



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças em Acolhimento Residencial**

Inês Maria Batista Gaudêncio

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

Orientadores:

Professora Doutora Joana Isabel Soares Baptista,

Professora Auxiliar

ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2021

# iscte

CIÊNCIAS SOCIAIS  
E HUMANAS

---

## **Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças em Acolhimento Residencial**

Inês Maria Batista Gaudêncio

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

Orientadores:

Professora Doutora Joana Isabel Soares Baptista,

Professora Auxiliar

ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2021

*Dedico este trabalho aos meus avôs e bisavós*

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Joana Baptista, agradeço toda a amabilidade e compreensão ao longo da elaboração desta dissertação. Foi um privilégio poder ser sua orientada, foi extremamente paciente comigo e esteve sempre disponível para me esclarecer.

À mãe Ana e ao pai João por me perguntarem constantemente pela tese e por me lembrarem sempre da mais-valia que irá ser para o meu futuro.

Às minhas avós, Rosa e Isilda, que nunca me deixaram esquecer como é importante estudar.

Um obrigado especial à minha irmã gémea Beatriz. Uma presença crucial ao longo de toda a minha vida e sem a qual isto não teria sido possível. Agradeço por me desencaminhar quando foi preciso, e por saber voltar a encaminhar-me.

Ao Ricardo, por todos os momentos de conforto e por todas as palavras de motivação.

Aos meus amigos, aos de sempre, e aos que foram surgindo ao longo da minha vida. Nunca me falharam e estiveram presentes em todos os momentos e fases da minha vida.

À Andreia, que foi o meu pilar, agradeço por me ajudar a equilibrar os momentos de descontração com os momentos de trabalho.

Aos meus colegas de trabalho que sempre me compreenderam e foram incansáveis no seu apoio no decorrer desta fase.

Às casas de acolhimento, por me terem aberto as portas e tornarem esta investigação possível.

Por fim, gostaria de agradecer também a todos os restantes que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho.

## Resumo

O acolhimento residencial constitui-se como uma medida alternativa de cuidados para crianças e jovens em perigo e frequentemente utilizada em todo o mundo, incluindo em Portugal. De acordo com anos de investigação, as crianças e jovens em acolhimento residencial apresentam risco acrescido para evidenciarem dificuldades em múltiplos domínios do seu desenvolvimento e saúde. No que concerne a crianças mais novas, esta literatura tem sido sobretudo informada com base no relato dos cuidadores, permanecendo ainda insuficientes os estudos que integram as perceções das crianças. Este estudo exploratório procurou colmatar esta lacuna e analisar as perceções de crianças em acolhimento residencial sobre a sua qualidade de vida relacionada com a saúde. A amostra incluiu 30 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos: 15 crianças em acolhimento residencial e 15 crianças da comunidade sem histórias de acolhimento. As crianças responderam ao Child Health and Illness Profile (CHIP-CE; Riley et al., 2004, versão Portuguesa de Rodrigues & Apóstolo, 2010) para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde. Adicionalmente, foi aplicada a prova de vocabulário da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças, terceira edição (WISC-III; Wechsler, 1991) para avaliação da competência verbal. As crianças em acolhimento residencial apresentaram um desempenho significativamente inferior na prova de vocabulário em comparação com os pares da comunidade. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na qualidade de vida relacionada com a saúde, mesmo após controlo da competência verbal. Sugere-se que estudos futuros integrem a perspetiva da criança em acolhimento residencial, incluindo das crianças mais novas, com vista a promover estratégias de intervenção desenvolvimentalmente ajustadas.

**Palavras-chave:** qualidade de vida relacionada com a saúde; crianças e adolescentes; acolhimento residencial.

### **PsycInfo Codes:**

**2900** Social Processes & Social Issues

**2956** Childrearing & Child Care

## **Abstract**

Residential care is an alternative care measure for children and young people at risk and is frequently used all over the world, including in Portugal. According to years of research, children and young people in residential care present a higher risk of showing multiple difficulties on several areas of their development and health. With regard to younger children, this literature has been mainly informed based on the reports of caregivers, and studies that integrate the children's perceptions remain insufficient. This exploratory study sought to fill this gap and analyze the perceptions of children in residential care about their health-related quality of life. The sample included 30 children aged between 6 and 13 years: 15 children in residential care and 15 never institutionalized children from the community. The children answered the Child Health and Illness Profile (CHIP-CE; Riley et al., 2004, Portuguese version by Rodrigues & Apóstolo, 2010) to assess health-related quality of life. Additionally, the vocabulary test of the Wechsler Intelligence Scale for Children, third edition (WISC-III; Wechsler, 1991) was applied to assess verbal competence. Children in residential care presented a significantly lower performance on the vocabulary test compared to their peers in the community. There were no statistically significant differences between groups in health-related quality of life, even after controlling for verbal competence. We argue that future studies should integrate the perspective of children in residential care, including younger children, aiming to promote developmentally adjusted intervention strategies.

**Keywords:** health-related quality of life; children and adolescents; residential care

### **PsycInfo Codes:**

**2900** Social Processes & Social Issues

**2956** Childrearing & Child Care

# Índice Geral

<b>1.</b>	
<b>Introdução</b> .....	6
<b>2. Enquadramento Teórico</b>	
2.1. O desenvolvimento da criança em acolhimento residencial.....	8
2.2. Qualidade de vida em acolhimento residencial.....	12
2.2.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde: definição e questão de avaliação.....	12
2.2.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento .....	16
2.3. O presente estudo.....	18
<b>3. Método</b>	
3.1. Participantes.....	20
3.2. Instrumentos.....	20
3.3. Procedimento.....	22
3.4. Estratégia Analítica.....	22
<b>4. Resultados</b> .....	23
<b>5. Discussão</b> .....	28
<b>6. Conclusão</b> .....	34
<b>Referências</b> .....	35

## **Índice de Quadros**

Quadro 1: Itens CHIP-CE com médias mais e menos elevadas: Grupo Acolhimento Residencial .....	25
Quadro 2: Itens CHIP-CE com médias mais e menos elevadas: Grupo Comunidade.....	26
Quadro 3: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças em Acolhimento Residencial e Crianças da Comunidade.....	27



## **1. Introdução**

O acolhimento residencial continua a ser uma das medidas alternativas de cuidados mais frequentemente utilizada em todo o mundo para crianças e jovens que se encontram em situação em perigo (UNICEF, 2010).

Em Portugal, no ano de 2020, encontravam-se acolhidas 6.706 crianças e jovens nas diferentes respostas sociais existentes. A maior incidência de acolhimentos verifica-se nas casas de acolhimento generalistas. Em 2020, a taxa de incidência de crianças e jovens acolhidos foi de 0,2% por cada 100 crianças e jovens residentes no país até aos 24 anos de idade (Instituto de Segurança Social, 2021). Sendo o acolhimento residencial uma medida tão frequente e com consequências documentadas para o desenvolvimento e bem-estar das crianças e jovens (Rutter, 1998; Zeanah et al., 2009; Van den Dries et al., 2010), muitos deles expostos a múltiplos eventos adversos na família de origem, torna-se crucial mais investigação sobre as perspetivas, interesses e opiniões dessas mesmas crianças e jovens, com vista a promover a qualidade das respostas e intervenções que lhes são oferecidas. Apesar de ser já vasta a investigação sobre o desenvolvimento e bem-estar destas crianças, a mesma tem recorrido sobretudo – e em particular no caso das crianças mais novas – ao relato dos seus cuidadores. Permanece escassa a literatura sobre a perceção que as próprias crianças têm acerca do seu funcionamento e bem-estar, incluindo acerca da sua qualidade de vida relacionada com a saúde (Rebok et al., 2001).

Nas últimas décadas, cresceu o interesse dos investigadores pelo estudo da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e jovens. A saúde é definida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social (OMS, 2008), resultante da necessidade de incorporar um conceito de qualidade de vida onde sejam integradas as dimensões ambientais, psicológicas e sociais. Assim sendo, a qualidade de vida relacionada com a saúde é descrita na literatura como um constructo subjetivo, dinâmico e com múltiplas dimensões, que englobam o funcionamento físico, psicológico e social. Por isso, ultrapassa a mera verificação da presença de sintomas físicos específicos (Dey, Landolt, & Mohler-Kuo, 2012). Medir a qualidade de vida relacionada com a saúde é, nos dias de hoje, um indicador importante nos resultados de avaliações de intervenções nos cuidados de saúde, tratamentos, compreensão da doença, identificação de desigualdades, na alocação de recursos de saúde e em estudos epidemiológicos e pesquisas. A literatura evidencia a importância de obter as perceções

de saúde e comportamentos relacionados com a saúde em crianças e adolescentes. Esta informação torna-se vital no planeamento de recursos, avaliação de políticas e na compreensão da trajetória da doença. As crianças revelam perspetivas únicas em relação à sua própria saúde, sendo capazes de fornecer informações vitais aos profissionais (Riley et al., 2004).

Perante o exposto, o presente estudo exploratório teve como objetivo contribuir para a literatura sobre o bem-estar de crianças em situação de acolhimento residencial. Em particular, visou analisar as perceções destas crianças sobre a sua qualidade de vida.

A presente dissertação é constituída primeiramente pelo **enquadramento teórico**, onde são apresentados resultados da investigação com crianças em acolhimento residencial e onde é abordado o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, incidindo igualmente sobre questões da sua avaliação. De seguida, é apresentado o **método** do presente estudo, onde são descritos os participantes, instrumentos de recolha de dados e o procedimento. Nos capítulos seguintes, são apresentados os **resultados** e a **discussão** dos mesmos, e na qual se incorpora uma descrição das limitações do estudo e sugestões para a investigação futura. Por fim, é apresentada uma **conclusão** final.

## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1. O desenvolvimento da criança em acolhimento residencial**

O acolhimento residencial é uma medida de promoção e proteção dos direitos da criança, que a coloca aos cuidados de uma entidade que dispõe de equipamentos e instalações permanentes, bem como de uma equipa técnica que trabalha no sentido de garantir condições e responder às necessidades de cada criança, ao nível da educação, desenvolvimento e bem-estar (Campos et al., 2019). As casas de acolhimento apresentam-se como um espaço que procura ser seguro, com a intenção de proteger as crianças e jovens que lá habitam, proporcionando-lhes condições para um desenvolvimento saudável que não foram asseguradas, por uma diversidade de razões, na família, sendo, então, uma alternativa na prestação de cuidados em percursos de vida marcados pela adversidade, como, por exemplo, negligência, abuso e abandono. O acolhimento residencial é uma resposta social em situações em que o desenvolvimento da criança está em perigo.

