



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**  
**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**  
**“LUÍS DE CAMÕES”**

**O Papel da Regulação Emocional e do Sono na Atenção em Crianças**  
**Institucionalizadas: Um Estudo Comparativo**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Patrícia Duarte Silvestre

Orientadora: Professora Doutora Sandra Deolinda Andrade Bastos Figueiredo

Número da candidata: 30001329

**Maio de 2024**

**Lisboa**

## **Agradecimentos**

No decorrer destes anos de percurso académico, muitos foram, os que estiveram presentes e me apoiaram incondicionalmente, nos momentos bons e nos menos bons - sem eles, não teria, certamente, conseguido chegar até aqui, e por isso, estarei incessantemente grata.

Não posso deixar de agradecer em primeiro lugar aos meus pais, pelo companheirismo, encorajamento e especialmente ao esforço e sacrifício que fizeram para que pudesse chegar até aqui. Espero que o orgulho que sentem por mim se assemelhe ao que eu sinto por eles. Seguidamente, e com igual importância, ao meu namorado, pela paciência, força e amizade em todos os momentos.

Gostaria também de realçar o agradecimento que sinto por toda a minha família e amigos, a compreensão foi inesgotável. Foram pilares essenciais.

Um especial agradecimento à minha orientadora, Professora Sandra Figueiredo, sempre disponível, a sua dedicação, comprometimento, prontidão, atenção e partilha de conhecimentos foram fundamentais.

Muito obrigada à Universidade Autónoma de Lisboa, e a todos os professores, que me forneceram todos os ensinamentos para conseguir iniciar a nova etapa que se segue. É de realçar a forma calorosa e o ambiente familiar com que a instituição acolhe os seus alunos.

Para finalizar, quero agradecer a todas as instituições e encarregados de educação que permitiram a recolha de dados para a elaboração desta investigação. Sem esta disponibilidade nada teria sido possível.

Foi um percurso exaustivo, demorado, com muitos contratempos, dúvidas e inseguranças. Se lutei e acreditei que poderia chegar até aqui, a vós o devo, obrigada de coração.

## **Resumo**

Esta investigação, realizada no âmbito de uma dissertação de mestrado em Psicologia, visa compreender o impacto da institucionalização durante a infância no desenvolvimento emocional e cognitivo das crianças, bem como a influência dos hábitos de sono. A amostra afere 110 participantes com idades entre 6 e 11 anos, divididos em dois grupos: 55 crianças institucionalizadas em Centros de Acolhimento Temporário e 55 crianças não institucionalizadas. Utilizando uma metodologia a, os dados foram tratados através de testes de estatística descritiva e inferencial, como o teste t de Student para amostras independentes e regressão linear simples. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas no desenvolvimento cognitivo, com o grupo de crianças institucionalizadas a apresentar piores resultados na atenção; as crianças não institucionalizadas demonstraram competências de regulação emocional superiores; e, em relação à higiene do sono, as crianças institucionalizadas apresentaram um ponto médio de sono superior. Conclui-se que o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças institucionalizadas parece estar comprometido, já que as não institucionalizadas exibem competências cognitivas e de regulação emocional mais significativas.

**Palavras-chave:** institucionalização na infância; desenvolvimento cognitivo; desenvolvimento emocional; hábitos de sono.

## **Abstract**

This research, conducted as part of a master's thesis in Psychology, aims to understand the impact of institutionalization during childhood on children's emotional and cognitive development, as well as the influence of sleep habits. The sample includes 110 participants aged between 6 and 11 years, divided into two groups: 55 institutionalized children in Temporary Care Centers and 55 non-institutionalized children. Using a quantitative methodology, the data were analyzed through descriptive and inferential statistical tests, such as the independent samples Student's t-test and simple linear regression. The results revealed statistically significant differences in cognitive development, with the group of institutionalized children showing poorer attention performance; non-institutionalized children demonstrated superior emotional regulation skills; and, regarding sleep hygiene, institutionalized children exhibited a higher average sleep point. It is concluded that the cognitive and emotional development of institutionalized children seems to be compromised, as non-institutionalized children show more significant cognitive and emotional regulation skills.

