- Ritakallio, M., Luukkaala, T., Marttunen, M., Pelkonen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2010). Comorbidity between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: The role of perceived social support. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*, 164-171. doi: 10.3109/08039480903264911
- Rocha, M. M. D., Ferrari, R. A., & Silveiras, E. F. D. M. (2011). Padrões de concordância entre múltiplos informantes na avaliação dos problemas comportamentais de adolescentes: implicações clínicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 11*, 948-964.
- Rodrigues, S., Ducharne, M. A. B., & del Valle, J. F. (2013). La calidad del acogimiento residencial en Portugal y el ejemplo de la evolución española. *Papeles del psicólogo, 34*, 11-22.
- Russell, A., Pettit, G. S., & Mize, J. (1998). Horizontal qualities in parent-child relationships: Parallels with and possible consequences for children's peer relationships. *Developmental Review, 18*, 313-352. doi: <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0466>
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology, 44*, 127.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*. doi: 10.1186/1753-2000-2-2
- *Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D., & Münir, K. (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*, 883-899. doi: 10.1016/j.childyouth.2007.01.004
- Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Crianças e adolescentes institucionalizados: desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*, 407-415.
- Siqueira, A. C., Tubino, C. D. L., Schwarz, C., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Percepção das figuras parentais na rede de apoio de crianças e adolescentes institucionalizados. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 61*, 176-190.

- Soldevila, A., Peregrino, A., Oriol, X., & Filella, G. (2013). Evaluation of residential care from the perspective of older adolescents in care. The need for a new construct: optimum professional proximity. *Child & Family Social Work, 18*, 285-293. doi: 10.1111/j.1365-2206.2012.00843.x
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American journal of community psychology, 13*, 187-202.
- Veiel, H. O. (1985). Dimensions of social support: A conceptual framework for research. *Social psychiatry, 20*, 156-162.
- Wang, H. H., Wu, S. Z., & Liu, Y. Y. (2003). Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 19*, 345-350.
- Weber, S., Puskar, K. R., & Ren, D. (2010). Relationships between depressive symptoms and perceived social support, self-esteem, & optimism in a sample of rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing, 31*, 584-588. doi: 10.3109/01612841003775061
- WHO (2001). Strengthening mental health promotion. Geneva, World Health Organization.
- Wills, T., & Shinar, O. (2000). Measuring Perceived and Received Social Support. In Cohen, S., Underwood, L., & Gottlieb, B. (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention* (pp. 86-135). New York: Oxford University Press.

ANEXOS

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

Anexo A: Questionário Sociodemográfico

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Caracterização do Jovem:

DATA ___/___/___

1.1. Sexo: Feminino ___ Masculino ___ 1.2. Idade _____ 1.3. Ano de Escolaridade atual _____

1.4. O jovem tem alguma doença física ou mental? Sim ___ Não ___

1.5. Se sim, qual? _____

1.6. O jovem reprovou algum ano? Sim ___ Não ___ Se sim, quantos? _____

2. **Problemas no agregado familiar de origem:** coloque nas colunas membros do agregado familiar de origem (e.g., mãe, pai, irmão, tio etc) que possam ter experienciado algum dos seguintes acontecimentos, assinalando para cada um quais os que se aplicam.

Acontecimentos de vida	Elementos do Agregado Familiar			
	Jovem			
Dependência de Álcool				
Dependência de Estupefacientes				
Vítima de Violência Conjugal				
Agressor(a) conjugal				
Divórcio/ Separação				
Desemprego				
Problema grave ou crónico de saúde				
Dividas				
Morte de uma pessoa chegada/familiar				
Problemas com os vizinhos				
Problemas Judiciais				
Pena de prisão				
Doença psiquiátrica ou de foro mental				
Outro (Especificar qual)				

3. Dados do Processo de Acolhimento Residencial

3.1. Data de entrada do(a) jovem nesta casa de acolhimento: ___/___/___

3.2. Assinale com um x qual ou quais o(s) fundamento(s) para a aplicação da Medida de Acolhimento Residencial a este(a) jovem (cf. Lei n.º 142/2015, de 08/09):