Os cuidados residenciais permanecem como uma intervenção frequente em todo o mundo (UNICEF, 2010). Apesar disto, diversos estudos têm estabelecido relações entre o acolhimento residencial e dificuldades no desenvolvimento global da criança, como no desenvolvimento físico e neurobiológico, cognitivo, emocional e comportamental. A título de exemplo, Rutter e colaboradores (1998), numa investigação clássica conduzida com crianças com experiências prévias de acolhimento residencial na Roménia, e, entretanto adotadas, demonstraram que, no momento da adoção no Reino Unido, 51%, 34% e 38% daquelas crianças evidenciavam um comprimento, peso e perímetro cefálico abaixo do esperado para a idade. Num outro estudo, investigadores compararam 42 crianças adotadas de famílias de acolhimento e 50 crianças também adotadas, mas que antes tinham estado em contexto residencial na China. As crianças foram avaliadas aos 2 e 6 meses após a adoção, tendo sido medido o peso, altura, perímetro cefálico, funcionamento neuroendócrino, e desenvolvimento cognitivo e motor. Os autores verificaram recuperação ao longo do tempo, com interação significativa entre o tempo e a idade da adoção, em que as crianças adotadas mais cedo apresentavam resultados mais positivos no peso e perímetro cefálico. As crianças anteriormente acolhidas em contexto residencial apresentavam nos dois momentos de avaliação dificuldades mais acentuadas no desenvolvimento cognitivo e motor do que as crianças que tinham estado em acolhimento familiar (Van den Dries et al., 2010). Uma

meta-análise, que englobou 8 estudos, veio por sua vez revelar que um maior tempo de permanência em acolhimento residencial está associado a atrasos no crescimento físico (Van IJzendoorn et al., 2011). Investigação têm igualmente apontado para um padrão atípico da atividade diurna do cortisol em crianças em acolhimento residencial. Num estudo clássico conduzido por Carlson e Earls (1997), foram avaliadas 46 crianças, com 2 anos de idade, provenientes de instituições na Roménia, tendo a grande maioria delas sido acolhidas logo após o nascimento. Neste estudo, constatou-se que a maioria das crianças da amostra não exibia um padrão normal de variação do cortisol ao longo do dia, apresentando valores baixos no início da manhã e ligeiramente elevados à noite. Este estudo foi replicado posteriormente com base numa amostra de crianças adotadas e que tinham estado acolhidas em casas de acolhimento na Rússia e na China (Gunnar, 2001). Os autores observaram um mesmo padrão de resultados. Um outro estudo conduzido na Rússia revelou resultados semelhantes aos estudos anteriormente mencionados (Gunnar, 2000).

No que concerne ao funcionamento emocional e comportamental das crianças em acolhimento residencial, Wiik e colaboradores (2011) salientam percentagens elevadas de crianças e jovens acolhidos com dificuldades nestes domínios do seu funcionamento. Este estudo, em particular, revelou que crianças e jovens com uma história de acolhimento residencial parecem estar particularmente vulneráveis a exibirem sintomas de défice de atenção e hiperatividade. Estes resultados têm sido suportados por outros estudos, que alertam para a presença de uma constelação de dificuldades no funcionamento destas crianças, que incluem igualmente problemas emocionais (e.g., ansiedade, depressão), de oposição e conduta, e destacam o início precoce das mesmas (Fisher et al., 1997; Kreppner, O'Connor, & Rutter, 2001; Zeanah et al., 2009). Outros autores reforçam que a prevalência de problemas emocionais e de comportamento em crianças em acolhimento é superior à prevalência observada em crianças que sempre viveram com as suas famílias (Calcing & Benetti, 2014). A este respeito o estudo de Campos e colaboradores (2019), realizado com uma amostra de adolescentes portugueses em acolhimento residencial, procurou comparar adolescentes em acolhimento residencial com os seus pares da comunidade, no que toca a problemas emocionais, comportamentais e competências psicossociais, identificar diferenças associadas ao sexo dos adolescentes, e ainda explorar as relações existentes entre os problemas emocionais e comportamentais e as competências sociais em adolescentes em acolhimento residencial. Os resultados vieram sugerir que os adolescentes em

acolhimento residencial apresentavam mais dificuldades do ponto de vista da sua saúde psicológica, mais problemas emocionais e comportamentais, menor sucesso acadêmico e redes de suporte social mais pobres, apesar de se encontrarem mais envolvidos em atividades desportivas, tarefas domésticas e hobbies, comparativamente com os adolescentes da comunidade. Relativamente às diferenças de sexo, as raparigas reportaram níveis mais elevados de depressão, ansiedade e problemas somatização, bem como mais dificuldades de internalização em geral. Os rapazes apresentaram níveis mais elevados de problemas de oposição e conduta. O estudo revelou ainda que as competências psicossociais estavam negativamente associadas aos problemas de saúde psicológica, atuando como fatores de proteção promovendo estratégias de *coping* e ajustamento. Outros estudos concluíram que crianças em acolhimento residencial tendem a apresentar défices mais acentuados de competência social, provavelmente devido aos desafios que experienciaram ao serem retirados do contexto familiar de origem ou devido ao facto do próprio contexto de acolhimento oferecer menos oportunidades para estabelecer e manter relações próximas e pessoais (Erickson, Crosnoe, & Dornbusch, 2000; Marinlovic & Backovic, 2007).

Autores têm procurado identificar fatores explicativos das dificuldades acima reportadas. O acolhimento residencial tem sido descrito como um ambiente que providencia à criança oportunidades escassas para a estimulação cognitiva e motora, e para o estabelecimento de interações previsíveis e consistentes e de vínculos seguros com (um adulto ou) um grupo reduzido de adultos (Campos et al., 2019; Miller, 2005; Sonuga-Barke et al., 2008; Vorria et al., 2003). A investigação de McLaughlin, Zeanah e Nelson (2012) procurou analisar as relações entre os cuidados prestados em acolhimento e o desenvolvimento da criança, tendo constatado que crianças acolhidas que estabeleceram um vínculo seguro apresentam menos problemas de internalização e externalização. Nesta mesma linha, autores verificaram que a existência de um cuidador preferido em acolhimento residencial predizia menos comportamentos de retraimento social em crianças acolhidas em Portugal (Baptista et al., 2012), e que cuidados residenciais inconsistentes, em acumulação com a exposição a mau trato na família, explicavam mais problemas de externalização em acolhimento (Baptista et al., 2014). Um estudo com crianças portuguesas mais velhas procurou examinar as associações entre as características do contexto social organizacional em acolhimento residencial e a psicopatologia em jovens através da análise da qualidade da relação cuidador-jovem, como mediadora daquelas associações. O estudo incluiu uma amostra de 378 jovens

entre os 12 e os 25 anos, 54 cuidadores entre os 24 e os 57 anos, e 29 instituições de acolhimento em Portugal (Silva et al., 2021). Baseando-se numa abordagem ecológica, que considera os diferentes subsistemas do ambiente social do acolhimento residencial e com uma perspetiva multi informante (jovens e cuidadores), os autores deste estudo concluíram que níveis mais elevados de envolvimento, stress e centralização percebido pelos cuidadores estavam associados a menos problemas de externalização (de acordo com o relato dos cuidadores), e que esta associação era mediada por uma melhor qualidade da relação adolescente-cuidador percebida pelo jovem. Estes resultados apontam para a importância de criar um contexto social organizacional em acolhimento residencial que atue como suporte aos cuidadores no estabelecimento de uma relação de qualidade com o jovens em acolhimento, promovendo desta forma a saúde psicológica em acolhimento (Silva et al., 2021).

A literatura tem salientado outros fatores do acolhimento residencial, como a idade de acolhimento e o tempo de permanência no contexto residencial, com potencial impacto no desenvolvimento e funcionamento da criança. A este respeito, Rutter e colegas (2002) verificaram que crianças adotadas mais tardiamente, e que, portanto, permaneceram mais tempo em acolhimento residencial, revelavam mais problemas de comportamento, comparativamente a crianças adotadas mais cedo.

Para Siqueira e Dell’Aglío (2006), o acolhimento residencial não pode ser visto como um condutor, único e invariável, para dificuldades no desenvolvimento da criança ou psicopatologia, podendo existir outros fatores de risco ambientais que influenciam a adaptação da criança em acolhimento. Assim, para além dos cuidados prestados em acolhimento residencial, autores destacam variáveis associadas à família de origem que podem ter impacto no desenvolvimento e funcionamento da criança em acolhimento. De acordo com Schmid e colaboradores (2008), são várias as crianças em acolhimento residencial que apresentam uma história marcada por experiências prévias de privação, incluindo negligência parental e/ou abuso, que podem ter impacto negativo no desenvolvimento e saúde psicológica da criança. De facto, autores têm salientando o papel da acumulação de adversidades precoces no contexto familiar, antes da retirada, destacando a negligência, abuso, problemas de saúde psicológica dos pais e a exposição a substâncias (O’Connor, 2003). A título de exemplo, Soares e colaboradores (2014) observaram que a acumulação dos eventos atrás mencionados estavam associados à presença de mais comportamentos perturbados de vinculação em crianças Portuguesas acolhidas em contexto residencial.

Não obstante os resultados anteriormente apresentados, poucos são os estudos que recorreram aos relatos da própria criança para uma melhor compreensão do seu desenvolvimento e bem-estar, no que concerne em específico aos estudos com crianças mais novas em acolhimento. Esta lacuna deve-se, pelo menos em parte, a desafios desenvolvimentais e à escassez de instrumentos de avaliação apropriados à idade e nível de desenvolvimento, assentes no autorrelato, e dirigidos também a crianças mais novas. O presente estudo procura dar resposta a esta lacuna, explorando, a partir do relato das mesmas, as perceções de qualidade de vida relacionada com a saúde - um tópico ainda pouco explorado nesta população - em crianças em acolhimento residencial dos 6 aos 13 anos de idade.

