

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Joana Isabel Baptista Bezerra de Matos

Saúde Mental das Crianças em
Acolhimento Residencial: a Intervenção
dos Profissionais



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Joana Isabel Baptista Bezerra de Matos

**Saúde Mental das Crianças em
Acolhimento Residencial: a Intervenção
dos Profissionais**

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Paula Cristina Martins

outubro de 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Cristina Martins, um obrigado sincero por me ter acolhido, por todo o apoio prestado ao longo da dissertação, pelo conhecimento que me transmitiu ao longo deste percurso, assim como pelo incentivo, paciência e disponibilidade. Um sincero obrigado pela ajuda.

À minha família e namorado pelo constante apoio, acompanhamento e paciência ao longo destes cinco anos. Obrigada por me terem incentivado a não desistir e por acreditarem em mim mesmo quando eu não o fazia, ajudando-me sempre em todas as ocasiões.

Um obrigado especial à Gabriela, Sofia F. e Tânia pelo auxílio na reta final, sem vocês era difícil.

Às amigas da universidade, Gabriela, Tânia, Sofia, Paula, Cláudia e Catarina pelo companheirismo ao longo destes anos e pela partilha de todos os momentos.

Aos elementos das casas de acolhimento um enorme obrigado pela colaboração neste trabalho, contribuindo para a sua realização, apesar das condições da pandemia.

Obrigada a todos os restantes que de uma forma ou outra cruzaram o meu caminho e que contrubuíram para a minha formação e realização desta dissertação.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 11/10/2021

Assinatura: Joana Isabel Baptista Regueira Santos

Saúde Mental das Crianças em Acolhimento Residencial: a Intervenção dos Profissionais

Resumo

Crianças/jovens em acolhimento residencial têm maior prevalência de problemas comportamentais e emocionais requerendo, na sua maioria, de intervenção técnica especializada. Em Portugal, o conhecimento sobre os modelos e estratégias de intervenção adotados pelas casas de acolhimento é escasso. Com isto, três casas de acolhimento foram estudadas utilizando a análise documental e entrevista. A análise de conteúdo revelou que a modalidade de intervenção mais utilizada junto das crianças é externa às casas, seguindo-se o relevo atribuído pelos profissionais ao papel da psicofarmacologia e, finalmente, não se registaram modelos empiricamente validados e informados. A ação técnica fundamentada e o envolvimento da família são os pilares da intervenção e devem constituir o foco da avaliação da sua eficácia em acolhimento residencial.

Palavras-chave: Acolhimento Residencial, Análise de Conteúdo, Crianças e Jovens, Intervenção Profissionais

Mental Health of Children in Residential Care: the Intervention of Professionals

Abstract

Children/youths in a residential care have higher prevalence of behavioral and emotional problems and therefore require, mostly, specialized technical intervention. In Portugal, knowledge about the intervention models and strategies adopted by shelters is scarce. Knowing this, three shelters were analyzed using document analysis and interviews. The content analysis revealed that the method of intervention most used with children is external to the shelters, following the importance attributed by professionals to the role of psychopharmacology and finally without using empirically validated and informed models present in the intervention. Grounded technical action and family involvement are the cornerstones of the intervention and should be the focus of the assessment of their effectiveness in residential care.

Keywords: Children and Youth, Content Analysis, Intervention, Professionals, Residential Care

Índice

Saúde Mental das Crianças em Acolhimento Residencial: a Intervenção dos Profissionais.....	8
Método.....	10
Análise documental.....	10
Entrevista semiestruturada	11
Participantes	11
Procedimento(s)	12
Análise de dados.....	12
Análise Documental.....	13
Resultados	13
Discussão	19
Entrevistas	21
Resultados	21
Discussão	30
Discussão Geral.....	33
Conclusão	33
Referências	34
Anexo.....	38

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Retenções Escolares dos Jovens em Acolhimento</i>	17
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 <i>Motivos de Acolhimento das Crianças/Jovens</i>	13
Tabela 2 <i>Medidas de Promoção e Proteção Aplicadas Antes do Acolhimento</i>	14
Tabela 3 <i>Planos de Intervenção Individuais</i>	15
Tabela 4 <i>Tipo e Quantidade de Perturbações Diagnosticadas</i>	15
Tabela 5 <i>Intervenções Realizadas nas Casas de Acolhimento</i>	16
Tabela 6 <i>Tipos de Psicofármacos Administrados nas Casas de Acolhimento</i>	17
Tabela 7 <i>Comportamentos Evidenciados pelas Crianças/Jovens na Escola</i>	18
Tabela 8 <i>Dificuldades escolares das Crianças/Jovens</i>	18

Lista de Siglas

CA – Casa de Acolhimento
AR – Acolhimento Residencial
PII – Plano de Intervenção Individual
PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PPP – Plano de Promoção e Proteção
CRI – Centro de Respostas Integradas

Saúde Mental das Crianças em Acolhimento Residencial: a Intervenção dos Profissionais

A prevalência do diagnóstico de perturbações mentais em crianças tem vindo a aumentar (Lohr et al., 2018), sendo mais elevada na população em acolhimento residencial (AR), comparativamente à população em contexto de vida normativa (Lohr et al., 2018). Em Portugal (Pires & Martins, 2019), à semelhança de outros estudos (Jozefiak et al., 2016; Lohr et al., 2018), os tipos de perturbações mais frequentes são a PHDA, Perturbações de Humor, Perturbação de Comportamento e de Oposição/Desafio e Perturbações de Ansiedade.

Estudos internacionais com crianças/jovens em AR têm demonstrado que é prevalente a existência de elevados níveis de problemas comportamentais e emocionais (Barczyk et al., 2020) decorrentes de experiências adversas e traumáticas que marcaram a sua história de vida (Desjardins et al., 2017; Scozzaro & Janikowski, 2015). Em Portugal, as crianças/jovens evidenciam uma diversidade de problemas particulares destacando-se os problemas de comportamento, que afetam 27% da população em acolhimento (CASA, 2021). Assim, os principais problemas encontrados referem-se às dificuldades de regulação de comportamento (impulsividade, baixa tolerância à frustração e alterações de humor); aos comportamentos sociais (comportamentos de oposição/desafio, incumprimento de regras e dificuldade de integração no grupo de pares); e à aprendizagem e escolaridade (baixo rendimento e dificuldades de concentração)(Camuñas et al., 2020; Leloux-Opmeer et al., 2016), convergindo com a investigação nacional (CASA, 2021; Pires & Martins, 2019).

Modalidades de Intervenção em Acolhimento Residencial

Face a estas problemáticas, a intervenção técnica especializada é requerida. Consequentemente, esta deve ser intencionalizada para gerar mudanças internas nas crianças/jovens, auxiliando no reparo do dano que lhes foi infligido (Matos et al., 2015; Rodrigues, 2018).

Apesar da escassa literatura existente, as modalidades de intervenção encontradas junto das crianças/jovens em AR, em Portugal, foram o acompanhamento individualizado na instituição, consultas de medicina geral/familiar e intervenção familiar. Também beneficiavam de estratégias de acompanhamento psicológico/psiquiátrico e intervenção psicofarmacológica (Pires & Martins, 2019). Em 2020, 4.5% das crianças/jovens em AR foram clinicamente diagnosticadas, 35% beneficiavam de acompanhamento psicológico regular, 25% acompanhamento (pedo)psiquiátrico regular e 26% de farmacoterapia de cariz (pedo)psiquiátrico (CASA, 2021). Esta última é encarada, no AR, como necessária e essencial para a eficácia de outros tipos de intervenção (Desjardins et al., 2017; Pires & Martins, 2019).

Os psicofármacos mais utilizados são antipsicóticos, estabilizadores de humor, psicostimulantes, antidepressivos e ansiolíticos/sedativos/hipnóticos (DosReis et al., 2014; Lohr et al., 2018). Crianças/jovens, em AR, têm maior probabilidade de receber polifarmacologia comparativamente a crianças na população normativa, isto é, tomarem dois ou mais medicamentos de pelo menos duas categorias distintas (Lohr et al., 2018). A probabilidade de serem polimedicados e durante mais tempo aumenta com a quantidade de perturbações diagnosticadas ou existindo alguma perturbação específica como esquizofrenia ou perturbação de humor (Lohr et al., 2018).

Embora a medicação psicofarmacológica melhore o rendimento escolar, a concentração, o convívio social e permita a redução da sintomatologia melhorando a qualidade de vida (Cord et al., 2015), não é livre de efeitos colaterais com impacto a curto e longo prazo nas crianças/jovens (Cruz et al., 2016; Dias et al., 2020).

Aumento da medicação de crianças/jovens

O aumento do consumo de psicofármacos pelas crianças/jovens é entendido de formas diferentes na literatura. Há autores que explicam o aumento pela falha em compreender ou adotar diretrizes baseadas em evidências, pelo acesso limitado a especialização em psiquiatria, qualidade inadequada de serviços psicossociais e falha em aceder a intervenções psicossociais antes do início da medicação (Thackeray et al., 2018). Ainda, há quem defenda que este aumento se reflete no facto de os jovens não receberem os tratamentos psicológicos de primeira linha recomendados, ou seja, dentro do sistema não recebem avaliação adequada e tratamento não farmacológico (Oerbeck et al., 2021).