**Keywords:** institutionalization in childhood; cognitive development; emotional development; sleeping habits.

## Índice

|                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Resumo .....                                                                                                                                            | iii |
| Abstract.....                                                                                                                                           | iv  |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....                                                                                                                   | 10  |
| 1.1. Crianças e Jovens: Conceitos e Fatores que Influenciam o seu Desenvolvimento ....                                                                  | 11  |
| 1.2. O Impacto da Experiência Institucional no Desenvolvimento de Crianças e Jovens.....                                                                | 14  |
| 1.3. O Desenvolvimento Cognitivo .....                                                                                                                  | 17  |
| 1.4. A Importância do Sono e dos Hábitos de Sono .....                                                                                                  | 19  |
| 1.5. A Regulação Emocional .....                                                                                                                        | 22  |
| 1.6. Estratégias e Soluções para Colmatar Lacunas Desenvolvimentais .....                                                                               | 23  |
| PARTE II – METODOLOGIA .....                                                                                                                            | 26  |
| 2.1. Objetivos.....                                                                                                                                     | 27  |
| 2.1.1. Objetivo Geral .....                                                                                                                             | 29  |
| 2.1.2. Objetivos Específicos .....                                                                                                                      | 31  |
| 2.2. Questões de Investigação.....                                                                                                                      | 31  |
| 2.3. Hipóteses em Estudo.....                                                                                                                           | 32  |
| 2.4. Variáveis em Estudo .....                                                                                                                          | 34  |
| 2.5. Participantes.....                                                                                                                                 | 36  |
| 2.6. Instrumentos .....                                                                                                                                 | 37  |
| 2.6.1. Questionário de Cronótipo em Crianças (QCTC; Werner et al., 2009) - Versão Portuguesa Validada e Traduzida por Couto e colaboradores (2014)..... | 38  |
| 2.6.2 Escala de Regulação Emocional (ERE; Shields & Cicchetti, 1997) - Versão Portuguesa Validada e Traduzida por Melo (2005) .....                     | 39  |
| 2.6.3. Cancelamento de Sinais da BANC (Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra; Simões et al, 2016).....                                       | 40  |

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| 3. Procedimentos .....                      | 40 |
| 3.1. Procedimentos Gerais .....             | 40 |
| 3.2. Procedimentos de Análise de Dados..... | 42 |
| PARTE III – RESULTADOS.....                 | 44 |
| 4.1 Caracterização da amostra .....         | 45 |
| 4.2 Consistência interna.....               | 45 |
| PARTE IV – DISCUSSÃO DE RESUTADOS .....     | 57 |
| 5.1. Discussão de Resultados.....           | 58 |
| 6.1. Conclusão .....                        | 63 |
| PARTE V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 66 |
| Referências .....                           | 67 |
| ANEXOS.....                                 | 80 |

## **Índice de Abreviaturas**

**CAT** – Centros de Acolhimento Temporário

**CI** – Crianças Institucionalizadas

**CNI** – Crianças Não Institucionalizadas

**BANC** – Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra

**ERE** – Escala de Regulação Emocional

**ERC** – Emotion Regulation Checklist

**CT** – Cronótipo

**PMS** – Ponto Médio de Sono

**PMSc** – Ponto Médio de Sono Corrigido

**QCTC** – Questionário de Cronótipo em Crianças

**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences

## Índice de tabelas

|                                                                            |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Tabela 1</b> – Variáveis, definição, operacionalização e medida .....   | 34/35 |
| <b>Tabela 2</b> – Caracterização da amostra (N = 110).....                 | 48    |
| <b>Tabela 3</b> – Consistência interna .....                               | 48    |
| <b>Tabela 4</b> – Atenção .....                                            | 49    |
| <b>Tabela 5</b> – Coeficientes .....                                       | 49    |
| <b>Tabela 6</b> – Regulação Emocional .....                                | 50    |
| <b>Tabela 7</b> – Coeficientes .....                                       | 50    |
| <b>Tabela 8</b> – Coeficientes .....                                       | 51    |
| <b>Tabela 9</b> – Regulação Emocional .....                                | 51    |
| <b>Tabela 10</b> – Rotinas de sono .....                                   | 52    |
| <b>Tabela 11</b> – A criança acorda a que horas .....                      | 53    |
| <b>Tabela 12</b> – A criança levanta-se a que horas .....                  | 53    |
| <b>Tabela 13</b> – A criança está completamente acordada a que horas ..... | 54    |
| <b>Tabela 14</b> – A criança deita-se a que horas .....                    | 54    |
| <b>Tabela 15</b> – A criança está com sono a que horas .....               | 55    |
| <b>Tabela 16</b> – A criança demora quantos minutos para adormecer .....   | 55    |
| <b>Tabela 17</b> – Forma de acordar e institucionalização... ..            | 56    |
| <b>Tabela 18</b> – Sesta e institucionalização .....                       | 56    |
| <b>Tabela 19</b> – Ponto médio do sono .....                               | 57    |
| <b>Tabela 20</b> – Ponto Médio de Sono Corrigido .....                     | 57    |
| <b>Tabela 21</b> – Cronótipo e institucionalização .....                   | 58    |
| <b>Tabela 22</b> – Cronótipo e institucionalização .....                   | 58/59 |