## **2.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde em acolhimento residencial**

### **2.2.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde: definição e questão de avaliação**

As últimas décadas foram pautadas por um interesse crescente pelo estudo da qualidade de vida relacionada com a saúde. A saúde é definida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social (OMS, 2008), resultante da então necessidade de incorporar um conceito de qualidade de vida onde estivessem integradas (e interligadas) as dimensões ambientais, psicológicas e sociais que de igual modo ajudam a compreender o contexto e a perspetiva de um sujeito no seu todo (Mortágua, 2011).

A qualidade de vida relacionada com a saúde é descrita na literatura como um constructo subjetivo, dinâmico e com diversas dimensões, que engloba o funcionamento físico, psicológico e social. Por isso, ultrapassa a mera verificação da presença de sintomas físicos específicos (Dey, Landolt, & Mohler-Kuo, 2012). Para Verbruggen e colaboradores (2019), qualidade de vida relacionada com a saúde compreende vários domínios: (i) bem-estar físico, (ii) psicológico e (iii) social. Reflete o impacto da saúde no largo conceito de qualidade de vida e fornece uma visão sobre o que significam as incapacidades na vida diária dos indivíduos. De acordo Solans e colaboradores (2008), este conceito também se apresenta como multidimensional, abrange o domínio físico, psicológico, e os domínios sociais da saúde vistos como áreas distintas, que são influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas e perceções de cada pessoa. A sua avaliação confia na perceção subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar.

O modelo teórico de Wilson e Cleary (1995) e a sua subsequente revisão (Ferran et al., 2005) fazem a ligação entre variáveis clínicas e a qualidade de vida relacionada

com a saúde. O modelo sugere que a qualidade de vida é influenciada por funções biológicas, sintomas, estado funcional e percepções gerais de saúde em conjunto com as características ambientais e individuais. A função biológica engloba o processo dinâmico que sustenta a vida, é focada nas células, órgãos e sistemas orgânicos, é avaliada por indicadores físicos, testes laboratoriais e diagnósticos médicos. Os sintomas referem-se à percepção de um indivíduo relativamente ao seu estado físico, emocional e cognitivo. O estado funcional é definido como a capacidade de realizar tarefas em várias funções principais, como função física, função social e função psicológica. As percepções gerais de saúde tratam-se de uma classificação subjetiva que inclui todos os conceitos de saúde que o precedem. Por fim, a qualidade de vida geral é descrita como o bem-estar subjetivo, significa o quão feliz ou satisfeito o indivíduo está com a vida como um todo. Salientar que as componentes integrantes deste modelo são influenciadas pelas características do ambiente envolvente e pelas características do indivíduo, os valores e ideais de cada indivíduo com impacto direto na qualidade geral de vida (Wilson & Cleary, 1995).

A qualidade de vida relacionada com a saúde apresenta-se então como uma abordagem abrangente no que toca à medição dos resultados de saúde. Difere de outras medidas de saúde por ter uma natureza multidimensional e por se focar na recolha de experiências subjetivas de saúde e bem-estar (Bastiaansen et al., 2004; Fayers & Machin, 2007). Medir a qualidade de vida relacionada com a saúde é, nos dias de hoje, um indicador importante nos resultados das avaliações de intervenções nos cuidados de saúde, tratamentos, compreensão da doença, identificação de desigualdades, na alocação de recursos de saúde e em estudos epidemiológicos e investigação.

Na prática clínica, tem sido sugerido que os instrumentos para a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde podem ser úteis em identificar e priorizar problemas de saúde dos indivíduos, facilitam a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, auxiliam na identificação de problemas de saúde inesperados ou ainda ocultos e ajudam também na tomada de decisão, na monitorização de mudanças nos pacientes, estado de saúde e respostas ao tratamento (Solans et al., 2008). Ao longo das últimas décadas, os esforços para desenvolver métodos que acedam ao estado de saúde, estado funcional e resultados dos cuidados prestados aos adultos, resultaram na disponibilização de diversos instrumentos de avaliação agora utilizados. No entanto, o mesmo esforço não tem sido aplicado no que toca às crianças e adolescentes (Strafield



et al, 1995), sendo uma importante exceção o trabalho de Strafield et al. (1995) e Riley et al. (2004), descritos mais adiante.

Em 2008, Solans e colaboradores publicaram uma investigação cujo principal objetivo passou por identificar instrumentos disponíveis de qualidade de vida relacionada com a saúde, genéricos e específicos de doença, para crianças e adolescentes até aos 19 anos de idade. Os autores constataram que os instrumentos desenvolvidos para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde incluem medidas genéricas e específicas da doença. As primeiras são usadas para recolher informações sobre a doença e a saúde em crianças ao nível da população ou prática clínica e permitem a comparação da qualidade de vida relacionada com a saúde em diferentes condições. As segundas procuram recolher informações sobre sintomas ou problemas de saúde específicos de populações específicas com uma determinada doença ou sintoma. Estes instrumentos tendem a ser mais sensíveis às mudanças relacionadas com o tratamento. Os resultados demonstram que os instrumentos para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde são geralmente multidimensionais, desenhados para medir o ponto de vista subjetivo do inquirido relativamente ao impacto da doença e tratamento nas funções físicas, psicológicas e sociais. Sendo uma construção com uma abordagem multidimensional, a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde é adequada a condições que também revelam um impacto multidimensional, fazendo sentido que os instrumentos que medem a qualidade de vida relacionada com a saúde avaliem também as diversas dimensões do conceito.

Duas medidas genéricas importantes que se destacam na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes são o Child Health and Illness Profile - Adolescent Edition (CHIP-AE), que procura aceder ao estado de saúde dos adolescentes, e o Child Health and Illness Profile – Child Edition (CHIP-CE), uma ferramenta de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde para crianças em idade escolar que mede a satisfação com a vida e as condições de vida, apresentados nas investigações de Strafield e colaboradores (1995) e Riley e colaboradores (2004).

O propósito da investigação de Strafield e colaboradores (1995) passou por documentar o estado de saúde das populações adolescentes, identificar diferenças sistemáticas de saúde nas subpopulações, perceber o impacto das intervenções dos serviços de saúde e servir de ferramenta inicial para a integração de adolescentes em programas de rastreio, diagnóstico e tratamento. Para este fim foi usado o CHIP-AE, instrumento que procura aceder à informação de saúde dos jovens, na adolescência, e

que conta com seis domínios de avaliação: Desconforto, Perturbação, Satisfação com a saúde, Realização, Riscos e Resiliência. Foi aplicado a adolescentes entre os 11 e os 17 anos. Este estudo teve ainda como objetivo testar a validade e fiabilidade do instrumento CHIP-AE.

Os resultados revelaram que os aspetos testados de fiabilidade e validade do CHIP-AE atingem níveis aceitáveis para todos os subdomínios, apresentando-se então como uma ferramenta viável para avaliar os estados de saúde das populações e subpopulações adolescentes, podendo também ser usado para obter informações relativas a mudanças ocorridas ao longo do tempo e como resposta às intervenções dos serviços de saúde. Demonstrou ainda que o acesso a informações relativas à saúde desempenham um papel vital no que toca ao planeamento, execução e avaliação dos sistemas de saúde.

O estudo de Riley e colaboradores (2004) teve como objetivo rever e testar o CHIP-CE, reforçando a perspectiva de que a obtenção do relato das próprias crianças acerca do tema constitui-se como um aspeto crítico para a compreensão das trajetórias da saúde e da doença. Rebok e colaboradores (2001) evidenciaram o facto de as crianças em idade escolar, do ensino primário, serem já capazes de relatar aspetos relativos à sua saúde. Só estando ainda disponível o instrumento de autorrelato para adolescentes (CHIP-AE), os autores iniciaram o desenvolvimento do CHIP-CE (Riley et al., 2004), para crianças entre os 6 e 11 anos de idade que conta com cinco domínios de avaliação: Satisfação, Conforto, Resiliência, Evitamento do risco e Realização. Este estudo evidenciou que o estado de saúde das crianças nas idades acima descritas pode ser avaliado de forma válida através do uso do CHIP-CE, que em combinação com o CHIP-AE, permite aceder aos relatos de saúde das crianças e jovens entre os 11 e os 18 anos, o que se torna essencial na investigação longitudinal ao longo da infância e adolescência. A confiança nestes instrumentos e a sua aplicação possibilitam o acesso a informações únicas e exclusivas que melhoraram a precisão das avaliações do estado de saúde.

Os instrumentos desenvolvidos nesta área têm vindo a ganhar cada vez mais importância, nomeadamente os questionários específicos onde a maioria apresenta propriedades psicométricas adequadas, ficando a ressalva de que é importante incluir as crianças desde idades precoces (Solans et al., 2008; Rebok et al., 2001). Aliado a isto, o uso de instrumentos que permitam avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde possibilitam ainda fazer comparações através de diversas amostras de várias condições

de saúde e populações saudáveis. As intervenções dos serviços de saúde assentam o seu impacto na saúde direta das pessoas, sendo de valorizar a existência de métodos que permitam caracterizar a saúde e aceder às suas mudanças ao longo do tempo, seja em populações ou seja em pacientes individuais expostos às intervenções destes serviços (Strafield et al., 1995). A perceção de crianças e adolescentes pode e deve ser tida em conta como informação vital neste processo, pois a melhoria das respostas assenta na integração da perspetiva da criança no plano de tratamento e na adaptação das práticas de saúde pública (Dey, Landolt, & Mohler-Kuo, 2012).

### **2.2.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento**

Alguma literatura tem explorado as perceções das próprias crianças acerca da sua qualidade de vida relacionada com a saúde. No entanto, a investigação sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento residencial permanece escassa, apesar de anos de investigação que indicam que estas crianças estão em risco para evidenciarem múltiplas dificuldades nas suas trajetórias de desenvolvimento e bem-estar, tal como descrito anteriormente. Apesar desta escassez, de seguida apresentam-se resultados de estudos existentes que ajudam a informar este tópico e o presente trabalho.