Contrariamente, há autores que entendem o aumento como um indicador de medicalização, referindo-se ao processo no qual os problemas, que não eram considerados de ordem médica, passaram a ser encarados e tratados como problemas médicos (Conrad, 1992). Este processo transforma experiências de vida como tristeza, agitação e solidão em patologias, limitando-as a ordens médicas, que podem ser tratadas com um medicamento particular (Zanella et al., 2016). Igualmente, comportamentos relacionados com incumprimento de regras socialmente impostas, também são medicalizados (Mitjavila, 2015). Ademais, as indústrias farmacêuticas, a medicina e as escolas têm promovido o aumento da medicalização (Zanella et al., 2016), salientando a ideia de que para cada mal existe um remédio específico (Williams et al., 2011).

Concluindo, crianças/jovens que se encontram nas casas de acolhimento (CA) vivenciaram experiências perturbadoras e potencialmente traumáticas, para as quais problemas de internalização (Bergström et al., 2020) ou externalização são expectáveis (Leloux-Opmeer et al., 2016). Atendendo às lacunas apontadas pela investigação em Portugal (Pires & Martins, 2019), que evidenciou a necessidade

de alargar os estudos a outras instituições, e dando continuidade às pesquisas realizadas nesta área na Universidade do Minho, surge este estudo que pretende analisar a intervenção técnica nos contextos de AR de crianças/jovens, destacando a perspetiva dos profissionais que trabalham diariamente com esta população. Assim, pretende-se: (a) Caracterizar os problemas e as dificuldades dos jovens, durante o AR; (b) Averiguar como os profissionais entendem os comportamentos desviantes dos jovens e as suas dificuldades; (c) Apurar que estratégias de intervenção os profissionais consideram mais adequadas e quais lhes proporcionam; (d) Explorar em que circunstâncias as instituições recorrem à medicação dos jovens; (e) Analisar os encaminhamentos e o papel da instituição na gestão de recursos externos, em torno das crianças/jovens; e (f) Entender quais as dificuldades sentidas pelos profissionais na execução do seu trabalho.

Método

Este estudo foi qualitativo e exploratório, utilizando-se duas técnicas distintas para a recolha de dados: a análise documental e a entrevista semiestruturada. Inicialmente, incluía ainda uma terceira técnica, a observação, que devido aos constrangimentos impostos pela pandemia, no contacto com os jovens, não pôde ser realizada.

Análise documental

A análise documental foi realizada nas CA, analisando-se 43 processos individuais das crianças/jovens. O acesso a estes teve como objetivo fazer um levantamento de informação que permitisse caracterizar a saúde mental, identificar os problemas comportamentais e emocionais e os tipos de intervenção de que são alvo, especificamente, da intervenção farmacológica. Possibilitou também a caracterização do contexto escolar, o projeto de promoção e proteção (PPP) e os planos de intervenção individual (PII). Consequentemente, foi a base de construção das entrevistas.

Para isso, foi elaborada uma grelha de recolha de dados, a partir da adaptação do questionário “Saúde mental e uso de psicofármacos em crianças e jovens em contexto de acolhimento institucional” (Pires & Martins, 2019) em articulação com o Manual dos Processos-Chave (ISS, 2011). Esta grelha contemplou cinco grupos de informações: (I) Informação sociodemográfica (idade, sexo, período de permanência na instituição e motivo da medida de AR); (II) Informação sobre os problemas emocionais e comportamentais apresentados pelas crianças/jovens; (III) Informação relativa à saúde mental, ao consumo de psicofármacos pelas crianças/jovens (tipos de psicofármacos prescritos e quantidade) e às estratégias de intervenção para a gestão destes problemas/perturbações identificados; (IV) Informação relativa ao contexto escolar (ano escolar, tipo de escolaridade, número de retenções, entre outros) e os principais problemas relacionados com este contexto; (V) Informação relativa ao contexto sociofamiliar

das crianças/jovens (estilo parental, capacidades educativas, dinâmicas familiares e contactos estabelecidos, entre outros).

Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada é bastante útil e versátil devido à sua flexibilidade, permitindo adaptar as questões ao longo da entrevista para atender aos aspetos que são relevantes para os participantes, proporcionando uma melhor compreensão do fenómeno em estudo (Fylan, 2005). Os principais tópicos abordados foram: (I) os problemas/dificuldades, a saúde mental das crianças/jovens e o seu nível de problematização na instituição; (II) a perspetiva dos profissionais face a esta problemática, particularmente como percecionam estes problemas, qual a sua visão sobre a gravidade dos mesmos, que estratégias utilizam para intervir, qual o papel dos diferentes intervenientes e as suas expectativas em relação ao tratamento adotado com as crianças; (III) a articulação das equipas na implementação das mesmas. As questões foram sobretudo de tipo aberto, *prompt* e *nonleading*, adaptando-se ao conteúdo de cada entrevista.

Participantes

A amostra foi constituída de acordo com o método de amostragem não probabilístico, por conveniência, pois foi com base na proximidade e facilidade de acesso. Estabeleceu-se como critérios de inclusão instituições pertencentes aos distritos de Braga e Porto (concelhos de Guimarães, Vila Nova de Famalicão e Santo Tirso). Com recurso à Carta Social, disponível *online*, pré selecionaram-se nove instituições, das quais três aderiram ao pedido de participação.

Foram entrevistados um elemento da equipa técnica, um da equipa educativa e um da equipa de apoio, que compõe as instituições, pois o cargo que ocupam e a sua experiência e formação permitiu obter e explorar diferentes pontos de vista, possibilitando recolha de informação técnica pertinente. Assim, participaram nove profissionais: três psicólogas e uma assistente social (equipa técnica) e cinco auxiliares da ação direta (equipa educativa/apoio), com idades compreendidas entre os 24-60 anos ($M = 41.11$; $DP = 13.84$). A maioria eram mulheres ($n=8$). Os anos de trabalho na instituição variaram entre 18 meses e 31 anos e o grau de escolaridade oscilou entre o 4º ano e o mestrado, sendo a equipa técnica a mais qualificada.

Este estudo abrangeu, ainda, a análise de 43 processos de crianças/jovens, de idades compreendidas entre 1 e 25 anos ($M = 14.23$; $DP = 5.73$), com medida de AR. A maioria eram rapazes ($n=23$) e o período de permanência na instituição variava entre 2 meses e 25 anos ($M = 51.72$ meses; $DP = 55.98$). Foram analisados todos os processos que compõe as três instituições.

Procedimento(s)

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade do Minho. Seguidamente, foi solicitada autorização à direção das CA com o objetivo de obter a sua colaboração e a dos seus profissionais. Estas foram contactadas, via *e-mail*. Contudo, devido a uma excessiva demora na resposta as mesmas foram contactadas por telefone. Neste contacto inicial, foi-lhes esclarecido o propósito da investigação e pedida a marcação de uma reunião, via *zoom*, para explicar a investigação, esclarecer eventuais dúvidas e enviar o formulário de consentimento informado. Posteriormente, marcou-se, por *e-mail*, a primeira etapa da recolha, a análise documental, mediante disponibilidade de ambas as partes. Este processo inicial de contacto e marcação durou cerca de dois meses e a análise documental teve duração variável, 3h a 8h, por instituição. Numa das instituições, realizou-se em formato de entrevista com a diretora e a coordenadora técnica que forneceram a informação solicitada. Seguidamente, marcaram-se as entrevistas, através de *e-mail*. Esta fase da recolha realizou-se em dois formatos: via *Zoom* em duas instituições, pois as condições pandémicas vividas assim o exigiram, e presencial na outra instituição, totalizando nove entrevistas. Estas tiveram uma duração entre 23 e 79 minutos e foram gravadas em formato de áudio, após o consentimento por parte dos entrevistados. A gravação facilitou a transcrição e garantiu que toda a informação útil fosse captada. Após a transcrição das entrevistas, estas foram devolvidas aos entrevistados para que as lessem, validassem e fizessem as alterações pertinentes. Após a validação, os registos da sua identificação foram destruídos. Os dados recolhidos foram guardados pela equipa de investigação e as gravações foram eliminadas após a transcrição. A cada processo foi atribuído um código de identificação para garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes e das instituições, assegurando o uso da informação unicamente para fins de investigação/publicação, sendo tratados de acordo com as normas de proteção de dados.

Análise de dados

Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin (2009). A análise dos processos incluiu o cálculo de operações estatísticas simples (percentagem) para dar relevo às informações decorrentes da análise (Bardin, 2009), complementando a análise das entrevistas (Amado, 2000). As entrevistas foram transcritas de forma não-naturalista (Azevedo et al., 2017), com recurso ao *Express Scribe Transcription Software*. As informações das entrevistas foram reduzidas a fragmentos de significado, organizados em categorias mais amplas. A saturação teórica foi atingida na oitava entrevista.

Para ter uma investigação fundamentada, implementaram-se estratégias de validação, nomeadamente a reprodutividade que consiste na obtenção de acordo de codificadores, através da

aplicação independente, das mesmas instruções de codificação, ao mesmo material, através da técnica de análise de conteúdo pré-estruturada (Lima, 2013). Foram utilizados dois codificadores externos independentes, obtendo-se uma taxa de fiabilidade de .73, considerada uma boa margem de acordo (Sousa & Amador, 2017).