## **Anexos**

**Anexo I** – Acordo de Consentimento Informado CI

**Anexo II** – Acordo de Consentimento Informado CNI

**Anexo III** – Autorização de Colaboração SCML

**Anexo IV** – Escala de Regulação Emocional

**Anexo V** – Escala de Regulação Emocional – Autorização

**Anexo VI** - Questionário de Cronótipo em Crianças

**Anexo VII** - Questionário de Cronótipo em Crianças – Autorização

**Anexo VIII** – Questionário Sociodemográfico CI

**Anexo IX** – Questionário Sociodemográfico CNI

**Anexo X**– Termo de Responsabilidade – Cancelamento de Sinais da BANC

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. Introdução**

### **1.1. Crianças e Jovens: Conceitos e Fatores que Influenciam o seu Desenvolvimento**

Crianças que foram vítimas de maus-tratos evidenciam dificuldades sobretudo ao nível do reconhecimento e identificação de emoções (Camras, Grow & Ribordy, 1983; Camras, Ribordy, Hill & Martino, 1990; During & McMahon, 1991; Tarullo et. al., 2007), bem como detomada de perspetiva afetiva e de empatia (Tarullo et. al., 2007). Estas evidências são sustentadas pelo facto de, à semelhança das crianças que sofreram de maus-tratos, as crianças institucionalizadas se encontrarem privadas de um contexto propício ao normativo desenvolvimento da inteligência emocional, pelo que se torna expectável que existam algumas lacunas neste domínio (Almas et al., 2020; Humphrey et al., 2018; Tarullo et al., 2007; Sousa et al., 2021; Wade et al., 2020; Wade et al., 2022). Anteriormente, não era atribuída relevância à relação existente entre os fatores internos e os fatores externos no desenvolvimento da criança, pelo que a literatura não enfatizava a influência que os diferentes contextos têm nos processos de desenvolvimento infantil. Contudo, mais recentemente, esta correlação tem vindo a receber destaque e a ser alvo de interesse por parte de investigadores de renome no âmbito do desenvolvimento das crianças, nomeadamente no que concerne à vinculação existente e ao contexto afetivo em que as crianças crescem, estas variáveis têm um impacto significativo no desenvolvimento emocional das mesmas (Lionetti et al., 2022; McIsaac et al., 2022; Santos et al., 2021; Sousa Filho & Alencar, 2003). Segundo Bowlby (1981, 1984, 1998) — autor de referência no campo da vinculação e do desenvolvimento infantil —, no que respeita ao desenvolvimento da saúde mental das crianças, defende que os cuidados prestados pelos cuidadores nos primeiros anos de vida são extremamente relevantes para o seu futuro (Pinhel et al., 2009).

Mais concretamente, na Teoria da Vinculação (Bowlby, 1958) é atribuída ênfase à experiência de contacto e de cuidado com um adulto de confiança, que forneça carinho, proteção e segurança à criança (ou bebé), bem como que este adulto se mantenha presente durante o crescimento da criança, com vista a um desenvolvimento socioemocional ajustado e a uma saúde mental a longo prazo, uma vez que esta presença provoca uma perceção de segurança, de proteção e de liberdade para explorar o mundo físico e social sem a sensação de desamparo, o que contribui

para a auto estima positiva e a consciência de valor próprio (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1958).

Quando, por outro lado, esta presença de proteção, de carinho e de transmissão de segurança não está presente nos primeiros anos de vida — como é, muitas vezes, o caso das crianças que se encontram institucionalizadas — o desenvolvimento socioemocional, a autoestima e a saúde mental podem estar comprometidas (Bosmans et al., 2022; Chae & Bolton, 2022; Society for Research in Child Development, 2008; Thompson et al., 2022; Zaccagnino et al., 2015). Também Piaget (1993), afirma que a componente biológica — a hereditariedade/genética —, e a componente ambiental — as influências do meio —, funcionam numa lógica de reciprocidade, de equilíbrio e desequilíbrios, em que uma influência e a outra se deixa influenciar, sendo um processo ativo e interativo, construído pelo sujeito em interação contínua com o meio, para que a adaptação ao meio seja benéfica para o sujeito (Pinhel et al., 2009). Segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, as competências cognitivas desenvolvem-se com base numa conceção de hereditariedade genética e de características inatas que vão sendo adquiridas de forma determinista, ou seja, numa sequência estabelecida biologicamente. Ainda neste sentido, o autor defende que o desenvolvimento da inteligência vai fornecendo ao indivíduo as competências necessárias para uma melhor adaptação ao meio e aos diferentes desafios externos e/ou contextuais (Piaget, 1958; Piaget, 1977).