O estudo de Nakatomi e colaboradores (2018) revela-se como particularmente pertinente para o presente estudo. Aqueles autores conduziram uma investigação com o objetivo de comparar a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento residencial no Japão e em crianças no contexto familiar de origem. O estudo integrou 204 participantes, 47 em acolhimento e 157 em contexto familiar de origem entre os 8 e os 15 anos de idade. Os resultados indicaram que as crianças em acolhimento residencial evidenciavam perceções menos positivas de qualidade de vida do que as crianças em contexto familiar de origem. Estes autores analisaram ainda as diferenças entre crianças mais novas e mais velhas, revelando que as crianças em idade escolar em acolhimento residencial reportavam níveis mais baixos de qualidade de vida em comparação com os pares da mesma idade na família. O mesmo padrão de resultados não foi observado entre as crianças mais velhas, não existindo diferenças entre crianças acolhidas e não acolhidas.

Para além do trabalho anterior, outros estudos merecem ser mencionados. A este respeito, destaca-se o estudo de Carvalho e colaboradores (2020) que procurou comparar o bem-estar subjetivo das crianças em acolhimento residencial e em famílias

de acolhimento em dois países europeus, Portugal e Espanha. Portugal e Espanha são dois países vizinhos, que partilham não só a mesma península, mas também raízes históricas, linguísticas, culturais e práticas religiosas, que podem indicar semelhanças nos sistemas de promoção e proteção. Até ao final do século XX, os sistemas de promoção e proteção nos dois países eram caracterizados pela existência de instituições ligadas à Igreja Católica, com uma base assente na caridade, providenciando cuidados às crianças mais desfavorecidas, muitas das vezes entregues pelas próprias famílias ao nascer, por serem numerosas e terem dificuldades em sustentar as mesmas (Calheiros et al., 1993; Casas, 1998; Martins, 2006). Durante anos, a legislação não considerou a hipótese de famílias de acolhimento, existindo apenas a adoção como medida alternativa (López et al., 2014). O bem-estar subjetivo, alvo de avaliação no estudo de Carvalho e colaboradores (2020), emerge como uma componente psicossocial da qualidade de vida. Engloba a satisfação com a vida, perceções, valores e objetivos que as crianças têm relativamente aos aspetos das suas vidas. O estudo incluiu uma amostra de 551 crianças entre os 11 e os 15 anos de idade, sendo que em Portugal 39 crianças encontravam-se em famílias de acolhimento e 145 crianças em acolhimento residencial. Em Espanha, 41 crianças estavam em acolhimento familiar e 326 em acolhimento residencial. De acordo com os resultados, as crianças em acolhimento residencial apresentavam valores mais baixos de bem-estar subjetivo, relativamente às crianças em acolhimento familiar, em ambos os países. Os resultados realçaram também que no acolhimento residencial, em ambos os países, os rapazes reportavam níveis mais elevados de bem-estar do que as raparigas. Os autores verificam ainda que as crianças mais velhas (13-15 anos) em acolhimento residencial reportaram níveis mais baixos de bem-estar, em ambos os países, do que as crianças mais novas (11-12 anos) (Carvalho et al., 2020).

Num outro estudo, Delgado e colaboradores (2019) procuraram comparar o bem-estar subjetivo das crianças em acolhimento residencial e das crianças em famílias de acolhimento com o bem-estar subjetivo de crianças que vivem com as suas famílias em Portugal. Esta investigação englobou 422 crianças entre os 11 e os 15 anos de idade, onde 39 se encontravam em famílias de acolhimento, 145 em acolhimento residencial e 238 que vivem com a família de origem. Os resultados indicaram que as crianças em acolhimento residencial apresentavam valores mais baixos de bem-estar subjetivo quando comparadas com as crianças em famílias de acolhimento e as crianças no contexto familiar de origem. Não foram observadas diferenças significativas entre o grupo das crianças em famílias de acolhimento e as crianças em contexto familiar de

origem. No entanto, os autores constataram que as raparigas em acolhimento residencial reportavam níveis mais baixos de bem-estar em relação aos rapazes de todos os grupos (Delgado et al., 2019).

Por sua vez, Greger e colaboradores (2016) procuraram explorar as relações entre o acolhimento, mau trato e o bem-estar em adolescentes na Noruega. Em particular, este estudo comparou o relato sobre o bem-estar de adolescente em acolhimento com e sem história de mau trato e de adolescentes da comunidade. Os resultados revelaram que os adolescentes em acolhimento com uma história de mau trato infantil reportavam níveis mais baixos de bem-estar do que os seus pares da comunidade. Um número mais elevado de adversidades na infância estava associado a menor bem-estar (Greger et al., 2016).

Importa mencionar, que os estudos anteriores estiveram sobretudo centrados em amostras de crianças mais velhas, na adolescência. Os resultados, na sua globalidade, indicam que as crianças em acolhimento residencial evidenciam significativamente níveis mais baixos de qualidade de vida e bem-estar do que as crianças em contexto familiar. O presente estudo pretende fazer um contributo para esta literatura, explorando as perceções de qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças mais novas em acolhimento residencial, entre os 6 e os 13 anos de idade.

### **2.3. O presente estudo**

O acolhimento residencial permanece como uma medida de promoção e proteção frequentemente utilizada no nosso país. Em Portugal, no ano de 2020, encontravam-se acolhidas 6.706 crianças e jovens nas diferentes respostas sociais existentes. A maior incidência de acolhimentos verifica-se nas casas de acolhimento generalistas. A taxa de incidência de crianças e jovens acolhidos foi de 0,2% crianças e jovens por cada 100 crianças e jovens residentes no país até aos 24 anos de idade (Instituto de Segurança Social, 2021).

Quando o foco incide sobre o contexto residencial, permanece escassa a literatura sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento em Portugal, apesar de a investigação demonstrar que crianças com experiências de acolhimento residencial estão em risco acrescido de evidenciarem dificuldades em múltiplos domínios do seu desenvolvimento físico, neurobiológico e cognitivo, e funcionamento emocional e comportamental (Kreppner et al., 2007; Kumsta et al., 2010; Miller & Hendric, 2002). O conhecimento existente sobre estas

crianças, em particular as mais novas, assenta habitualmente na recolha de informação junto dos cuidadores, sendo ainda em número reduzido os estudos sobre as perceções que estas crianças têm quanto à sua própria saúde, apesar de a investigação indicar que as crianças a partir dos 6 anos já terão adquiridos as competências que lhes permitem relatar aspetos sobre as suas experiências de saúde (Rebok et al., 2001).

Sendo o acolhimento residencial uma realidade ainda particularmente presente no nosso país, e porque as crianças em acolhimento estão em situação de vulnerabilidade, tanto pelas experiências adversas na família de origem como pela experiência residencial em si mesma, torna-se essencial compreender as suas experiências e necessidades à luz das suas perspetivas, interesses e opiniões. A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde revela-se crucial, devendo o relato da criança ser tido em conta como informação vital naquele processo de procura de compreensão: a melhoria da qualidade das respostas providenciadas a estas crianças assenta na integração da sua perspetiva (Dey, Landolt, & Mohler-Kuo, 2012).

### **Objetivos e Hipótese**

Tendo em consideração o supra exposto, o presente estudo teve como objetivo descrever as perceções de qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento residencial entre os 6 e os 13 anos de idade. Visou ainda comparar as perceções de qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento residencial e em crianças da comunidade nunca acolhidas. Quanto à hipótese que orientou o presente trabalho, espera-se que as crianças em acolhimento residencial apresentem perceções de qualidade de vida relacionada com a saúde menos positivas do que as crianças da comunidade.

## 4. Método

### 4.1. Participantes

A amostra do presente estudo é composta por 30 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos ( $M = 11.40$ ,  $DP = 1.99$ ): 15 crianças ( $n = 8$  do sexo masculino;  $M = 11.40$  anos de idade,  $DP = 2.03$ ) em acolhimento residencial e 15 crianças ( $n = 7$  do sexo masculino;  $M = 11.13$  anos de idade,  $DP = 2.03$ ) da comunidade sem histórias de acolhimento. Não foram identificadas diferenças entre os grupos na idade,  $t = -.36$ ,  $p = .72$ , ou sexo,  $X^2 = .13$ ,  $p = .50$ .

No que concerne às crianças em acolhimento residencial, os motivos que originaram o seu acolhimento foram diversos e cumulativos, designadamente negligência ( $n = 13$ , 43.3%), dificuldades ao nível das competências parentais ( $n = 12$ , 40%) e socioeconómicas ( $n = 9$ , 30%), consumo de substâncias pelos pais ( $n = 4$ , 13.3%), criminalidade na família ( $n = 3$ , 10%), exposição a violência doméstica ( $n = 2$ , 6.7%), abandono ( $n = 1$ , 3.3%) e absentismo escolar ( $n = 1$ , 3.3%). Estas crianças foram acolhidas entre os 4 e os 12 anos de idade ( $M = 7.67$ ,  $DP = 2.32$ ) e residiam na casa de acolhimento há 44 meses em média, sendo o mínimo 7 meses e o máximo 84 meses ( $DP = 26.79$ ). Todas as crianças tinham vivido, em algum momento das suas vidas, com a família biológica. Duas crianças (13.3%) estiveram expostas a acolhimentos prévios, três crianças (20%) tinham como projeto de vida a adoção, e sete crianças (46.7%) passavam fins-de-semana/férias com a família.

Quanto às crianças da comunidade sem histórias de acolhimento, todas habitavam com os pais. Dez pais (66.7%) eram casados ou viviam em união de facto, quatro pais (26.7%) estavam divorciados ou separados, e uma mãe era viúva.

### 4.2. Instrumentos

**Informações Sociodemográficas no Acolhimento.** Para recolher informações sociodemográficas das crianças em acolhimento foi utilizado um questionário repartido em duas secções. Numa das partes os participantes foram inquiridos sobre questões alusivas ao sexo, idade e data de entrada em acolhimento. Noutra secção foram incluídas questões acerca da relativamente à dos contactos com a família biológica, dos motivos do acolhimento, e acerca do agregado familiar de origem e a história de desenvolvimento da criança.

**Informações Sociodemográficas na Comunidade.** Para recolher informações sociodemográficas das crianças da comunidade foi administrado um questionário com questões referentes ao sexo da criança, idade e estado civil dos pais.