Os dados serão apresentados, primeiramente, em relação ao procedimento de análise documental e, posteriormente, em relação às entrevistas, referindo-se à totalidade das três instituições.

Análise Documental

Resultados

Da análise dos processos resultaram oito categorias centrais: 1) Motivo(s) de acolhimento das crianças/jovens; 2) Medidas de Promoção e Proteção Anteriores ao Acolhimento; 3) Projetos de Promoção e Proteção; 4) Problemas/dificuldades das crianças/jovens durante o acolhimento; 5) Planos de Intervenção Individual; 6) Diagnóstico de Perturbações Mentais; 7) Intervenção e 8) Contexto Escolar. Os aspetos relacionados com cada categoria são discutidos abaixo.

A Tabela 1 refere-se ao(s) motivo(s) de acolhimento das crianças/jovens, sendo o mais prevalente a negligência. Verificou-se que 16.28% (n=7) das crianças/jovens tinham um motivo, 27.91% (n=12) tinham dois, 25.58% (n=11) tinham três, 18.60% (n=8) tinham quatro, 9.30% (n=4) tinham cinco e 2.33% (n=1) tinham oito motivos de acolhimento.

Tabela 1

Motivos de Acolhimento das Crianças/Jovens

Motivo de Acolhimento	n (%)
Negligência	28 (22.58%)
Exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança	19 (15.32%)
Ausência temporária de suporte familiar	17 (13.71%)
A criança/jovem assume comportamentos que afetam o seu bem-estar e desenvolvimento sem que os pais se oponham de forma adequada	11 (8.87%)
Absentismo Escolar	5 (4.03%)
Maus-tratos psicológicos ou indiferença afetiva	
Ao cuidado de terceiros, com estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas funções parentais	4 (3.23%)

Criança abandonada ou entregue a si própria	
Toxicodependência da criança/jovem	3 (2.42%)
<i>Bullying</i>	
Maus-tratos físicos	
Suspeita Abuso Sexual	1 (0.81%)
Orfandade	

Os resultados demonstraram que 46.51% (N=20) das crianças/jovens não tiveram qualquer medida de promoção e proteção anterior aplicada. 34.88% (N=15) das crianças/jovens teve aplicada uma medida de promoção e proteção anterior, 16.28% (N=7) teve duas medidas e 2.33% (N=1) teve três medidas aplicadas. As medidas encontram-se na Tabela 2, sendo a mais expressiva o apoio junto dos pais.

Tabela 2

Medidas de Promoção e Proteção Aplicadas Antes do Acolhimento

Medida de Promoção e Proteção Anterior	n(%)
Apoio Junto dos Pais	14 (43.75%)
Acolhimento Residencial	8 (25.00%)
Acolhimento Familiar	6 (18.75%)
Apoio Junto de um Familiar	4 (12.50%)

Relativamente aos PPP definidos para cada criança/jovem o mais comum era a (re)integração na família nuclear (N=19;44.19%), seguido de autonomização (N=17;39.53%) e (re)integração na família alargada (N=5;11.63%). Os menos frequentes eram a adoção (N=1;2.33%) e o acolhimento permanente (N=1;2.33%). Este último referia-se a crianças/jovens com doença física e mental incapacitante.

Dos problemas/dificuldades que afetavam mais crianças/jovens durante o acolhimento, 32.26% eram relacionados com trauma e fatores de *stress* (ansiedade, impulsividade, alterações de humor, entre outros), 31.85% referiam-se a outros problemas/dificuldades (problemas de sono/alimentar, comportamento promiscuo, mentiras, entre outros). Seguem-se, 16.53% problemas de índole emocional (dificuldades de gestão emocional, desmotivação e baixa autoestima), 8.06% relativos a insucessos escolares (dificuldades de aprendizagem e concentração, baixo rendimento e absentismo escolar) e 6.05% de índole relacional (dificuldades de relacionamento interpessoal e integração no grupo de pares). O menos expressivo era incumprimento de regras (4.43%). Note-se que cada criança/jovem podia ter mais do que um tipo de dificuldade e/ou problema.

Os PII definidos e implementados nas CA encontram-se na Tabela 3, sendo o mais comum a promoção de competências pessoais e sociais, seguido de autonomia. Os PII de cada criança/jovem variava entre uma área (N=1;2.33%) e seis áreas (N=4;9.30%), tendo a maioria quatro áreas (N=16;37.21%) de intervenção definidas.

Tabela 3

Planos de Intervenção Individuais

Plano de Intervenção Individual	N (%)
Projetos de Promoção de Competências Sociais e Pessoais	29 (19.46%)
Projetos de Promoção de Autonomia	26 (17.45%)
Projetos de Orientação Vocacional e Escolar	21 (14.09%)
Vida Saudável	16 (10.74%)
Promoção de Contactos Familiares	12 (8.05%)
Projeto de Educação Sexual	10 (6.71%)
Projeto de Preparação para Saída na Instituição	9 (6.04%)
Projetos para Dificuldades de Aprendizagem	7 (4.70%)
Projetos de Promoção de Competências Cognitivas	6 (4.03%)
Aquisição de Competências da Idade	2 (1.34%)
Orientação Profissional	
Consumo de Substâncias	

Do total de crianças/jovens, apenas 37.21%(N=16) apresentavam diagnóstico, que variava entre uma e três perturbações. Todavia, apenas 12.5%(n=2) dos diagnósticos era médico, enquanto 87.5%(n=14) era psicológico, sendo 68.75%(n=11) dos diagnósticos psicológicos feitos pelos psicólogos das casas, e 18.75%(n=3) por psicólogos externos. A Tabela 4 indica os tipos e quantidade de diagnósticos de perturbações mentais existentes, sendo predominante o défice cognitivo.

Tabela 4

Tipo e Quantidade de Perturbações Diagnosticadas

Perturbação Diagnosticada	n(%)
Défice Cognitivo	8(44.44%)
PHDA	4(22.22%)
Perturbação Depressiva	3(16.66%)
Perturbação de Oposição e Desafio	2(11.11%)
Perturbação de Ansiedade	1(5.55%)

Critérios de inclusão numa perturbação disruptiva de comportamento

As intervenções de que as crianças são objeto encontram-se na Tabela 5. Sabe-se que 31.82% das intervenções são realizadas na CA e 68.18% são realizadas por entidades externas.

Tabela 5*Intervenções Realizadas na Casa de Acolhimento*

Tipos de intervenções	n(%)
<i>Internas à CA</i>	
Programas de Grupo	21(11.93%)
Acompanhamento Individualizado	13(7.39%)
Intervenção Junto da Família	12(6.82%)
Acompanhamento Psicológico/Psicoterapia	10(5.68%)
<i>Externas à CA</i>	
Consulta de Medicina Geral/Familiar	34(19.32%)
Consulta de Pedopsiquiatria	17(9.66%)
Acompanhamento Psicológico/Psicoterapia	16(9.09%)
Intervenção Farmacológica	15(7.95%)
Intervenção Escolar	12(6.82%)
Dentista	6(3.41%)
Pediatria do Desenvolvimento	5(2.84%)
Acompanhamento no CRI	
Pediatria Social	2(1.14%)
Otorrino	
Fisioterapia	
Medicina Física	
Neonatologia	
Oftalmologia	
Terapia da Fala	
Nutrição	1(0.57%)
Pediatria Diabetológica	
Terapia Ocupacional	
Pediatria das Doenças Renais	
Hematologia	

Quanto à intervenção farmacológica os resultados demonstraram que 34.88%(N=15) das crianças/jovens estavam medicadas. Destas, 66.67%(n=10) possuíam diagnóstico de perturbação mental. Das crianças/jovens medicadas, a 20%(n=3) foi-lhes prescrito um psicofármaco, a 46.67%(n=7)

dois e a 33.33%(n=5) mais do que dois psicofármacos, traduzindo-se em 73.33%(n=11) a receber polifarmacologia. Os grupos de psicofármacos predominantes utilizados por estas crianças/jovens encontram-se na Tabela 6, sendo o mais comum os antipsicóticos.

Tabela 6

Tipo de Psicofármacos Administrados nas Casas de Acolhimento

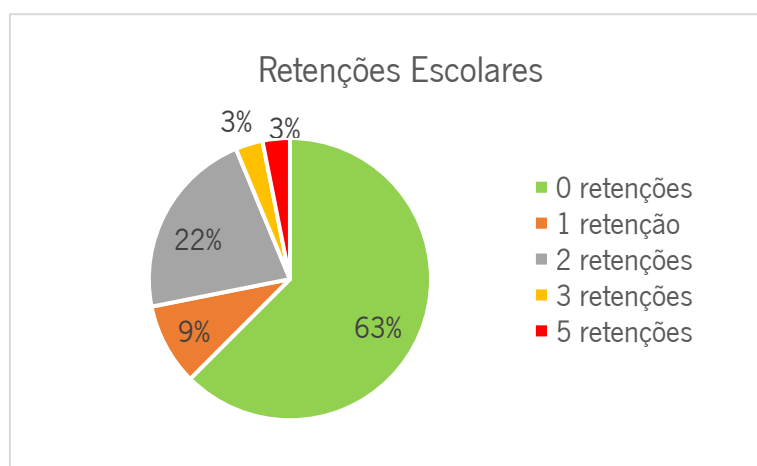
Psicofármacos	n(%)
Antipsicóticos	14(41.18%)
Psicostimulantes	10(29.41%)
Ansiolíticos/Hipnóticos/Sedativos	5(14.71%)
Antidepressivos	5(14.71%)

Relativamente ao contexto escolar, apenas 9.30% (N=4) crianças/jovens não se encontravam a estudar, pois já trabalhavam e um possuía doença física e mental incapacitante. Os restantes, 15.38% (n=6) frequentavam a creche, 5.13% (n=2) o primeiro ciclo, 10.26% (n=4) o segundo ciclo, 30.77% (n=12) o terceiro ciclo e 38.46% (n=15) o ensino secundário. Por sua vez, 28.21% (n=11) das crianças/jovens usufruíam de ensino especial e 35.90% (n=14) de plano educativo individual. O tipo de ensino predominante era o ensino regular (n=23;60.53%), seguido de ensino profissional (n=15;39.47%).