Para Wallon (1995), o sujeito e o contexto em que este vive são indissociáveis, na medida em que ambos condicionam o seu desenvolvimento. Neste sentido, o autor defende que o indivíduo depende do contexto em que está inserido para aprender novos conhecimentos e para se estabelecer como pessoa e com as suas características individuais. O autor reforça a importância da vida em sociedade para o desenvolvimento pessoal saudável, uma vez que os humanos são seres sociais, pelo que são diretamente influenciados pelas pessoas que os rodeiam e pelos contextos onde se inserem (Pinhel et al., 2009). Ainda, diferentes autores (p.e., Alencar, 1993; Vacaru et al., 2018; Pali et al., 2022) afirmam que o autoconceito, as crenças e as competências (p.e., habilidades, regulação emocional, estratégias de resolução de problemas) dos/as sujeitos/as dependem diretamente dos contextos onde estão inseridos/as e dos seus processos de socialização, de crescimento e de desenvolvimento, desde tenra idade, e, por isso, neste sentido, os autores acreditam que a experiência de alguns/mas crianças e jovens viverem e/ou terem vivido em

instituições provoca consequências e tem impacto na maneira de serem e de estarem no mundo e na sociedade (Pinhel et al., 2009).

A maioria das teorias desenvolvimentais — a Teoria Psicanalítica de Freud (1940), a Teoria Sociocultural de Vygotsky (1978), a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1977) e a Teoria da Vinculação de Bowlby (1958) —, refere a importância das experiências de socialização e das relações interpessoais nas crianças, bem como o impacto positivo que estas oportunidades de interação têm no desenvolvimento mental e social das crianças (Society for Research in Child Development, 2008).

Embora existam vários tipos de organismos, orfanatos e instituições de acolhimento, com diferentes condições e diferentes profissionais, há certas semelhanças que são transversais, se não a todas, pelo menos à maioria, tais como, uma pouca estimulação ao desenvolvimento da criança/jovem, uma alimentação pobre em vitaminas, pouca socialização e a limitação da criação de relações sociais, uma vez que os/as menores estão, muitas das vezes, confinados a um espaço e exclusivamente às pessoas que nele habitam. Estas circunstâncias ocasionam, por vezes, atrasos e restrições ao normativo desenvolvimento da criança (Johnson, 1999; Judge, 1999; Judge, 2003; Groark & McCall, 2011; McCall, 2013).

Diversas investigações (p.e., Chesmore et al., 2017; Hermanau et al., 2014; Marques, 2006) têm apresentado resultados no sentido de que crianças que tenham sido institucionalizadas no passado e que tenham sido vítimas de algum tipo de violência enquanto lá se encontravam acolhidas apresentam maior tendência e prevalência de sintomas depressivos, por comparação a crianças que nunca tenham estado nem institucionalizadas nem sido alvo de maus-tratos.

Além disso, e apesar de os estudos compostos por amostras de crianças institucionalizadas serem escassos, algumas investigações (McCall, 2008; McCall, 2013; e uma meta-análise, Bakermans-Kranenburg et al., 2008) têm demonstrado que estas crianças apresentam défices de desenvolvimento devido às condições — muitas vezes, precárias — e da falta de estimulação — cognitiva, emocional — das instituições onde residem, o que muitas vezes se reflete em problemas comportamentais. Nestes casos, nota-se uma diferença substancial entre as crianças que se encontram acolhidas e aquelas que sempre residiram com a sua família de origem (Society for Research in Child Development, 2008).

A rede nacional de respostas de acolhimento para crianças e jovens, em 2020,

era composta por 584 entidades. Estas entidades distribuem-se pelo país da seguinte forma: 395 Casas de Acolhimento; 132 Famílias de Acolhimento; e 57 outras respostas, que incluem Centro de Apoio à Vida, Casa Abrigo, Lar de Apoio, Lar Residencial, Colégio de Educação Especial, Unidade e Equipa Prestadoras de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental e Comunidade de Inserção e Comunidade Terapêutica (CASA, 2021).