**Competência verbal.** Para a avaliação da competência verbal foi administrado o subteste vocabulário da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças, terceira edição (WISC-III; Wechsler, 1991). A WISC-III é um instrumento clínico de administração individual que avalia a inteligência dos sujeitos entre os 6 anos e os 16 anos e 11 meses. Esta bateria é composta por 13 subtestes. Neste estudo procedeu-se à administração do subteste vocabulário para avaliação da competência verbal da criança, servindo de variável de controlo. De acordo com Sattler (1992), o subteste de vocabulário é aquele que se apresenta mais fortemente associado à escala completa ( $r = .86$ ). Neste subteste é solicitado à criança que defina um conjunto de palavras apresentadas oralmente.

**Perceção de Saúde e Comportamentos Relacionados com a Saúde.** Para a avaliação das perceções das crianças acerca da sua qualidade de vida relacionada com a saúde foi utilizada a versão portuguesa do instrumento *Child Health and Illness Profile* (CHIP-CE; Riley et al., 2004, versão Portuguesa de Rodrigues & Apóstolo, 2010), dirigida a crianças entre os 6 e os 11 anos de idade. O CHIP-CE trata-se de um instrumento de autorrelato em formato papel e lápis, de administração individual e composto por 45 itens, organizados em cinco domínios: (1) *Satisfação* (9 itens), onde a criança avalia o seu bem-estar e autoestima; (2) *Conforto* (12 itens), que inclui sintomas físicos e psicológicos, assim como a limitação da atividade; (3) *Resiliência* (8 itens), que engloba fatores protetores contra futuros problemas de saúde; (4) *Evitamento do risco* (8 itens), que se centra na perceção da criança em relação à frequência em que se envolve em comportamentos que podem ser prejudiciais à sua saúde ou desenvolvimento futuro; e (5) *Realização* (8 itens), que se foca em quão positivamente a criança se sente no desempenho académico e social. Cada item é respondido pela criança numa escala de 5 pontos, em que valores mais elevados em cada escala indicam uma perceção de saúde e comportamentos relacionados com a saúde mais positivos. O instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, tendo uma consistência interna entre 0.67 e 0.83 para todos os domínios (Rodrigues & Apóstolo, 2010).



### **4.3. Procedimento**

A recolha de dados efetuou-se de forma presencial e individual. No que concerne às crianças em acolhimento residencial, a recolha de dados foi levada a cabo em duas casas de acolhimento do centro do país. Para todos os participantes, foram obtidos os devidos consentimentos informados junto dos progenitores/tutores legais da criança autorizando a participação da mesma, e junto dos diretores das casas de acolhimento autorizando a realização do estudo. Quanto às crianças da comunidade, a recolha de dados foi realizada na residência das mesmas. Junto dos pais, foi obtido um consentimento informado autorizando a participação das crianças no estudo. Todas as crianças (acolhidas e não acolhidas) forneceram o consentimento verbal. O presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Iscte.

### **4.4. Estratégia Analítica**

No que concerne à estratégia analítica do presente trabalho, foram primeiramente examinadas as diferenças entre as crianças em acolhimento residencial e as crianças da comunidade na competência verbal, recorrendo ao teste t para amostras independentes. De seguida, foi realizada uma análise multivariada de variância (MANOVA), de forma a analisar as diferenças entre os grupos nas perceções da qualidade de vida relacionada com a saúde, considerando cada uma das subescalas do CHIP-CE, e controlando o potencial efeito da competência verbal. Por fim, foram identificados os itens do CHIP-CE com as médias mais e menos elevadas, de forma a examinar tópicos potencialmente de menor e maior preocupação em cada um dos grupos. Todo o tratamento de dados foi realizado através do *software SPSS Statistics 25*.

## 5. Resultados

### 5.1. Competência verbal

#### 5.1.1. Diferença entre os grupos

Inicialmente procedeu-se à comparação entre o grupo de crianças em acolhimento residencial e o grupo de crianças da comunidade no que concerne à sua competência verbal. De acordo com os resultados, as crianças da comunidade ( $M = 10.67$ ,  $DP = 2.72$ ,  $Mínimo = 3$ ,  $Máximo = 16$ ) evidenciaram um desempenho significativamente superior no subteste de vocabulário do que as crianças em acolhimento residencial ( $M = 7.20$ ,  $DP = 1.86$ ,  $Mínimo = 4$ ,  $Máximo = 11$ ),  $t = 4.08$ ,  $p < .001$ .

### 5.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde

#### 5.2.1. Análise descritiva em função do grupo

Nas Tabelas 1 e 2 encontram-se indicados os 10 itens do CHIP-CE que obtiveram as médias mais elevadas e os 10 itens com as médias mais baixas no grupo de crianças em acolhimento residencial e da comunidade, respetivamente.

É possível observar que, em ambos os grupos, que os itens que obtiveram médias mais elevadas pertencem às escalas de satisfação, conforto, e evitamento de riscos. Por outro lado, entre os itens que obtiveram médias mais baixas, emergiram aqueles que pertencem à subescala Realização, em ambos os grupos.

No grupo do acolhimento residencial, o relacionamento com os pares (e.g., Item 41, “*Quantas vezes te dás bem com os teus amigos*”) e a saúde física (e.g., Item 5, “*Nas últimas 4 semanas, quantas vezes tiveste dificuldade em respirar*”) destacam-se como os comportamentos associados a uma perceção mais positiva da qualidade de vida relacionada com a saúde. Relativamente aos itens que obtiveram médias mais baixas, salientam-se os que descrevem comportamentos relacionados com o contexto escolar e cuidados (e.g., Item 22, “*Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, como te correu a leitura*”) e com os cuidadores (e.g., Item 29, “*Nas últimas 4 semanas, quantas vezes é que os teus pais passaram tempo contigo a fazer algo divertido*”). Sobressai ainda neste grupo comportamentos relacionados com a autoestima (e.g., Item 32, “*Quantas vezes realmente gostas de ti próprio*”).

No grupo da comunidade, entre os itens que foram associados a uma perceção mais positiva da qualidade de vida relacionada com a saúde são realçados aqueles que traduzem comportamentos ao nível da relação com os pares (e.g., Item 40, “*Quantos*”).

*amigos tens*”) e da saúde física (e.g., Item 3, “*Nas últimas 4 semanas, quantas vezes tiveste dores de barriga fortes*”). Quanto aos itens menos associados a uma perceção positiva da qualidade de vida relacionada com a saúde destacaram-se aqueles que indicam comportamentos relacionados com o contexto escolar (e.g., Item 21, “*Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, como te correu a matemática*”), com o desporto (e.g., Item 4, “*Nas últimas 4 semanas, quantas vezes tiveste dores que realmente te incomodaram*”), e com os cuidadores (e.g., Item 46, “*Nas últimas 4 semanas, quantas vezes falaste com os teus pais sobre o que vais fazer no dia a seguir*”).

Quadro 1

*Itens CHIP-CE com médias mais e menos elevadas: Grupo Acolhimento Residencial*

Subescala CHIP-CE	<b>Acolhimento Residencial</b>	
	<b>10 itens com uma média mais elevada</b>	<b>M</b>
<i>Conforto</i>	12. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes te sentiste demasiado doente para brincaremos em casa	4.67
<i>Satisfação</i>	36. Quantas vezes te divertestes muito	4.67
<i>Conforto</i>	11. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes tiveste medo	4.57
<i>Realização</i>	24. Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, quantas vezes acabaste os trabalhos de casa	4.53
<i>Conforto</i>	13. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes te sentiste demasiado doente para brincaremos lá fora/ na rua	4.50
<i>Conforto</i>	5. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes tiveste dificuldade em respirar	4.47
<i>Resiliência</i>	45. Quantas vezes tens um adulto a quem recorrer quando tens um grande problema	4.47
<i>Satisfação</i>	41. Quantas vezes te dás bem com os teus amigos	4.40
<i>Evitamento de Riscos</i>	18. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes te meteste com outros miúdos	4.33
<i>Evitamento de Riscos</i>	19. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes andaste com miúdos que se metem em problemas	4.31
	<b>10 itens com uma média mais baixa</b>	<b>M</b>
<i>Realização</i>	21. Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, como te correu a matemática	2.53
<i>Realização</i>	23. Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, eras bom a lembrar-te de coisas que aprendias na escola	2.60
<i>Satisfação</i>	7. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes te sentiste realmente triste	2.87
<i>Realização</i>	15. Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, como é que te correu o teu trabalho (na escola)	3.00
<i>Resiliência</i>	29. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes é que os teus pais passaram tempo contigo a fazer algo divertido	3.01
<i>Satisfação</i>	32. Quantas vezes realmente gostas de ti próprio	3.20
<i>Realização</i>	22. Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, como te correu a leitura	3.27
<i>Satisfação</i>	34. Quantas vezes te sentes realmente orgulhoso de ti mesmo	3.27
<i>Resiliência</i>	46. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes falaste com os teus pais sobre o que vais fazer no dia a seguir	3.40
<i>Satisfação</i>	31. Como está a tua saúde	3.47

Quadro 2

*Itens CHIP-CE com médias mais e menos elevadas: Grupo Comunidade*

Subescala CHIP-CE		Comunidade
		<b>10 itens com uma média mais elevada</b>
		<b><i>M</i></b>
<i>Realização</i>	24. Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, quantas vezes acabaste os trabalhos de casa	4.67
<i>Evitamento de Riscos</i>	18. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes te meteste com outros miúdos	4.60
<i>Satisfação</i>	39. Quantas vezes te sentes muito saudável	4.47
<i>Satisfação</i>	40. Quantos amigos tens	4.47
<i>Conforto</i>	5. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes tiveste dificuldade em respirar	4.43
<i>Evitamento de Riscos</i>	17. Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, quantas vezes te meteste em problemas na escola	4.40
<i>Evitamento de Riscos</i>	44. Quantas vezes disseste a alguém que lhe vais bater	4.38
<i>Conforto</i>	3. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes tiveste dores de barriga fortes	4.33
<i>Satisfação</i>	35. Quantas vezes te sentes amado e querido	4.33
<i>Conforto</i>	8. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes choraste muito	4.23
		<b>10 itens com uma média mais baixa</b>
		<b><i>M</i></b>
<i>Satisfação</i>	7. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes te sentiste realmente triste	2.33
<i>Realização</i>	21. Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, como te correu a matemática	3.13
<i>Realização</i>	23. Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, eras bom a lembrar-te de coisas que aprendias na escola	3.27
<i>Resiliência</i>	29. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes é que os teus pais passaram tempo contigo a fazer algo divertido	3.27
<i>Resiliência</i>	46. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes falaste com os teus pais sobre o que vais fazer no dia a seguir	3.47
<i>Realização</i>	30. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes correste muito enquanto brincavas ou praticavas desporto	3.60
<i>Conforto</i>	10. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes te sentiste queixoso/refilão	3.67
<i>Realização</i>	14. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes brincaste a jogos ou praticaste desportos ativos	3.67
<i>Conforto</i>	4. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes tiveste dores que realmente te incomodaram	3.67
<i>Realização</i>	15. Nas últimas 4 semanas que estiveste na escola, como é que te correu o teu trabalho (na escola)	3.73