A Figura 1 refere-se às retenções escolares, demonstrando que 37% das crianças/jovens tem pelo menos uma, sendo o mais comum duas retenções.

Figura 1

Retenções Escolares dos Jovens em Acolhimento



Relativamente ao comportamento das crianças/jovens na escola (Tabela 7), apenas 42.42%(n=14) apresentavam algum comportamento indesejado, sendo o mais frequente os

comportamentos agressivos, podendo cada criança/jovem apresentar simultaneamente mais de um comportamento.

Tabela 7

Comportamentos Evidenciados pelas Crianças/Jovens na Escola

Comportamentos na escola	n(%)
Comportamentos Agressivos para com os Adultos e Pares	13(25.49%)
Desafia e/ou Insulta os Pares e os Adultos	12(23.53%)
Não Cumpre Regras	10(19.61%)
Não leva Material Necessário	6(11.76%)
Falta às Aulas	5(9.80%)
É Expulso Frequentemente	2(3.92%)
Envolve-se em Conflitos nas Redes Sociais com Colegas da Escola	2(3.92%)
Tem Processos Disciplinares	1(1.96%)

As dificuldades escolares evidenciadas pelas crianças/jovens encontram-se na Tabela 8. Verifica-se que a maioria possuía dificuldades ao nível do português (expressão escrita, gráfica e oral, compreensão oral e escrita, vocabulário e leitura). Contrariamente, o menos expressivo relacionava-se com o reconhecimento de graus de parentesco. Cada criança/jovem podia apresentar mais de uma dificuldade.

Tabela 8

Dificuldades Escolares das Crianças/Jovens

Dificuldades Escolares	n(%)
Português	64(32.32%)
Noções de Tempo/Espaço	13(6.57%)
Interação Social	12(6.06%)
Concentração	
Motricidade/Coordenação de Movimentos	
Matemática	11(5.56%)
Controlo Emocional	
Agressividade	10(5.05%)
Aceitação Social	
Finalização de Tarefas	9(4.55%)
Autonomia	8(4.04%)
Timidez	6(3.03%)
Consultar Horários	5(2.53%)

Fazer Troco com Notas/Moedas	
Consultar um Mapa	4(2.02%)
Consultar Calendário	3(1.52%)
Cooperação	
Reconhecer Graus de Parentesco	1(0.51%)

Discussão

Os resultados indicam que o motivo de acolhimento predominante das crianças/jovens é a negligência, convergindo com os dados (inter)nacionais (Neil et al., 2019; CASA,2021). Ademais, apurou-se que a maioria das crianças/jovens está sujeita a polivitimização dado terem sido vítimas de duas ou mais situações de perigo. Os dados evidenciaram, também, que a maioria teve aplicada uma medida de promoção e proteção em meio natural de vida antes do seu acolhimento, destacando-se o apoio junto dos pais. Esta medida consiste em proporcionar à criança/jovem apoio de natureza psicopedagógica, social e económica (art.39º da Lei nº 26/2018, de 5 de julho). Contudo, parece não ser eficaz pois após o término da mesma as crianças/jovens dão entrada no AR.

Adicionalmente, o PPP mais delineado para cada criança/jovem é a (re)integração na família nuclear, semelhante às crianças/jovens em AR, em Portugal (CASA, 2021). Sobre a intervenção realizada neste âmbito apenas uma minoria das crianças/jovens é alvo de intervenção junto da família, limitando-se ao estabelecimento de contactos familiares, como é percebido pela análise dos PII. A intensificação deve permitir clarificar o estado da relação familiar, possibilitar o desenho de uma intervenção e perceber se esta irá evoluir em direção à reunificação ou à rutura de laços (Chartier & Blavier, 2020). Para o sucesso da reunificação familiar, é importante haver uma intervenção que promova a aquisição de competências básicas necessárias à superação da situação que deu origem ao acolhimento (IASS, 2016). Devem usar-se estratégias que empoderem as famílias, ajudando-as na identificação dos seus pontos fracos e fortes, auxiliando-as na tomada de decisões, resolução de problemas e gestão dos seus recursos internos (Henriques et al., 2015). Identicamente, a intervenção deve servir para envolver as famílias na vida dos seus filhos, não permitindo que estas se desresponsabilizem das decisões tomadas (Arizmendi & Almeida, 2019), constituindo uma oportunidade de psicoeducação (Keeshin et al., 2020). Para que a reunificação ocorra é necessário que fatores como o estabelecimento de uma relação de confiança com as famílias e o envolvimento destas nas rotinas escolares e médicas seja estimulado, devendo trabalhar-se com as famílias e não pelas famílias (Henriques et al., 2015).

Relativamente às dificuldades/necessidades das crianças/jovens durante o acolhimento, verificam-se maioritariamente problemas relativos a comportamentos sociais e dificuldades de regulação

emocional e comportamental, como verificado noutros estudos (Pires & Martins, 2019). Estes podem ser explicados pelos traumas e experiências adversas que marcaram o seu crescimento (Jozefiak et al., 2016) e pela polivitimização a que estão expostos. Esta última é um preditor significativo de sintomas de internalização, externalização e problemas de saúde mental (Segura et al., 2017). De facto, os tipos de perturbações encontrados confluem com outros estudos (Jozefiak et al., 2016; Pires & Martins, 2019) sendo o défice cognitivo o mais prevalente. Porém, os dados indicam que apenas 12.5% das crianças/jovens acolhidas têm diagnóstico médico apesar de 34.88% estarem a fazer farmacoterapia e 33% das crianças/jovens medicadas não possuem qualquer tipo de diagnóstico de perturbação mental. Estes dados revelam que nem todas as crianças/jovens com problemas de foro comportamental e/ou emocional têm diagnóstico de perturbação mental, indiciando que a escolha deste tratamento baseia-se apenas nos sintomas compatíveis com várias perturbações mentais possíveis e não no cumprimento de todos os critérios para o seu diagnóstico (Christian et al., 2013; Pires & Martins, 2019). Na verdade, a falta de acesso a psicoterapias baseadas em evidência e informadas sobre trauma poderá explicar o recurso aos psicofármacos e os diagnósticos sustentados em sintomas comuns a várias perturbações (Keeshin et al., 2020; Thackeray et al., 2018).

A intervenção técnica efetuada com as crianças/jovens traduz-se em programas de grupo e consultas de medicina geral/familiar, sendo o acompanhamento (pedo)psiquiátrico/psicológico e a intervenção farmacológica modalidades recorrentes. Ademais, apurou-se que grande parte da intervenção a que os jovens são sujeitos é externa à CA, referindo-se maioritariamente a questões de saúde física e bem-estar, especificamente, consultas de especialidade. A intervenção farmacológica é uma estratégia que abrange, aproximadamente, uma em cada três crianças neste estudo, um valor maior do que outras investigações nacionais (Pires & Martins, 2019; CASA,2020) que evidenciaram que uma em cada quatro tinha este tipo de intervenção. Todavia, a grande maioria das crianças/jovens encontram-se polimedicados, como demonstram outros estudos (Lohr et al., 2018; Pires & Martins, 2019). Os psicofármacos mais usados são os antipsicóticos podendo estar relacionados, entre outros, com hiperatividade, dificuldades de atenção, regulação emocional, agressividade, ansiedade (Dinnissen et al., 2020), como a maioria das crianças/jovens deste estudo. Relativamente às modalidades de intervenção salienta-se que nem todas as crianças que são seguidas em pedopsiquiatria, e que fazem medicação psicofarmacológica, são acompanhadas em psicologia clínica/psicoterapia, corroborando outros estudos (Dinnissen et al., 2020). Contudo, em crianças/jovens vítimas de trauma a intervenção de pedopsiquiatria não substitui a psicoterapia, devendo ser utilizadas de forma combinada (Cohen et al., 2008).

Relativamente ao contexto escolar, estas crianças/jovens apresentam dificuldades de aprendizagens e baixos resultados académicos manifestados, entre outros, pelas retenções escolares. Sabe-se que crianças/jovens com histórico de negligência e maus-tratos, que foram retiradas dos cuidados dos progenitores, com múltiplas interrupções ao nível da vinculação e mudanças de escola, manifestam, além de problemas de saúde mental, dificuldades ao nível do ensino e aprendizagem, associados a resultados académicos mais fracos (Elklit et al., 2018; Romano et al., 2014).