Em Portugal, em 2020, existiam 6 706 crianças acolhidas em instituições. Destas, 1 663 foram acolhidas e permaneceram na instituição em 2020. As restantes 5 043 já se encontravam acolhidas, pelo menos, desde o ano anterior (CASA, 2021).

Em média, cada criança encontra-se institucionalizada durante um período de 3 a 4 anos (CASA, 2021).

Da totalidade das crianças acolhidas, 52% são do sexo masculino e 48% são do sexo feminino, 71% têm pelo menos 12 anos de idade e 27% apresentam problemas de comportamento (CASA, 2021).

Da totalidade de crianças institucionalizadas, 294 (4,4%) foram acolhidas por se encontrarem em situação de abandono. Destas, 121 eram do sexo feminino e 173 do sexo masculino (CASA, 2021).

## **1.2. O Impacto da Experiência Institucional no Desenvolvimento de Crianças e Jovens**

Têm sido realizadas diversas investigações que objetivam estudar o desenvolvimento da inteligência, da linguagem e dos processos de socialização em crianças que se encontram institucionalizadas (Manesh, Mojdehi & Tashakkori, 1984; Tizard & Hodgers, 1978; Bohman & Sigvardsson, 1979; Sousa-Filho & Alencar, 2003; McCall, 2008; McCall, 2013). Os resultados têm demonstrado que a institucionalização de crianças muito novas pode afetar diversas áreas do seu desenvolvimento, tais como os domínios social, emocional e/ou cognitivo, entre outros, não tendo sido possível até ao momento avaliar a duração desse impacto, ou seja, se os efeitos no desenvolvimento são a curto, a médio ou a longo prazo (Bohman & Sigvardsson, 1979).

Vários estudos (Troller-Renfree, McDermott, Nelson, Zeanah, & Fox, 2015, citados por Guerra & Del Prette, 2020) têm evidenciado uma relação entre a institucionalização de menores e uma consequente revelação de défices por parte

deles/as, em diversos domínios, quer de comunicação e de relacionamentos interpessoais, quer comportamentais (Levin, Fox, Zeanah Jr., & Nelson, 2015, citados por Guerra & Del Prette, 2020), quer cognitivos e de desenvolvimento, especialmente na atenção e na regulação emocional, podendo inclusivamente estas dificuldades manifestarem-se física e cerebralmente, na zona do hipocampo, sendo esta a área cerebral associada, por excelência, à memória (Hodel et al., 2015). Chugani e colaboradores (2001) concluíram, numa investigação realizada com uma amostra de crianças da Roménia, que estas, após saírem da instituição onde se encontravam acolhidas, encontravam uma grande variedade de défices na linguagem, na atenção, na memória e nas funções executivas.

O desenvolvimento cognitivo das crianças institucionalizadas tem sido alvo de interesse por parte de investigadores há várias décadas. Os resultados obtidos são transversais aos diversos estudos, independentemente da época em que são realizados, quer sejam mais antigos (p.e., Bowlby, 1951; Provence & Lipton, 1962; Spitz, 1945, citados por Baptista et al., 2013) ou sejam mais atuais (p.e., Loman et al., 2009; London et al., 2007; Zeanah, Smyke, Koga, Carlson, & The Beip Core Group, 2005, citados por Baptista et al., 2013). Os dados apontam no sentido de que as crianças institucionalizadas apresentam atrasos cognitivos e de linguagem (Miller & Hendric, 2002).

Por um lado, alguns autores (Marques, 2006; Zeanah et al., 2005) têm investigado a relação existente entre a institucionalização das crianças e o impacto no seu desenvolvimento cognitivo e verbal, obtendo resultados que demonstram que o desenvolvimento cognitivo-verbal das crianças institucionalizadas é inferior ao das crianças não-institucionalizadas, o que poderá estar relacionado com a inexistência de uma relação de vinculação segura no caso das primeiras. Além disto, a teoria tem evidenciado que as crianças institucionalizadas apresentam atrasos no desenvolvimento motor, intelectual, afetivo, emocional, social e comportamental. No mesmo sentido, também foi demonstrado que as crianças que crescem e se desenvolvem em contexto de institucionalização e de acolhimento estão mais propensas a apresentar lacunas de funcionamento socioemocional e cognitivo (Bakermans-Kranenburg et al., 2008).