### 5.2.2. Diferença entre os grupos

De seguida, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA) de forma a testar as diferenças entre os grupos nas percepções da qualidade de vida relacionada com a saúde de saúde, considerando cada uma das subescalas do CHIP-CE, e controlando o potencial efeito da competência verbal e da idade das crianças. Os dados indicaram que os pressupostos da igualdade das matrizes de covariância (teste de Box,  $p = .52$ ) e da homogeneidade das variâncias (teste de Levene, todos os resultados,  $p > .05$ ) não foram violados. De acordo com a Tabela 3, as crianças em acolhimento residencial obtiveram valores médios inferiores em todas as subescalas do CHIP-CE, quando comparadas com as crianças da comunidade. Porém, as diferenças entre os grupos nas percepções da qualidade de vida relacionada com a saúde não se revelaram estatisticamente significativas,  $F(5,23) = .97$ ,  $p = .46$ . Os mesmos resultados foram obtidos quando a competência verbal não foi incluída no modelo.

#### Quadro 3

*Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças em Acolhimento Residencial e Crianças da Comunidade.*

<b>Subescala CHIP-CE</b>	<b>Grupo de pertença</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>
<i>Satisfação</i>	Comunidade	15	45.93	4.73	2.35
	Acolhimento	15	41.40	7.38	
<i>Conforto</i>	Comunidade	15	40.13	9.39	.84
	Acolhimento	15	39.93	7.68	
<i>Realização</i>	Comunidade	15	32.73	4.98	.003
	Acolhimento	15	30.67	5.23	
<i>Evitamento de Riscos</i>	Comunidade	15	23.40	6.02	.26
	Acolhimento	15	19.13	8.57	
<i>Resiliência</i>	Comunidade	15	26.47	3.98	.45
	Acolhimento	15	27.87	3.87	

**Nota.** Todos os resultados,  $p > .05$ .

## 6. Discussão

O presente estudo exploratório teve como objetivo analisar as percepções da qualidade de vida relacionada com saúde em crianças em acolhimento residencial e compará-las com as percepções dos seus pares da comunidade.

Contrariamente ao que era esperado, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas percepções da qualidade de vida relacionada com a saúde entre os grupos. A não existência de diferenças estatisticamente significativas pode ser explicada pela dimensão reduzida da amostra e poder estatístico, mas igualmente pelo facto do presente estudo ter incluído crianças entre os 6 e os 13 anos de idade. Importa realçar que a maioria dos estudos prévios, que identificaram diferenças significativas entre grupos, incluíram amostras de crianças mais velhas e adolescentes.

A adolescência pauta-se por ser um período do desenvolvimento humano caracterizado por mudanças vincadas a nível psicossocial com impacto noutros domínios do funcionamento da pessoa. A literatura científica é consistente ao considerar a adolescência como um período de risco para a emergência de psicopatologia, apesar da maioria dos adolescentes estar bem-adaptada (Kelly et al., 2015; Powers & Casey, 2015; Ullsperger & Nikolas, 2017; Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). Durante esta fase do desenvolvimento humano, ocorrem mudanças-chave caracterizadas por alterações hormonais e morfológicas ligadas à puberdade. A puberdade traz mudanças externas observáveis e mudanças internas, bem como alterações hormonais que afetam os padrões de sono e a intensidade das emoções, que conseqüentemente podem levar a desajustes na regulação emocional com impacto direto nas relações interpessoais e atividades diárias (Hammen, 2005). Em paralelo com as mudanças hormonais e biológicas associadas à puberdade, a adolescência é igualmente um período de transformação social e psicológica. Durante esta fase, o mundo social e a interação com os pares ganham uma importância significativa, em comparação com as crianças mais novas: os adolescentes passam mais tempo com os pares do que com as suas famílias, a importância da aprovação social aumenta e as interações tornam-se mais complexas (Lam, McHale, & Crouter, 2014). A adolescência representa um período sensível no que toca à interação social, apresentando os adolescentes uma alta sensibilidade à estimulação social e aos efeitos negativos da exclusão social (Blakemore & Mills, 2014). Consistente com esta visão, estudos salientam o potencial efeito a longo prazo da privação social e do isolamento na adolescência, a nível neuro químico, no

desenvolvimento de estruturas cerebrais e em comportamentos associados a problemas de saúde psicológica. A adolescência é um período onde o ambiente social é crucial a nível do desenvolvimento cognitivo, na construção do autoconceito e na promoção da saúde psicológica (Orben, Tomova, & Blakemore, 2020).

Sendo a adolescência uma fase marcada por transformações, mas também por vulnerabilidades, crianças mais velhas em acolhimento residencial podem encontrar-se numa situação de maior risco para reportarem níveis mais baixos de qualidade de vida relacionada com a saúde, afastando-se dos pares da comunidade, o que poderá explicar as inconsistências nos resultados encontrados entre este estudo com crianças mais novas e estudos prévios com foco na adolescência. Importa, porém, lembrar os resultados do estudo de Nakatomi e colaboradores (2018) que observou que crianças mais novas da amostra reportavam níveis mais baixos de qualidade de vida. Os achados deste estudo podem estar a apontar para o envolvimento de questões culturais na temática da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e jovens em acolhimento (i.e., este estudo foi conduzido no Japão enquanto que os restantes, na sua maioria, foram levados a cabo em países ocidentais). Esta é uma possibilidade de merecer ser considerada em investigação futura.

As inconsistências entre os resultados do presente estudo com crianças mais novas e de outros conduzidos com adolescente podem ser igualmente explicadas por limitações (típicas) no desenvolvimento cognitivo que se observam em crianças mais novas (Van den Dries et al., 2010), o que poderá ter implicações no autorrelato acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde. As inconsistências podem ainda dever-se ao facto de crianças mais velhas apresentarem habitualmente um maior tempo em acolhimento e terem estado expostas a um maior número de eventos adversos. A este respeito, e por sua vez, literatura tem apontado para relações significativas entre o tempo passado em acolhimento residencial, exposição a experiências adversas, dificuldades mais acentuadas em múltiplos domínios do funcionamento (desde físico a cognitivo e emocional) e psicopatologia em crianças em acolhimento residencial (Baptista et al., 2014; Campos et al., 2019; Wiik et al., 2011) a níveis mais baixos de qualidade de vida/bem-estar. O estudo longitudinal de Costa e colaboradores (2020) procurou examinar o bem-estar dos adolescentes em acolhimento residencial durante um ano, revelando que estes tendem a alterar a sua perceção de bem-estar ao longo do tempo. Este aspeto assume relevância em adolescentes em acolhimento, não só pelo período do desenvolvimento em si já analisado, mas também por todo o processo



adaptativo ao acolhimento, evento causador de stress que pode afetar a percepção de bem-estar. O estudo de Dregan e Gulliford (2011) também indica que as crianças com uma permanência geral mais longa em cuidados residenciais tendem a reportar níveis mais baixos de bem-estar na vida adulta. Os resultados deste estudo sugerem que a admissão nos cuidados residenciais após os dez anos de idade é um forte preditor na baixa satisfação com a vida. A idade de admissão, a duração e o tipo de medida estão associados a consequências na vida adulta. Este estudo salienta também que a medida de acolhimento residencial está associada a consequências mais negativas comparativamente a medidas de acolhimento familiar. Importa referir que alguma literatura relata a estabilidade do acolhimento como um fator relevante no bem-estar das crianças, ou seja, mais importante do que o tempo passado em acolhimento, parece ser a estabilidade e a qualidade da medida de cuidado mais relevantes no bem-estar, apesar das crianças experienciarem uma medida de acolhimento, se esta for estável (e.g. poucas mudanças de instituições) está associada a níveis mais elevados de bem-estar (Montserrat, 2012). Sugere-se que investigação futura explore se as relações anteriores se estendem para as percepções acerca qualidade de vida relacionada com a saúde.

No presente estudo, procedeu-se a uma análise descritiva dos itens, tendo sido identificados os itens com as médias mais e menos elevadas. Em ambos os grupos, os itens que surgiram com médias mais elevadas, e, portanto, indicadores de percepções mais positivas de qualidade de vida relacionada com a saúde, pertenciam às escalas de Satisfação, Conforto, e Evitamento de Riscos do CHIP-CE. Por sua vez, os itens com médias mais baixas, em ambos os grupos, pertenciam sobretudo à escala Realização. Desta forma, tanto nas crianças acolhidas como nas crianças da comunidade, sobressaíram os itens relacionados com a relação com os pares e com a saúde física como associados a uma percepção mais positiva da qualidade de vida relacionada com a saúde; já o contexto escolar e os cuidados emergiram como associados a uma percepção menos positiva da qualidade de vida relacionada com a saúde.

O estudo de validação do CHIP-CE chama a atenção para as diferenças de idade na resposta ao questionário, revelando que a escala de satisfação é reportada de uma forma mais positiva por crianças mais novas (Riley et al., 2004). A mesma subescala emergiu no presente estudo, podendo sugerir que as percepções da qualidade de vida relacionada com a saúde obtidas podem estar relacionadas com características específicas do período desenvolvimental. Investigação futura deverá explorar esta possibilidade.