Entrevistas

Resultados

Da análise das entrevistas resultaram cinco categorias centrais: 1) Problemas das crianças/jovens durante o AR; 2) Evolução dos comportamentos das crianças/jovens durante o acolhimento; 3) Intervenção; 4) Uso de Psicofármacos e 5) Constrangimentos e limitações à intervenção na instituição. Todas as categorias possuem subcategorias. Os aspetos relacionados com cada uma delas são discutidos abaixo, sendo os mesmos exemplificados com excertos das entrevistas.

Categoria 1: Problemas das crianças/jovens durante o acolhimento residencial

Esta categoria refere-se aos problemas enunciados pelos inquiridos como sendo os evidenciados pelas crianças/jovens durante o seu acolhimento.

1.1.Ausência de regras. Um terço mencionou as dificuldades das crianças/jovens em acatar regras, ordens, e respeitar figuras de autoridade.

“E se (...) lhes disser alguma coisa sentem-se revoltados (...) não admitem que nós falemos, que nós não mandamos neles...” (P04).

1.2.De índole emocional. Metade referiu a carência afetiva das crianças/jovens e a sua vontade em querer ser o centro das atenções, demonstrando baixa autoestima, autocontrolo e insegurança.

“...apresentam uma grande carência afetiva e uma grande necessidade (...) de ser o centro das atenções, uma baixa autoestima, autoconceito...” (P06).

1.3.Problemas relacionais. Um terço remeteu para as dificuldades evidenciadas pelos jovens na relação com os pares, na criação de relações de confiança e empatia e nas dificuldades de vinculação.

“...dificuldades de relação com os pares, uma grande dificuldade de criação de uma relação empática e relações de confiança...” (P06).

1.4.Sintomas relacionados com trauma e fatores de *stress*. Todos mencionaram a reatividade, instabilidade emocional, impulsividade das crianças/jovens, as alterações de humor, consumos/adições dos mesmos durante o AR, assim como, a PHDA, ansiedade, agressividade e dificuldade de significação do passado.

“comportamentos agressivos que muitos deles tomam até connosco auxiliares” (P02).

1.5.Dificuldade de autonomização. Uma técnica referiu a não aquisição das competências de autonomia, gestão doméstica e financeira para que os jovens se consigam autonomizar.

“o desenvolvimento das competências (...) até serem autónomas são um bocadinho esquecidas” (P09).

1.6.Vivência negativa do acolhimento. Metade evidenciou o sentimento de abandono, revolta e culpabilização da institucionalização pelos jovens.

“incompreensão do porquê do afastamento da família (...) e culpabilização da instituição pelo mesmo” (P01).

1.7.Contexto sociofamiliar de risco. Um terço referiu os fatores de risco a que os jovens estiveram expostos e as suas relações familiares.

“negligência, na exposição a modelos parentais e comportamentos completamente desajustados por parte dos pais, maus-tratos...” (P09).

1.8.Insucessos escolares. Um terço referiu o absentismo escolar, a falta de concentração/atenção dos jovens na escola e a perturbação do funcionamento das aulas como problemáticos para o sucesso escolar.

“faltas às aulas, faltas disciplinares por comportamento desajustados...” (P03).

1.9.Subdiagnóstico de perturbação mental. As técnicas reportaram que nem sempre existe um diagnóstico de perturbação mental, por vezes, as crianças/jovens apenas cumprem alguns critérios para diagnóstico.

“porque as crianças acolhidas todas elas têm ou perturbação mesmo diagnosticada ou pelo menos problemas de saúde mental, mesmo que não haja aqui os critérios reunidos para um diagnóstico” (P09).

Categoria 2: Evolução dos comportamentos das crianças/jovens durante o acolhimento

Esta categoria refere-se à evolução (ou não) dos comportamentos das crianças/jovens durante o AR enquanto são objeto de intervenção nas instituições.

2.1. Estabilização. Um terço constatou que alguns dos comportamentos das crianças/jovens mantinham-se desde que entravam até que saíam da instituição, não havendo evolução ou retrocesso.

“a questão fica mais ou menos equilibrada a nível de comportamento...eles mantêm quase o mesmo registo.” (P03).

2.2. Evolução positiva. Dois terços evidenciaram uma mudança positiva do comportamento das crianças/jovens durante o acolhimento, incluindo a reversão ou atraso do surgimento ou agravamento de comportamentos nefastos e uma melhoria dos mesmos.

“Eles vêm e quando saem daqui, saem totalmente diferentes (...) com outra mentalidade, com mais calma, com outra perspetiva” (P07).

2.3. Não consolidação dos ganhos. Um terço referiu que os jovens, após saírem do acolhimento, poderiam iniciar ou retomar comportamentos que tinham aquando da sua institucionalização.

“...há data da saída não estavam a apresentar esses comportamentos, depois voltam para o (...) mesmo contexto, que continua igual, ou praticamente igual, (...) e os jovens quando chegam a esses contextos familiares, acabam por iniciar ou retomar os comportamentos...” (P06).

Categoria 3: Intervenção

Esta categoria respeita à intervenção que é efetuada (ou não) juntos das crianças/jovens durante o acolhimento.

3.1. Interna na casa de acolhimento. Todos referiram como áreas da sua intervenção o estabelecimento de acordos e conversação com as crianças/jovens, a aplicação de consequências casuísticas, e técnicas de gestão de conflito (separação, diálogo, responsabilização e estratégias para prevenção do mesmo).

“Primeiro é separá-los e ficar um para cada lado e depois tentar conversar com eles...” (P08)

3.2. Externa à casa de acolhimento. Todos mencionaram que em situações excecionais como fugas, tentativas de suicídio, automutilações, agressões, os jovens são encaminhados para os serviços de saúde [(pedo)psiquiatria, psicologia, terapia de grupo, urgências hospitalares].

“encaminhamentos médicos (...) o que vai colmatando um pouco as necessidades que as crianças apresentam” (P01).

3.3. Comunicação com a família, escola e gestores de caso. As técnicas relataram como intervenção a comunicação com as escolas, famílias e gestores de caso para de partilha de informação sobre a criança/jovem.

“articulação direta com gestores de caso, articulação com família” (P03)

3.4. Forças Policiais. Todos referiram que as forças policiais são acionadas em casos de fugas e agressão ou como método de psicoeducação.

“Em casos muito extremos, em que a criança está a vandalizar a casa completamente, agredir funcionários (...) temos de chamar as forças de autoridade”, “numa perspetiva educativa (...) tínhamos as autoridades a trabalhar com eles” (P01).

3.5. Intervenção Psicológica. Esta subcategoria refere-se à intervenção que é (ou não) intencionalizada do ponto de vista psicológico.

3.5.1. Interna à casa de acolhimento. Um profissional evidenciou que a intervenção deve ser coordenada pelo psicólogo da casa e referiu qual o papel deste no quotidiano das CA.

“estar mais atenta à parte da saúde mental, sinais de alerta (...) comportamentos que me digam mais do que aquilo que nós vemos” (P09).

3.5.2. Externa à casa de acolhimento. Um terço reportou que a intervenção psicológica, em contexto de consulta/psicoterapia, devia ser feita por psicólogos que não pertencessem à instituição.

“colocá-la realmente numa psicóloga externa para que ela conseguisse, se abrir mais (...) e isso realmente foi fulcral na mudança dela.” (P02).

3.5.3. Modelo de intervenção. A maioria mencionou não existir, nas CA, um modelo de intervenção empiricamente validado, sendo que apenas uma instituição o possuía.

“Nós não temos assim nenhum modelo, criamos um modelo ecológico” (P03);

Categoria 4: Uso de Psicofármacos

Esta categoria refere-se à intervenção farmacológica e à perspetiva dos profissionais sobre a sua pertinência e eficácia. Ademais, alude ao motivo da toma dos psicofármacos em AR, permitindo inferir o campo de aplicação da mesma.

4.1. Atitudes face aos psicofármacos.

4.1.1. Intervenção combinada. Um profissional evidenciou a utilidade da medicação como complemento do acompanhamento psicológico.

“...justifica-se um complemento entre o acompanhamento do ponto de vista psicológico com a medicação” (P09).

4.1.2. Por tempo determinado. Cinco relataram que seria possível retirar a medicação se existisse acompanhamento individualizado, usando-a para uma estabilização inicial e por um período limitado.

“a medicação também é muito importante para os estabilizar, mas é só para os estabilizar, (...) é necessário fazer o outro trabalho, que é a parte da psicologia” (P09).

4.1.3. Utilização insubstituível. Sete realçaram o caráter indispensável da medicação, sendo impossível retirá-la.

“...estes jovens têm sempre de ter um apoio desse tipo porque se não eles não funcionam bem” (P08).

4.2. Eficácia.

4.2.1. Temporária. A maioria referiu o efeito a curto prazo da medicação, os comportamentos e os sintomas exacerbados quando as crianças/jovens não a tomavam ou o efeito desta cessava.

“...também só têm aquele efeito umas horas (...) o efeito passou o comportamento transborda a nível de exaltação, de euforia, de hiperatividade.” (P03).

4.2.2. Efeito da medicação. Dois terços elencaram as mudanças comportamentais observadas nos jovens, após a toma da medicação, evidenciando o controlo desta.