Tais lacunas são transversais às diferentes áreas de desenvolvimento, na medida em que estas crianças institucionalizadas se encontram menos desenvolvidas em todos os aspetos, pois apresentam menor estruturação cognitiva, bem como

manifestam com maior regularidade comportamentos delinquentes e agressivos, já que, muitas vezes, por terem um passado pautado por violência e experiências de vitimação (p.e., problemas domésticos), entenderam que a violência pode ser um meio e uma forma de resolver problemas, conflitos e de lidar com algumas emoções (Biscaia & Negrão, 1999; Taylor, 2004).

Por outro lado, num estudo realizado por Sousa Filho e Alencar (2003), os investigadores não encontraram diferenças significativas ao nível do pensamento criativo nas crianças institucionalizadas, quando comparadas com as crianças não institucionalizadas. Noutras investigações realizadas (Sousa et. al., 2021), os resultados também não identificaram diferenças significativas entre crianças institucionalizadas e crianças não-institucionalizadas no que concerne à regulação das emoções, à labilidade emocional negativa e/ou ao ajustamento socioemocional. Ainda, Bohman e Sigvardsson (1979) numa investigação realizada na Suécia, com crianças que permaneceram em instituições durante o período máximo de um ano, não encontraram evidências de que o afastamento da família e a permanência na instituição tivessem consequências definitivas nestas áreas do desenvolvimento das crianças. McCall (2013) também não encontrou evidências de que a institucionalização das crianças por curtos períodos conduzisse a consequências no desenvolvimento socioemocional das mesmas. Loman e colaboradores (2009), propuseram-se a compreender as diferenças, se existentes, no desenvolvimento cognitivo e linguístico de crianças institucionalizadas e de crianças não institucionalizadas. Os resultados obtidos evidenciam que, apesar de o grupo de crianças institucionalizadas ter alcançado níveis um pouco inferiores aos do grupo de crianças não institucionalizadas, ambos os grupos se encontram dentro da normalidade, ou seja, dos valores médios estandardizados para a população daquela faixa etária, não havendo, por isso, diferenças estatisticamente significativas entre ambos, pelo que as crianças institucionalizadas revelam um padrão de desenvolvimento dentro do expectável.

Noutro estudo, Fiamenghi-Jr e Luccia-Rivaben (2014) concluíram que os resultados e o desempenho das crianças institucionalizadas eram produto das condições, ou da ausência destas, enquanto estavam acolhidas. Ou seja, quando as condições ambientais, contextuais e a estimulação não são suficientemente adequadas ao aperfeiçoamento das capacidades intelectuais, os resultados obtidos pelas crianças, certamente, não são satisfatórios, bem como não representam o máximo das suas capacidades, podendo até, em contrapartida, revelar atrasos de raciocínio, por

exemplo (Vygotsky, 1978, citado por Fiamenghi-Jr & Luccia- Rivaben, 2014).

Outra das variáveis investigadas refere-se às complicações que podem surgir devido à inexistência de retaguarda familiar e da inserção numa instituição, o que pode conduzir a problemas de aprendizagem e de desenvolvimento cognitivo e emocional. Embora sejam dificuldades em domínios diferentes, as mesmas não podem ser separadas, pois estão intimamente relacionadas (Bartholomeu et. al., 2006, citados por Fiamenghi- Jr e Luccia- Rivaben, 2014). Esta conclusão é congruente com as obtidas noutra investigação realizada em 2006, por Santos e Graminha, na qual os autores demonstraram que grande parte das crianças que tinham um baixo desempenho na escola tinham, também, alguns problemas de foro emocional, pelo que, o desenvolvimento intelectual e o desenvolvimento emocional estão realmente conectados (Fiamenghi-Jr e Luccia- Rivaben, 2014).

No sentido de compreender mais aprofundadamente o papel da vinculação e da rede de suporte das crianças institucionalizadas, Alexandre e Vieira (2004) concluíram que nos casos em que não existem adultos significativos, com vinculação segura, as crianças acolhidas criam relações significativas e de vinculação umas com as outras, sendo esta rede de apoio um fator importante na resiliência destas crianças enquanto se encontram acolhidas. Apesar de alguns estudos supramencionados revelarem resultados pouco positivos no que ao desenvolvimento das crianças institucionalizadas diz respeito, há investigações que mostram que estes efeitos não são estanques e que, pelo contrário, com as condições (ambientais, familiares, sociais, contextuais certas) são passíveis de superação. Por exemplo, num estudo realizado por Hedges e Woon (2010), os resultados sugerem apesar da existência de uma relação de influência entre o stress sentido nos primeiros anos de vida e a presença de algumas limitações cognitivas na adolescência e na vida adulta, alguns dados também sugerem que, se estas crianças forem adotadas e integradas de forma saudável no novo meio que habitam, as limitações referidas podem ser largamente ultrapassadas.