As relações entre pares exerce especial importância no período da infância e adolescência (Rubin & colaboradores, 2006). Anos de investigação têm demonstrado que o estabelecimento de relações positivas com os pares poderá funcionar como fator protetor do impacto de experiências negativas e geradoras de stress (Bagwell & Schmidt, 2011). De acordo com os resultados do presente estudo, as relações com os pares emergiram como particularmente salientes, tendo estes itens do CHIP-CE sido mais positivamente pontuados. Relações positivas com os pares devem ser promovidas e mantidas, especialmente em contexto residencial, ao poderem atuar como fator protetor do impacto dos eventos negativos de vida e do próprio acolhimento na qualidade de vida e bem-estar destas crianças. As relações sociais têm sido documentadas como tendo influência na qualidade de vida dos adolescentes, sendo que uma elevada disponibilidade de recursos sociais atuam como um fator protetor auxiliando na manutenção de uma qualidade de vida positiva. Estudos sugerem que as relações interpessoais com os pais, funcionários e amigos são os fatores reportados mais frequentemente como determinantes de uma boa qualidade de vida em adolescentes em acolhimento residencial (Swerts et al., 2019). O estudo de Singstad e colaboradores (2021) informa também que uma rede de suporte social nos adolescentes em acolhimento tem um contributo importante na sua qualidade de vida.

Com já anteriormente mencionado, os itens relacionados com o contexto escolar, com os cuidadores e com a autoestima emergiram neste estudo como apresentando os resultados médios mais baixos. Em particular nas crianças em acolhimento residencial, importa salientar que este contexto é habitualmente caracterizado pelo acolhimento de crianças e adolescentes no mesmo espaço, em grandes grupos; por rácios cuidador-crianças inadequados; por elevado *turnover* dos cuidadores e rotatividade, o que leva a que os cuidados sejam pouco consistentes e pouco previsíveis; e por cuidadores submersos em múltiplas tarefas e rotinas, o que igualmente impede oportunidades de interação um-para-um, responsivas e recíprocas (McCall & Groark, 2015; Rosas & McCall, 2011; St. Petersburg - U.S.A. Orphanage Research Team, 2008). Autores sugerem que a falta de interação socioemocional entre cuidador - criança pode contribuir para dificuldades no crescimento físico, no funcionamento cognitivo e comportamental (Blizzard, 1992; Johnson, 2000, Johnson & Gunnar, 2011; McCall, 2011; Rutter et al., 2007, 2010; St. Petersburg-U.S.A. Orphanage Research Team, 2008), e logo para uma menor qualidade de vida e bem-estar. Sugere-se que investigação futura examine as associações entre os cuidados prestados em acolhimento

e a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças, algo não explorado pelo presente estudo. Quanto ao contexto escolar e autoestima, os nossos dados são consistentes com investigação prévia que sugere que crianças com histórias de acolhimento estão em risco de evidenciarem dificuldades académicas e baixa autoestima (Campos et al., 2019). A literatura tem sido consistente em afirmar que as crianças em acolhimento residencial evidenciam mais dificuldades académicas. O estudo de Trout e colaboradores (2008) indica que as crianças em acolhimento apresentam um risco acrescido de evidenciarem dificuldades emocionais, cognitivas e académicas. Segundo os autores, a maioria das crianças quando integram o contexto de acolhimento já apresentam dificuldades académicas, nomeadamente na leitura e no cálculo matemático. Da mesma forma, Zima e colaboradores (2000) sugerem no seu estudo que uma maior permanência em acolhimento está relacionada com uma maior probabilidade de suspensão ou expulsão no contexto escolar, e ainda que os sucessivos acolhimentos e mudanças de instituição estão associados a défices académicos. No que toca à autoestima é importante referir o estudo de Yoon e colaboradores (2019), que procurou investigar o papel da autoestima na associação entre os maus tratos infantis e a sintomatologia depressiva em uma amostra de adolescentes em cuidados residenciais, revelando o papel mediador desta variável entre o abuso emocional e a sintomatologia depressiva em adolescentes em acolhimento. Especificamente, um maior abuso emocional revelou estar associado a uma menor autoestima, que por sua vez estava relacionada a mais sintomatologia depressiva. Sugere-se investigação futura sobre as relações entre variáveis anteriores e a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento, algo não explorado nesta investigação.

Por fim, no presente estudo, as crianças em acolhimento residencial evidenciaram um desempenho significativamente inferior no subteste de *vocabulário* da WISC-III comparativamente às crianças do grupo da comunidade. Estes resultados parecem estar em linha com anos de investigação que sugerem dificuldades em múltiplos domínios do desenvolvimento da criança em acolhimento, incluindo o domínio cognitivo. A este respeito, e a título de exemplo, a investigação de Cohen e colaboradores (2008) examinou o desenvolvimento de 70 crianças, do sexo feminino, provenientes da China e adotadas no Canadá. As crianças foram avaliadas em três ocasiões: no momento da adoção, 12 e 24 meses após a adoção. Estas crianças foram comparadas com 43 crianças da comunidade emparelhadas em função da idade e do sexo. Os autores verificaram que, na avaliação inicial, as crianças adotadas

apresentavam um desempenho em tarefas de avaliação do funcionamento cognitivo significativamente inferior em relação às crianças da comunidade. O mesmo padrão de resultados foi observado noutros estudos (e.g., Van IJzendoorn et al., 2005).

### **Limitações do presente estudo e sugestões para investigação futura**

O presente estudo exploratório não é livre de limitações. Primeiramente, importa salientar a dimensão reduzida da amostra, limitando o poder estatístico. Para além disto, não foram consideradas outras variáveis, que ajudariam à compreensão e expansão dos resultados obtidos, como a exposição da criança a experiências adversas na família de origem ou a qualidade dos cuidados providenciados em contexto residencial. Sugere-se que investigação futura incorpore simultaneamente as perceções dos cuidadores, adotando uma perspetiva multi informante, e que inclua crianças mais velhas, de forma a testar se as perceções acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento residencial variam em função do período de desenvolvimento em que a criança se encontra. Por fim, importa mencionar que o CHIP-CE se dirige a crianças entre os 6 e 11 anos, pelo que o nosso estudo incluiu crianças entre os 6 e os 13 anos de idade. Esta limitação poderá ter tido impacto dos resultados obtidos no presente estudo.

## **7. Conclusão**

O presente estudo exploratório procurou contribuir para a investigação sobre as percepções acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento residencial. Embora não tenham sido encontradas diferenças significativas ao nível das percepções da qualidade de vida relacionada com a saúde entre crianças em acolhimento residencial e crianças da comunidade nunca acolhidas, reforça-se a importância de ouvir e considerar a perspectiva das crianças e jovens acolhidos nos vários domínios que abrangem o seu desenvolvimento.

Sendo o acolhimento residencial uma alternativa de cuidados para crianças e jovens em perigo amplamente utilizada, torna-se essencial auxiliar este contexto a intervir de forma adequada e o mais adaptada possível às necessidades (incluindo desenvolvimentais) da criança e jovem. Mais investigação sobre a percepção destas crianças e jovens acerca da sua própria qualidade de vida relacionada com a saúde poderá contribuir para este propósito. Relativamente a estudos futuros, será importante dar continuidade à presente investigação, recorrendo a amostras representativas e considerando possíveis fatores de risco e proteção para uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças em acolhimento.

## Referências

- Bagwell, C. L., & Schmidt, M. E. (2011). *Friendships in childhood and adolescence. Guilford Publications.*
- Baptista, J., Belsky, J., Marques, S., Silva, J. R., Oliveira, P., Mesquita, A., Soares, I. (2014). The interactive effect of maltreatment in the family and unstable institutional caregiving in predicting behavior problems in toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 38(12), 2072–2079.
- Baptista, J., Belsky, J., Martins, C., Silva, J., Marques, S., Mesquita, A., e Soares, I. (2013). Social withdrawal behavior in institutionalized toddlers: individual, early family and institutional determinants. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 562–573.
- Baptista, J., Soares, I., & Henriques, M. (2013). O impacto da adoção no desenvolvimento da criança. *Psicologia*, 27(2), 63–79.
- Blakemore, S-J., Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing?. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 187–207.
- Blizzard, R. M., & Bulatovic, A. (1992). Psychosocial short stature: a syndrome with many variables. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 6(3), 687–712.
- Callahan, D. (1973). The who definition of “health.”. *The Hastings Center Studies*, 1(3), 77 – 87.
- Campos, J., Barbosa-Ducharne, M., Dias, P., Rodrigues, S., Martins, A. C., & Leal, M. (2019). Emotional and behavioral problems and psychosocial skills in adolescents in residential care. *Child and Adolescent Social Work Journal*.
- Canaz, H., Canaz, G., Dogan, I., & Alatas, I. (2017). Health-related quality of life in non-paraplegic (ambulatory) children with myelomeningocele. *Child's Nervous System*, 33(11), 1997–2002.
- Carvalho, J. M. S., Delgado, P., Montserrat, C., Llosada-Gistau, J., & Casas, F. (2020). Subjective well-being of children in care: comparison between Portugal and Catalonia. *Child and Adolescent Social Work Journal*.
- Casas, F. (1998). *Infancia: Perspectivas psicosociales*. Barcelona: Paidós.
- Cohen, N., Lojkasek, M., Zadeh, Z., Pugliese, M., & Kiefer, H., (2008). Children adopted from China: A prospective study of their growth and development. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 49 (4), 458 – 468.