“Muito mais calmos, muito mais relaxados, dormem muito melhor (...) é mais fácil trabalhar com eles do que se não tomarem” (P04).

4.2.3. Efeitos secundários. Um terço referiu os efeitos negativos da toma da medicação.

“aumento peso, falta de apetite (...) sonolência também” (P08).

4.2.4. Outras consequências da utilização da medicação. Um terço evidenciou a habituação, dependência e acomodação da criança/jovem à medicação.

“acaba por criar aqui esta dependência, vêem que têm esta muleta, quando eles próprios, se desenvolvem competências na parte da psicologia, já não precisam de certa medicação” (P09).

4.3. Início da toma.

4.3.1. Anterior ao acolhimento. Metade afirmou que algumas crianças/jovens já tomavam medicação psicofarmacológica antes do acolhimento.

“eles veem da família, muitos deles até já com essa medicação” (P02).

4.3.2. Durante o Acolhimento. Um terço revelou que algumas crianças/jovens iniciaram a toma de medicação psicofarmacológica após o acolhimento.

“...um apoio [medicamentoso] despoletado e é um encaminhamento feito pela casa porque, de facto, as crianças apresentam essas lacunas.” (P06).

4.4. Motivo da toma.

4.4.1. PHDA. Dois participantes referiram a criança/jovem ter PHDA diagnosticada ou possuir quadros de sintomas de PHDA.

“...grau de hiperativa e de dificuldade em controlar-se, de se autocontrolar” (P03).

4.4.2. Concentração e estabilização escolar. A maioria reportou que as crianças/jovens faziam medicação para se concentrarem e autocontrolarem na escola.

“é mais por causa da escola, não tanto por nossa causa aqui, mais pela estabilização na escola” (P02).

4.4.3. Outros problemas de comportamento. Alguns aludiram ao facto de as crianças/jovens evidenciarem distúrbios de comportamento ou agitação psicomotora.

“aquelas crianças que teoricamente saíram de casa por distúrbios de comportamento” (P01).

4.4.4. Por orientação médica. A maioria dos educadores/auxiliares mencionaram que as crianças/jovens fazem medicação por orientação médica.

“isso é um trabalho dos médicos, das pessoas que os vê (...) se eles estão medicados é porque realmente tiveram que ser medicados” (P07).

Categoria 5: Constrangimentos e limitações à intervenção na instituição

Esta categoria refere-se aos entraves e constrangimentos a nível institucional que afetam negativamente, podendo até comprometer, o sucesso da intervenção realizada com as crianças/jovens pelos profissionais.

5.1. Dificuldades durante o acolhimento residencial.

5.1.1. Privacidade. Um profissional referiu a falta de privacidade dos residentes nas CA.

“e eles acabam por perder aqui a privacidade (...) têm dificuldade em lidar com isto. Mexe muito com eles”(P09).

5.1.2. Atenção individualizada. Todos indicaram a incapacidade das instituições em proporcionarem atenção e prestação de cuidados individualizados.

“não conseguimos dar resposta à necessidade emocional (...) estas crianças necessitam da escuta ativa e da atenção individualizada e não é possível.”(P01).

5.2. Falta de recursos humanos. Todos aludiram ao número reduzido de colaboradores das casas existindo um rácio criança/jovem-colaborador muito elevado.

“...casas com 10 crianças, em que é uma/duas pessoas de referência (...) o ideal era ter um adulto por duas crianças, no mínimo, ou três, o que não é possível”(P01).

5.3. Efeito Grupo.

5.3.1. Positivo. Dois mencionaram a influência que as crianças/jovens exercem umas sobre as outras, de forma benéfica.

“Até porque eles são muito protetores deles mesmos...”(P08).

5.3.2. Negativo. Metade referiram que a influência que as crianças/jovens exercem umas sobre as outras pode ser prejudicial.

“os seus comportamentos conseguem influenciar os colegas e causa instabilidade na casa”(P02).

5.4. Ambiente institucional. As técnicas evidenciaram que, apesar de se poder aproximar, as CA não são um ambiente familiar.

“pode ser a casa de acolhimento com maior qualidade de intervenção e com mais condições e mais recursos físicos e recursos humanos (...) mas não é uma família.” (P09).

5.5. Grupos heterogêneos de crianças. Dois terços reportaram o facto de as crianças/jovens terem idades, sexo e personalidades distintas.

“nós temos um conjunto heterogêneo de crianças (...) em termos de características pessoais, de vivências traumáticas.” (P06).

5.6. Acolhimento e sinalização tardios. Dois terços apontaram como uma dificuldade a idade em que os jovens são sinalizados e, posteriormente, acolhidos devido ao curto período para intervir e ao facto de encontrarem-se já na adolescência.

“Atualmente, os acolhimentos são cada vez mais tardios e há menos tempo para intervir (...) o que faz com (...) não dê tanto tempo para que estas mudanças ocorram” (P09).

5.7. Consistência da intervenção no acolhimento.

5.7.1. Consistência entre os profissionais. Dois terços evidenciaram o trabalho conjunto das equipas na intervenção com as crianças/jovens e nas estratégias para a manutenção dessa consistência (reuniões de equipas, auxílio na tomada de decisões).

“trabalhamos muito em equipa (...) nós temos reuniões, de quinze em quinze dias (...) nós conseguimos ver muito em equipa, como funcionar” (P02).

5.7.2. Discrepância entre os profissionais. Cinco demonstraram falta de solidez e apoio do trabalho das equipas na intervenção com as crianças/jovens, referindo falta de conhecimentos, retaguarda e continuidade do trabalho, sensibilidade dos cargos administrativos e formação das equipas.

“nós [Equipa Técnica] entendemos que as coisas devem ser feitas de uma forma e muitos vezes elas [Equipa Educativa] entendem que devem ser feitas de outra, porque consideram que passam mais tempo com eles...” (P03).

5.7.3. Consequências da discrepância. Todos alertaram para a percepção dos jovens da desarticulação das equipas e consequente aproveitamento dos mesmos para obtenção de benefícios.

“os miúdos sabem muito bem que se quiserem aquilo com quem hão de ir ter” (P07).

Discussão

Este estudo teve como objetivos caracterizar os problemas/dificuldades das crianças/jovens durante o AR, averiguar como os profissionais entendem os comportamentos das crianças/jovens e as suas dificuldades, apurar que estratégias de intervenção os profissionais consideram mais adequadas e quais lhes proporcionam, explorar em que circunstâncias as instituições recorrem à medicação, analisar os encaminhamentos e o papel da instituição na gestão de recursos externos, e entender quais são as dificuldades sentidas pelos profissionais na execução do seu trabalho.

Crianças/jovens que estiveram expostos a maus-tratos podem apresentar vários problemas emocionais, comportamentais e desenvolvimentais (Sege & Amaya-Jackson, 2017). Os problemas/dificuldades enunciados pelos profissionais como os manifestados pelas crianças/jovens (impulsividade, agressividade, entre outros) são congruentes com os encontrados nos processos dos mesmos, convergindo com os encontrados na literatura (Camuñas et al., 2020; Pires & Martins, 2019). Ademais, observa-se que os educadores/auxiliares relatam comportamentos de externalização relacionados com trauma e situações de *stress*, enquanto as técnicas elencam comportamentos de internalização evidenciando aspetos de índole emocional e relacional, dificuldades de autonomização e aspetos escolares. Apesar dos profissionais referirem problemas/dificuldades decorrentes da vivência do acolhimento e do contexto sociofamiliar fazem-no com lentes diferentes. As técnicas relatam os sentimentos decorrentes do acolhimento e a compreensão dos mesmos enquanto os educadores/auxiliares evidenciam o carácter externalizador, como a revolta. Igualmente, as técnicas elencam os modelos parentais desajustados, contexto familiar e fatores de risco. Contrariamente, os educadores/auxiliares focam-se, novamente, nos aspetos externalizadores como a reprodução de comportamentos, salientando serem “*o reflexo dos pais*”.

Do discurso dos inquiridos percebe-se que a intervenção foca-se essencialmente em dois eixos: intervenção interna e externa à casa. A primeira resume-se a uma intervenção reativa baseada na gestão de conflito e aplicação de consequências, não se observando uma intencionalização das rotinas dos jovens, importante para ajudar a promover mudanças, pois qualquer momento/acontecimento pode ser

motor de reaprendizagem (Barton et al., 2012). Por seu turno, a aplicação de consequências pode contribuir para a não aquisição de competências, pois crianças/jovens com passados traumáticos têm sistemas hiper-estimulados de resposta ao *stress* e as punições agudizam as situações, aumentando os níveis de *stress*, reforçando uma visão negativa do mundo como hostil (Barton et al., 2012). A intervenção externa domina a atuação dos profissionais que referem “*encaminhar*” os jovens numa perspetiva de auto-desresponsabilização do seu papel (Carli, 2016). Os encaminhamentos ocorrem em situações que evidenciam dificuldades das crianças/jovens como fugas, tentativas de suicídio, comportamentos autolesivos e agressões, atos que demonstram sofrimento psicológico e podem ser formas de externalização do trauma (Keeshin et al., 2020). Ademais, pelo discurso dos participantes percebe-se que a intervenção psicológica nas CA não está definida, ou quando está, não é clara para todos os colaboradores, remetendo-se apenas à intervenção clínica, existindo uma dualidade de opiniões quanto à eficácia da mesma, sendo efetuada por psicólogos internos ou externos. Assim, a intervenção psicológica existente circunscreve-se, segundo os inquiridos, a encaminhamentos para pedopsiquiatras e psicoterapeutas externos às CA, não existindo um modelo de intervenção empiricamente validado que intencionalize e articule os ganhos da intervenção interna e externa, como o modelo terapêutico (Barton et al., 2012; Rodrigues, 2018). Estratégias como psicoeducação, treino de relaxamento, incentivo à comunicação entre pais-filhos e apoio aos pais são características comuns a intervenções empiricamente validadas e que incluem formação em trauma (Keeshin et al., 2020).