Estava abandonada(o) ou vivia entregue a si própria(o)	
Sofria maus tratos físicos	
Sofria maus tratos psicológicos	
Era vítima de abuso sexual	
Não recebia os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal	
Estava aos cuidados de terceiros, durante período de tempo em que se observou o estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas	

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

funções parentais

Era obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento

Estava sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetavam gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional

Assumia comportamentos ou entregava-se a atividades ou consumos que afetavam gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação

3.3. Data do 1º acolhimento residencial: ___/___/___ 3.4. Nr. de acolhimentos residenciais prévios: ___

3.5. Este(a) jovem já foi reintegrado(a) alguma vez na família de origem depois do primeiro acolhimento?

Sim ___ Não ___

3.6. Decorrente da situação de perigo e do conseqüente acolhimento do(a) jovem, houve alguma medida judicial adicional de inibição dos contatos com a família de origem? Sim ___ Não ___

3.7. Se não há inibição de contatos com a família de origem, assinale com um **x** a frequência de contatos entre o(a) jovem e a sua família de origem.

	Visitas da família de origem à casa de acolhimento	Visitas do jovem à família de origem
Mais que 1 vez por semana		
1 vez por semana		
1 vez de quinze em quinze dias		
1 vez por mês		
1 vez de dois em dois meses		
Esporadicamente/Em ocasiões especiais		

3.8. Neste momento, qual o projecto de vida para este(a) jovem? (assinale com um x a opção correcta)

Projecto de vida	Resposta
Manter-se acolhido na presente casa de acolhimento	
Regressar à família biológica nuclear (pais, irmãos)	
Ser colocado na família biológica alargada (tios, avós)	
Ser transferido para outra casa de acolhimento	
Será aplicada uma medida de autonomia de vida	
Adoção	
Outro (Qual) _____	

Anexo B: Grelha de Caracterização da Casa de Acolhimento

Grelha de Caracterização da Casa de Acolhimento

Casa de Acolhimento:

- Destinatários: (Recebe crianças em que intervalo de idades) _____
- Tipologia: Misto____ Feminino____ Masculino____
- Capacidade máxima da casa de acolhimento (nr de crianças/jovens que pode acolher): ____
- Número de jovens acolhidos neste momento: ____
- Idade da criança mais nova: ____ Idade do jovem mais velho ____
- Numero de elementos da equipa técnica: _____
- Numero de elementos da equipa educativa: _____

Anexo C: Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo tem como objetivo compreender a perspetiva de jovens em acolhimento residencial acerca do suporte/apoio de diferentes pessoas nas suas vidas e a importância deste apoio para o seu bem-estar. No âmbito deste estudo, a aluna Sofia Silva Ferreira encontra-se a realizar a sua dissertação de Mestrado em Psicologia Comunitária e Proteção de Crianças e Jovens em Risco, no **ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa**, com a orientação da Professora Eunice Magalhães.

A participação neste estudo, que será muito valorizada, consiste em responder a um conjunto de questões, sendo para isso realizada uma entrevista individual (gravada em áudio para posterior análise), para garantir que as tuas respostas são dadas num ambiente de privacidade, e protegendo o teu espaço na partilha da informação. A participação neste estudo não tem riscos nem danos para ti.

A participação neste estudo é **voluntária**, e por isso, podes escolher participar ou não participar. Se escolheres participar, podes interromper a participação em qualquer momento. Para além de voluntária, a participação é também **anónima** e **confidencial**, uma vez que tua identificação nunca aparecerá em qualquer documento do projeto. Os dados destinam-se apenas à análise de dados necessária para a concretização do projeto e desta tese, nunca sendo identificados em qualquer meio.

Face a estas informações, declaro que compreendi toda a informação, indicando que aceito participar no estudo:

ACEITO PARTICIPAR NESTE ESTUDO

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____