- Colton, M., & Hellinckx, W. (1993). Child care in the EC: a country-specific guide to foster and residential care, 177–194.
- Corval, R., Belsky, J., Baptista, J., Oliveira, P., Mesquita, A., & Soares, I. (2017). Inhibited attachment disordered behavior in institutionalized preschool children: links with early and current relational experiences. *Attachment & Human Development*, 19(6), 598–612.
- Costa, M., Tagliabue, S., Matos, P.M., & Mota, C.P. (2020). Stability and change in adolescents' well-being: the role of relationships with caregivers in residential care. *Children and Youth Services Review*, 119.
- Delgado, P., Carvalho, J. M. S., Montserrat, C., & Llosada-Gistau, J. (2019). The subjective well-being of portuguese children in foster care, residential care and children living with their families: challenges and implications for a child care system still focused on institutionalization. *Child Indicators Research*.
- Dey, M., Landolt, M. A., & Mohler-Kuo, M. (2012). Health-related quality of life among children with mental disorders: a systematic review. *Quality of Life Research*, 21(10), 1797–1814.
- Dregan, A., & Gulliford, M. C. (2011). Foster care, residential care and public care placement patterns are associated with adult life trajectories: population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1517–1526.
- Erickson, K.G., Crosnoe, R.L., & Dornbusch, S.M. (2000). A Social process model of adolescent deviance: combining social control and differential association perspectives. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 395-425.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336–342.
- Fox, N. A., Nelson, C. A., e Zeanah, C. H. (2017). The effects of psychosocial deprivation on attachment: lessons from the Bucharest early intervention project. *Psychodynamic Psychiatry*, 45(4), 441–450.
- Glisson, C., Green, P., & Williams, N. J. (2012). Assessing the organizational social context (OSC) of child welfare systems: implications for research and practice. *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 621–632.
- Goleman, D. (2011). *Inteligência social: a nova ciência do relacionamento humano*. Lisboa: Círculo de Leitores.

- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2016). Child maltreatment and quality of life: a study of adolescents in residential care. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1).
- Guedeney, A., Guedeney, N., Tereno, S., Dugravier, R., Greacen, T., Welniarz, B. et al. (2011). Infant rhythms versus parental time: promoting parent–infant synchrony. *Journal of Physiology-Paris*, 105(1–3), 195–200.
- Hammen, C. L. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hordijk, J., Verbruggen, S., Vanhorebeek, I., Van den Berghe, G., Utens, E., Joosten, K., & Dulfer, K. (2019). Health-related quality of life of children and their parents 6 months after children’s critical illness. *Quality of Life Research*.
- Ison, M.S., & Morelato, G.S. (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas Psychologica*, 7, 357-367.
- ISS (2020). *Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Johnson, D. E. (2000). Long-term medical issues in international adoptees. *Pediatric Annals*, 29(4), 234 –241.
- Johnson, D. E., & Gunnar, M. R. (2011). Growth failure in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 92–126.
- Kelly, E. V., Newton, N. C., Stapinski, L. A., Slade, T., Barrett, E. L., Conrod, P. J., & Teesson, M. (2015). Suicidality, internalizing problems and externalizing problems among adolescent bullies, victims and bully-victims. *Preventive Medicine*, 73, 100-105.
- Kuhlthau, K., Kovacs, E., Hall, T., Clemmons, T., Orlich, F., Delahaye, J., & Sikora, D. (2013). Health-related quality of life for children with ASD: associations with behavioral characteristics. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(9), 1035–1042.
- Kumsta, R., Stevens, S., Brookes, K., Schlotz, W., Castle, J., Beckett, C., Sonuga-Barke, E. (2010). 5HTT genotype moderates the influence of early institutional deprivation on emotional problems in adolescence: evidence from the English and Romanian Adoptee (ERA) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 755–762.



- Lam, C. B., McHale S. M., Crouter A. C. (2014). Time with peers from middle childhood to late adolescence: developmental course and adjustment correlates. *Child Development*, 85(4), 1677–1693.
- López, M., Delgado, P., Carvalho, J. M. S., & Del Valle, J. (2014). Características y desarrollo del acogimiento familiar en dos países con fuerte tradición de acogimiento residencial: España y Portugal. *Universitas Psychologica*, 13(2), 15–30.
- Maclean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15(04).
- Marinkovic, J. A., & Backovic, D. (2007). Relationship between type of placement and competencies and problem behavior of adolescents in long-term foster care. *Children and Youth Services Review*, 29(2), 216–225.
- Martins, C., Belsky, J., Marques, S., Baptista, J., Silva, J., Mesquita, A. R., Soares, I. (2012). Diverse physical growth trajectories in institutionalized portuguese children below age 3: relation to child, family, and institutional factors. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(4), 438–448.
- Martins, P. C. (2006). A qualidade dos serviços de protecção às crianças e jovens: as respostas institucionais. *Revista Infância e Juventude*, 3, 103–114.
- Miller, L., & Hendric, N. (2002). Health of children adopted from China. *Pediatrics*, 105 (6), 1-6.
- Montserrat, C. (2012). Kinship care in Spain: messages from research. *Child & Family Social Work*, 19(3), 367–376.
- Nakatomi, T., Ichikawa, S., Wakabayashi, H., & Takemura, Y. C. (2018). Children and adolescents in institutional care versus traditional families: a quality of life comparison in Japan. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1).
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários*.
- O'Connor, T. G. (2003). Early experiences and psychological development: conceptual questions, empirical illustrations, and implications for intervention. *Development and Psychopathology*, 15(03).
- O'Connor, T.G., Rutter, M., & the English and Romanian Adoptees Study Team. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 703–712.

- Orben, A., Tomova, L., Blakemore, S. (2020) The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 1–6.
- Otto, C., Haller, A.-C., Klasen, F., Hölling, H., Bullinger, M., & Ravens-Sieberer, U. (2017). Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *Plos One*, 12(12).
- Petersburg, S. (2008). The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73(291), 1–260.
- Powers, A., & Casey, B. J. (2015). The adolescent brain and the emergence and peak of psychopathology. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 3–15.
- Rajmil, L., Berra, S., Dolors Estrada, M., Serra-Sutton, V., Rodríguez, M., Borrell, C., Starfield, B. (2004). Versión española del perfil de salud infantil, cuestionario para padres y madres: child health and illness profile-child edition parent report form (CHIP-CE/PRF). *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 305–311.
- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: a review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 103501.
- Rebok, G., Riley, A., Forrest, C., Starfield, B., Green, B., Robertson, J., e Tambor, E. (2001). *Quality of life research*, 10(1), 59–70.
- Riley, A. W., Forrest, C. B., Rebok, G. W., Starfield, B., Green, B. F., Robertson, J. A., & Friello, P. (2004). The Child Report Form of the CHIP, Child Edition. *Medical Care*, 42(3), 221–231.
- Riley, W., Forrest, C. B., Starfield, B., Rebok, G. W., Robertson, J. A., e Green, B. F. (2004). The parent report form of the chip, Child edition. *Medical care*, 42(3), 210–220.
- Rodrigues, M. A., & Hawarylak, M. F. (2007). O método eduterapêutico aplicado à educação para a saúde de crianças em contexto escolar. *Revista de enfermagem Referência*, 2(5), 69-76.
- Rodrigues, M.A, Apóstolo J.L.A. (2010). Portuguese adaptation of the child health and illness profile, Child Edition (CHIP-CE). *Revista de Enfermagem Referência III*, 2, 121-126.

- Rosas, J. M., & McCall, R. B. (2011). Characteristics of institutions, interventions, and resident children's development. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA.
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Parker, J. G. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. *The Handbook of Child Psychology*. 3, 571–645.
- Rutter, M., & O'Connor, T. G. (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Developmental Psychology*, 40(1), 81–94.
- Sandoval, M., Lemos, S., & Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: a normative study of the YSR. *Psicothema*, 18(4), 804-809.
- Singstad, M.T., Wallander, J.L., Greger, H.K., Lydersen, S., & Kayed, N.S. (2021). Perceived social support and quality of life among adolescents in residential youth care: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19.
- Smyke, A. T., Koga, S. F. M., Johnson, D. E., Fox, N. A., Marshall, P. J., Nelson, C. A. (2007). The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 210–218.
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2010). Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Development*, 81(1), 212–223.
- Soares, I., Belsky, J., Oliveira, P., Silva, J., Marques, S., Baptista, J., & Martins, C. (2014). Does early family risk and current quality of care predict indiscriminate social behavior in institutionalized Portuguese children?. *Attachment & Human Development*, 16(2), 137–148.
- Solans, M., Pane, S., Estrada, M.-D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., Rajmil, L. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value in Health*, 11(4), 742–764.
- Starfield B, Riley AW, Green BF, Ensminger ME, Ryan SA, Kelleher K, Kim-Harris S, Johnston D, Vogel K. (1995). The adolescent child health and illness profile. *Medical Care*, 33(5), 553–566.
- Swerts, C., De Maeyer, J., Lombardi, M., Waterschoot, I., Vanderplasschen, W., & Claes, C. (2019). You shouldn't look at us strangely: an exploratory study on personal perspectives on quality of life of adolescents with emotional and

- behavioral disorders in residential youth care. *Applied Research in Quality of Life*, 14(4), 867–869.
- Ullsperger, J. M., & Nikolas, M. A. (2017). A meta-analytic review of the association between pubertal timing and psychopathology in adolescence: are there sex differences in risk?. *Psychological Bulletin*, 143(9), 903-938.
- UNICEF. (2010). *Handbook on pregnancy, childbirth, childhood illnesses, child development and the care of children*.
- Van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). Infants' physical and cognitive development after international adoption from foster care or institutions in China. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(2), 144–150.
- Van Harmelen A-L., Kievit R. A., Ioannidis K., et al. (2017). Adolescent friendships predict later resilient functioning across psychosocial domains in a healthy community cohort. *Psychological Medicine*, 47(13), 2312–2322.
- Van IJzendoorn, M., Juffer, F., & Klein Poelhuis, C. (2005). Adoption and cognate development: A meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychological Bulletin*, 131, 301-316.
- Wiik, K. L., Loman, M. M., Van Ryzin, M. J., Armstrong, J. M., Essex, M. J., Pollak, S. D., & Gunnar, M. R. (2010). Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 56–63.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59–65.
- Yoon, M., Cho, S., & Yoon, D. (2019). Child maltreatment and depressive symptomatology among adolescents in out-of-home care: the mediating role of self-esteem. *Children and Youth Services Review*.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 275–303.
- Zeanah, C. H., Nelson, C. A., Fox, N. A., Smyke, A. T., Marshall, P., Parker, S. W., et al. (2003). Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: the Bucharest early intervention project. *Development and Psychopathology*, 15(4), 885–907.

Zima, B.T., Bussing, R., Freeman, S.F., Yang, X., Belin, T.R., & Forness, S.R. (2000). Behavior problems, academic skill delays and school failure among school-aged children in foster care: their relationship to placement characteristics. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 87-103.