### **1.3. O Desenvolvimento Cognitivo**

O desenvolvimento cognitivo pode ser afetado pela institucionalização e pelo contexto em que a criança se encontra integrada e cresce, nomeadamente, ao nível das cognições, das crenças, do auto e heteroconhecimento, dos valores, entre outras, ou seja, no fundo, tudo aquilo que tem uma influência direta nas competências sociais (Del

Prette& Del Prette, 2017).

Segundo Nelson, Fox e Zeanah (2014, citados por Troller-Renfree et al., 2016), as crianças que estão institucionalizadas desde novas encontram-se sujeitas a algumas privações psicossociais, o que, muitas das vezes, posteriormente, se reflete na presença de psicopatologia e em carências cognitivas ao longo do seu desenvolvimento. A literatura (p.e., Colvert et al., 2008; Loman et al., 2013; Merz & McCall, 2011) tem investigado esta questão e tem apontado no sentido de que existe uma relação entre a privação de alguma esfera (p.e., psicossocial) e a manifestação de défices nas funções executivas e cognitivas, que se refletem ao longo do desenvolvimento infantil, tais como a capacidade de atenção e de concentração, o reconhecimento de emoções nos/as outros/as e uma baixa autoestima. Ainda, das diferentes funções executivas que podem ou não ser afetadas, há uma que parece sobressair efetivamente enquanto alvo de lacunas, que é a capacidade de encontrar e detetar erros (i.e., *error monitoring*; Loman et al., 2013; McDermott et al., 2013).

Além disso, a exposição ao stress em idades prematuras pode suscitar problemas e défices cognitivos na vida adulta, tais como, dificuldades na linguagem, na capacidade de manter a atenção, na memória (operativa), nas funções executivas, na velocidade de processamento de informação, na inteligência espacial e de construção (Chugani et al. 2001; De Bellis et al. 2009; Lezak et al. 2004).

Assim, a exposição ao stress e a situações de grande ativação e ansiedade enquanto se é criança, pode suscitar défices em algumas competências cognitivas, sobretudo no que concerne às funções executivas, podendo encaminhar para consequências mais sérias e, até, a perturbações mentais reconhecidas no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), tais como, por exemplo, a Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade (Heim & Nemeroff, 2001).

A investigação tem levado a crer que estes défices nas funções cognitivas parecem ser tanto mais significativos e frequentes quanto maior for a duração da estadia da criança na instituição de acolhimento (Troller-Renfree & Fox, 2016; Troller-Renfree, McDermott, Nelson, Zeanah, & Fox, 2015; Troller-Renfree et al., 2016).

Estando as capacidades cognitivas diretamente relacionadas com o desenvolvimento cerebral, é relevante referir que, em termos neurobiológicos, a investigação na área da neuroeducação (i.e., um campo interdisciplinar que agrega a neurociência, a psicologia e a educação no intuito de decifrar processos cognitivos e emocionais que originem melhores métodos de ensino e facilitem a aprendizagem) tem

demonstrado que os processos de aprendizagem, bem como as capacidades neurocognitivas de captar e processar informação, tais como a atenção, a memória, as motivações, entre outras, estão intimamente relacionadas com os hábitos alimentares, de higiene do sono, de stress, da regulação emocional, entre outros. Neste sentido, existe uma ligação entre corpo saudável e mente saudável (Seixas, 2014).

Por o sono ser uma necessidade fisiológica imprescindível para o desenvolvimento cerebral, consiste num comportamento de destaque fundamental na regulação das emoções e da cognição, pelo que é importante compreender de que forma os diferentes hábitos de sono têm impacto no desenvolvimento das competências intelectuais e socioemocionais.

#### **1.4. A Importância do Sono e dos Hábitos de Sono**

O sono é um importante elemento do desenvolvimento humano, sobretudo no que concerne ao desenvolvimento cerebral e das funções cognitivas e emocionais. A aprendizagem consiste numa atividade de foro cognitivo, que ocorre essencialmente a partir da retenção de informação e consolidação na memória, pelo que o sono tem uma importância fulcral nesse processo, uma vez que todas as funções cerebrais funcionam mais eficazmente após o descansado corpo, do cérebro e mantendo hábitos de sono saudáveis (Bernier et al., 2013; Figueiredo, 2022; Figueiredo & Hipólito, 2022; Hoyniak et al., 2019; Hoyniak et al., 2020; Nieto et al., 2022; Valle et. al., 2009; Vaughn et al., 2015).