Por sua vez, percebe-se no discurso dos entrevistados que a ausência de estratégias de intervenção adequadas às crianças/jovens faz com que a maioria dos profissionais medicalize os problemas ao atribuir-lhes características de diagnósticos, abordando-os como problemas médicos (Conrad, 1992) tratáveis com um medicamento particular (Zanella et al., 2016). Assim, os diagnósticos baseiam-se no cumprimento parcial dos critérios necessários para a sua atribuição, culminando em múltiplos diagnósticos atribuídos, corroborando os dados da análise documental. Crianças/jovens que vivenciaram experiências traumáticas tendem a ter mais traumas complexos que culminam em mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais. Essas mudanças acentuam sintomas, como os evidenciados pelas crianças/jovens em AR, que não encaixam facilmente nas categorias de diagnóstico comum, recebendo vários diagnósticos para tentar captar diferentes manifestações do trauma (Forkey & Szilagyi, 2014). Assim, quando existem suspeitas de diagnósticos de ansiedade, depressão ou PHDA, os profissionais devem considerar o *stress* traumático como uma possível explicação para os sintomas e utilizar medidas de diagnóstico validadas (Keeshin et al., 2020). Por conseguinte, os profissionais entendem a medicação como eficaz e necessária, convergindo com outros estudos (Pires & Martins,

2019), realçando o efeito quase imediato que este tipo de intervenção proporciona. Os profissionais referem como motivos da toma da medicação o diagnóstico de PHDA, a concentração e estabilização escolar e problemas de comportamento, em linha com outros estudos(Cord et al., 2015; Dias et al., 2020). As técnicas destacaram a incapacidade de auxílio das crianças/jovens nas suas dificuldades emocionais, encontrando na medicação a ajuda para conseguir lidar com as mesmas. Os educadores/auxiliares entendem a medicação como necessária, não questionando o seu uso por considerarem que não possuem competências para tal, dado ser da *“responsabilidade das técnicas e dos médicos que os vêem”*. Todavia, com a medicação de sintomas decorrentes de experiências traumáticas, as crianças/jovens não ganham consciência da sua história de vida e consequentemente não assimilam e aceitam o seu passado (Morago et al., 2010; Zanella et al., 2016), comprometendo a sua evolução durante o acolhimento e posterior sustentação dos ganhos. De forma a promover a aquisição e manutenção de competências nas crianças/jovens é necessário um trabalho colaborativo entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental. Igualmente, o cruzamento de dados entre as entidades (pedopsiquiatras, psicoterapeutas, CA) permite uma vigilância adequada e um maior acesso a tratamentos psicossociais de qualidade e baseados na evidência, condições fundamentais para a redução do consumo de psicofármaco (Hilt et al., 2015; Keeshin et al., 2020).

Relativamente aos constrangimentos e limitações ao trabalho dos profissionais, é unânime relatarem a incapacidade em proporcionarem uma atenção e acompanhamento individualizado, e os educadores/auxiliares enaltecem que gostavam de conseguir *“dar mais carinho, brincar, jogar às cartas”* com as crianças/jovens. Esta incapacidade resulta, segundo os inquiridos, da falta de recursos humanos disponíveis nas casas. De facto, o rácio educador-crianças adequado deve ser 2:5 ou 1:3 (Quiroga & Hamilton-Giachritsis, 2016), o que não se verifica. Por conseguinte, os educadores/auxiliares entendem a heterogeneidade dos residentes das casas como problemática, por requererem simultaneamente dos profissionais competências e cuidados diferentes. Ainda, os colaboradores destacam a idade tardia em que as crianças entram nas CA como uma dificuldade. Os educadores encaram a perspetiva de que quanto mais velhos menos há a fazer por eles, e as técnicas encaram a dificuldade no sentido da idade avançada requerer mais tempo para que mudanças ocorram. Em contrapartida, foi possível perceber que, apesar de vários esforços, existe discrepância no modo de atuação entre e dentro das equipas, o que dificulta e condiciona o sucesso das intervenções. De facto, a ausência de um modelo que responda às necessidades específicas das crianças/jovens (Matos et al., 2015; Rodrigues, 2018) faz com que os profissionais não individualizem a sua intervenção e não se sintam capazes de atuar além da gestão de conflito. O modelo auxiliaria na capacitação dos cuidadores para a compreensão das reações e

comportamentos à luz das suas experiências traumáticas vividas previamente à sua entrada em AR, tirando partido das rotinas diárias para trabalhar, contextualmente, as dificuldades que surgem, atribuindo-lhes um enquadramento terapêutico(Rodrigues, 2018). Ademais, a existência de um modelo validado e conhecido por todos os colaboradores da casa reduziria a discrepância entre os trabalhos das equipas facilitando a tomada de decisão e a coesão do trabalho.

Discussão Geral

Os resultados apontam implicações para a prática. Primeiramente, a importância e a necessidade do uso de intervenções e formação dos colaboradores sobre trauma e modelos empiricamente validados, como o AR terapêutico (Bellonci et al., 2019; Keeshin et al., 2020), permitindo que as intervenções sejam intencionalizadas, gerando mudanças internas nas crianças/jovens, reparando o dano que lhes foi infligido (Matos et al., 2015) e promovendo a continuidade do sucesso terapêutico, pós-acolhimento. Seguidamente, a importância da compreensão dos problemas e sintomas evidenciados pelas crianças/jovens à luz da sua história de vida para realizar um diagnóstico correto e evitar múltiplos diagnósticos e medicação. Finalmente, salientou a importância dos contactos das crianças/jovens com a sua família, envolvendo os pais no processo de intervenção, promovendo a reunificação familiar (Bellonci et al., 2019).

Este estudo apresenta limitações. A pandemia que condicionou o acesso às instituições, o facto de algumas entrevistas terem-se realizado via *zoom*, onde alguns entrevistados não podiam ligar as câmaras, condicionando a captação do não-verbal. Verificou-se a falta de uma linguagem universal para descrever os contextos sociofamiliares (estilos parentais, capacidades educativas, dinâmicas familiares, etc) não permitindo realizar uma análise a esse nível. A composição e organização dos processos variam muito entre instituições. Apesar de existir uma sugestão de modelo, as casas têm liberdade para definir o seu conteúdo existindo instituições com processos muito incompletos.

Assim, seria crucial estudos futuros explorarem as intervenções, particularmente a farmacológica, com recurso à observação, entrevista ou *focus group* com as crianças/jovens acolhidos para compreender aprofundadamente este fenómeno e o funcionamento das casas. Seria importante estudar o trauma e as consequências deste, em AR, para perceber melhor os diagnósticos, permitindo uma intervenção mais adequada.

Conclusão

Este estudo contribuiu para o conhecimento mais aprofundado dos desafios dos profissionais e a importância da sua intervenção no quotidiano das CA. Possibilitou a exploração dos impactos da

ausência de um modelo empiricamente validado na interpretação e gestão dos acontecimentos vividos nas CA. Igualmente, evidenciou que a ausência de conhecimentos específicos na área poderá levar a diagnósticos errados e ao uso de métodos de intervenção desadequados.

Referências

- Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53–63.
- Arizmendi, J., & Almeida, A. (2019). Práticas e visões dos profissionais de acolhimento nos processos de reunificação familiar: um estudo exploratório. *Configurações*, 23, 73–89. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.732>
- Azevedo, V., Carvalho, M., Fernandes-Costa, F., Mesquita, S., Soares, J., Teixeira, F., & Maia, Â. (2017). Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 159–168. <https://doi.org/10.12707/RIV17018>
- Barczyk, Z. A., Rucklidge, J. J., Eggleston, M., & Mulder, R. T. (2020). Psychotropic Medication Prescription Rates and Trends for New Zealand Children and Adolescents 2008-2016. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 30(2), 1–10. <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0032>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (5.ª ed.). Edições 70.
- Barton, S., Gonzalez, R., & Tomlinson, P. (2012). Therapeutic Residential Care for Children and Young People: An Attachment and Trauma-Informed Model for Practice. In *British Library Cataloguing in Publication Data*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bellonci, C., Holmes, L., & Whittaker, J. (2019). Re-Thinking Therapeutic Residential Care (TRC) as a Preventive Service: Examining Developments in the US and England. *Residential Treatment for Children and Youth*, 36(1), 35–53. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2018.1536495>
- Bergström, M., Cederblad, M., Håkansson, K., Jonsson, A. K., Munthe, C., Vinnerljung, B., Wirtberg, I., Östlund, P., & Sundell, K. (2020). Interventions in Foster Family Care: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 30(1), 3–18. <https://doi.org/10.1177/1049731519832101>
- Camuñas, N., Vaillo, M., Mavrou, I., Brígido, M., & Poole Quintana, M. (2020). Cognitive and behavioural profile of minors in residential care: The role of executive functions. *Children and Youth Services Review*, 119. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105507>
- Carli, F. (2016). A Patologização e a Medicalização da infância: Epistemologia subjacente e repercussões na escola. *Reunião Científica Regional Da ANPED*, 1–16.
- Chartier, S., & Blavier, A. (2020). Should the reintegration of children in foster care into their biological families be the only goal of the legislation governing foster care? Factors influencing the relations between parents and their children living in foster care. *Children and Youth Services Review*, 1–24. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105741>
- Christian, R. B., Farley, J. F., Sheitman, B., McKee, J. R., Wei, D., Diamond, J., Chrisman, A., Barnhill, L. J., Wegner, L., Palmes, G., Trygstad, T., Pfeifferberger, T., Wegner, S. E., Best, R., & Sikich, L. (2013). A+KIDS, a web-based antipsychotic registry for North Carolina youths: An alternative to prior authorization. *Psychiatric Services*, 64(9), 893–900. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.002762012>

- Cohen, J. A., Kelleher, K. J., & Mannarino, A. P. (2008). Identifying, treating, and referring traumatized children: The role of pediatric providers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(5), 447–452. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.5.447>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Cord, D., Gesser, M., Nunes, A. de S. B., & Storti, M. M. T. (2015). As Significações de Profissionais que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Fracasso Escolar. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(1), 40–53. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000952013>
- Cruz, B. de A., Lemos, F. C. S., Piani, P. P. F., & Brigagão, J. I. M. (2016). Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças. *Estudos de Psicologia*, 21(3), 282–292. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160027>
- Desjardins, J., Lafortune, D., & Cyr, F. (2017). Psychopharmacotherapy in children placed in group homes and residential centres in Canada: Psychopathological portrait of children receiving psychotropic medications and educators' perception of treatment. *Children and Youth Services Review*, 81, 197–206. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.08.001>
- Dias, P., Martins, A., Oliveira, G., Alvares, L., Jesus, R., & Nascimento, D. (2020). Contexto e consequências do uso de psicofármacos em crianças e adolescentes. *Revista Educação Em Saúde*, 8(1), 184–195.
- Dinnissen, M., Dietrich, A., van der Molen, J. H., Verhallen, A. M., Buiteveld, Y., Jongejan, S., Troost, P. W., Buitelaar, J. K., Hoekstra, P. J., & van den Hoofdakker, B. J. (2020). Prescribing antipsychotics in child and adolescent psychiatry: guideline adherence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 1717–1727. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00787-020-01488-6>
- DosReis, S., Tai, M. H., Goffman, D., Lynch, S. E., Reeves, G., & Shaw, T. (2014). Age-related trends in psychotropic medication use among very young children in foster care. *Psychiatric Services in Advance*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300353>
- Elklit, A., Michelsen, L., & Murphy, S. (2018). Childhood Maltreatment and School Problems: A Danish National Study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 62(1), 150–159. <https://doi.org/10.1080/00313831.2016.1253608>
- Forkey, H., & Szilagyi, M. (2014). Foster care and healing from complex childhood trauma. *Pediatric Clinics of North America*, 61(5), 1059–1072. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.06.015>
- Fylan, F. (2005). *A handbook of research methods for clinical and health psychology* (P. Miles, Jeremy; Gilbert (ed.); Oxford Uni, pp. 65–77). Oxford University Press.
- Henriques, A., Bento, C., Martins, H., Cruz, H., Costa, J., & Carvalho, M. (2015). Família(s) Desafios e práticas no acolhimento de jovens em instituições. In *Práticas e Reflexão sobre Acolhimento de Jovens em Instituição*.
- Hilt, R. J., Barclay, R. P., Bush, J., Stout, B., Anderson, N., & Wignall, J. R. (2015). A statewide child telepsychiatry consult system yields desired health system changes and savings. *Telemedicine and E-Health*, 21(7), 533–537. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0161>
- IASS. (2016). *Protocolo de Actuación para la Intervención Familiar*.

- Instituto da Segurança Social (2020), CASA 2019- Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens, Lisboa, ISS.
- Instituto da Segurança Social (2021), CASA 2020- Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens, Lisboa, ISS.
- ISS. (2011). *Manual de Processos-Chave: Lar de Infância e Juventude*.
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(1), 33–47. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x>
- Keeshin, B., Forkey, H. C., Fouras, G., & MacMillan, H. L. (2020). Children exposed to maltreatment: Assessment and the role of psychotropic medication. *Pediatrics*, 145(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3751>
- Lei nº 26/2018 de 5 de julho. Diário da República, 1ª Série, Nº 128 (2018).
- Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C., Swaab, H., & Scholte, E. (2016). Characteristics of Children in Foster Care, Family-Style Group Care, and Residential Care: A Scoping Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 2357–2371. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0418-5>
- Lima, J. (2013). Por uma Análise de Conteúdo Mais Fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47(1), 7–29.
- Lohr, W. D., Creel, L., Feygin, Y., Stevenson, M., Smith, M. J., Myers, J., Woods, C., Liu, G., & Davis, D. W. (2018). Psychotropic polypharmacy among children and youth receiving medicaid, 2012-2015. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*, 24(8), 736–744. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2018.24.8.736>
- Matos, B., Aguiar, C., Martins, C., Gama, I., Pires, L., Dias, J., Costa, J., & Queirós, S. (2015). *Acolhimento Terapêutico* (2a ed.). Casa Pia de Lisboa.
- Mitjavila, M. (2015). Medicalização, risco e controle social. *Tempo Social*, 27(1), 117–137.
- Morago, J. M., Cabeza, R., & Fernández, E. (2010). *Guía para trabajar la historia de vida con niños y niñas. Acogimiento familiar y residencial*. Sevilla:Junta de Andalucía. <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=3368&tipo=documento>
- Neil, E., Gitsels, L., & Thoburn, J. (2019). Children in care: Where do children entering care at different ages end up? An analysis of local authority administrative data. *Children and Youth Services Review*, 106, 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104472>
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Hjellvik, V., Lien, L., & Bramness, J. G. (2021). The Use of Antidepressants, Antipsychotics, and Stimulants in Youth Residential Care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1–8. <https://doi.org/10.1089/cap.2020.0123>
- Pires, J., & Martins, P. C. (2019). Saúde mental e utilização de psicofármacos em crianças e jovens em regime de acolhimento residencial em Portugal – um estudo exploratório. *Configurações*, 23, 123–137. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.716>
- Quiroga, M., & Hamilton-Giachritsis, C. (2016). Attachment Styles in Children Living in Alternative Care: A Systematic Review of the Literature. *Child and Youth Care Forum*, 45(4), 625–653. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9342-x>

- Rodrigues, S. P. de L. A. (2018). *A qualidade do acolhimento residencial em Portugal: avaliação da adequação dos serviços às necessidades das crianças e jovens institucionalizados* [Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/119950>
- Romano, E., Babchishin, L., Marquis, R., & Fréchette, S. (2014). Childhood Maltreatment and Educational Outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 1–20. <https://doi.org/10.1177/1524838014537908>
- Scozzaro, C., & Janikowski, T. P. (2015). Mental Health Diagnosis, Medication, Treatment and Placement Milieu of Children in Foster Care. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0058-6>
- Sege, R. D., & Amaya-Jackson, L. (2017). Clinical considerations related to the behavioral manifestations of child maltreatment. In *Pediatrics* (Vol. 139, Issue 4). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0100>
- Segura, A., Pereda, N., Guilera, G., & Álvarez-Lister, S. (2017). Poly-victimization and Mental Health Problems Among Adolescents in Residential Facilities in Spain. *Child Maltreatment in Residential Care*, 149–168. https://doi.org/DOI 10.1007/978-3-319-57990-0_7
- Sousa, V., & Amador, F. (2017). *Problemáticas da análise de conteúdo: criação e validação de categorias no domínio da Educação para o Desenvolvimento Sustentável*.
- Thackeray, J., Crane, D., Fontanella, C., Sorter, M., Baum, R., & Applegate, M. (2018). A medicaid quality improvement collaborative on psychotropic medication prescribing for children. *Psychiatric Services*, 69(5), 501–504. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700547>
- Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health and Illness*, 33(5), 710–725. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>
- Zanella, M., Luz, H., Benetti, I., & Junior, J. (2016). Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15, 53–62. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0132>

Anexo

Parecer da Comissão de Ética da Universidade do Minho



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 075/2020

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Saúde mental em acolhimento residencial: O papel dos psicofármacos no controlo comportamental*

Equipa de Investigação: Joana Isabel Baptista Bezerra de Matos, estudante do Mestrado Integrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Professora Doutora Paula Cristina Marques Martins (orientadora), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Saúde mental em acolhimento residencial: O papel dos psicofármacos no controlo comportamental*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto nos termos apresentados no Formulário de Identificação e Caracterização do Projeto, que se anexa, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 13 de novembro de 2020.

O Presidente da CEICSH

(Acílio Estanqueiro Rocha)

Anexo: Formulário de identificação e caracterização do projeto