No caso das crianças, os problemas relacionados com os maus hábitos de sono são comuns (Figueiredo, 2022; Figueiredo & Hipólito, 2022), na medida em que afetam cerca de 25% das crianças (Owens, 2007, citado por Vriend et al., 2013). Ao longo das últimas décadas, a quantidade de tempo que as crianças passam a dormir tem vindo a diminuir (Dollman, Ridley, Olds, & Lowe, 2007; Vriend et al., 2013; Figueiredo & Hipólito, 2022) e, inclusive, existem alguns estudos que demonstram uma correlação entre maus hábitos de sono e desregulação emocional nas crianças (Rodrigues et al., 2019; Fredriksen, Rhodes, Reddy, & Way, 2004; Gregory, Rijsdijk, & Eley, 2006; Kurnatowski, Putynski, Lapienis, & Kowalska, 2008).

Sabendo que poucas horas de sono prejudicam a saúde (Tetik & Sen, 2021), os estudos indicam que os/as adolescentes necessitam de dormir, em média, entre oito e dez horas por dia. Contudo, a realidade é que grande parte dos/as adolescentes não mantém bons hábitos de sono, o que, posteriormente, se repercute diretamente na sua

saúde mental. Tipicamente, os/as adolescentes que dormem pouco tempo durante os dias da semana, que têm insónias e que atrasam a hora de dormir, apresentam mais problemas de saúde mental (Figueiredo & Hipólito, 2022; Hysing et. al., 2020).

Assim, de forma geral, a maior parte dos/as jovens dorme menos horas do que aquelas que são recomendadas, facto que contribui de forma clara para os problemas evidenciados no que respeita aos défices de atenção, às dificuldades na memória e à diminuição das capacidades de retenção e de aprendizagem de conhecimentos, o que, logicamente, enfraquece também o desempenho escolar. Além destas consequências ao nível cognitivo, existem também efeitos para a saúde física, que afetam o sistema locomotor e que aumentam a probabilidade de ganhar peso (e, até, de desenvolver obesidade), pois, o corpo, sem descansar, necessita de mais energia, fomentando o aumento da quantidade de calorias ingeridas, seja porque se aumenta a frequência das refeições, seja porque se consomem alimentos mais calóricos e potenciadores de maior energia, mas que, por norma, são menos salutíferos (Owens, 2014; Felden, Leite, Rebelatto, Andrade, & Beltrame, 2015, citados por Tetik & Sen, 2021).

Os estudos correlacionais são importantes para compreender em que medida o desempenho escolar e os hábitos de sono podem estar relacionados (Figueiredo, 2022; Figueiredo & Hipólito, 2022). Wolfson e Carskadon (1998) e Wahlstrom (2002), através das suas investigações, concluíram que quanto mais cedo for o horário de início das aulas, pior será o desempenho escolar dos/as jovens, uma vez que o tempo de sono durante a noite se torna encurtado (i.e., deitam-se tarde, mas acordam mais cedo para irem para a escola); e quanto pior for a qualidade do sono, mais negativamente serão afetadas as capacidades de atenção (Gruber et al., 2007; Sadeh, Gruber, & Raviv, 2002; Vriend et al., 2012) e de memorização (Steenari et al., 2003), pelo que é pertinente compreender de que forma é que estas questões e estes cuidados são atendidos nas casas de acolhimento para crianças e jovens.

Além das consequências na infância e ao longo do percurso escolar e académico dos/as jovens, as dificuldades em manter bons hábitos de sono têm sido, constantemente, relacionados com a existência de psicopatologia na idade adulta (Baglioni et al., 2016), em crianças (Sivertsen et al., 2015) e em adolescentes (Gregory & Sadeh, 2016).

Os hábitos de sono pouco saudáveis, quando são aprendidos em tenra idade, podem impactar o desenvolvimento cognitivo, nomeadamente dos níveis de atenção e de aprendizagem dos estudantes, e acompanhá-los durante toda a vida (Felden, 2015). Tem sido reportado em diversos estudos que a privação de sono tem efeitos em

diferentes domínios, tais como, as memórias numérica e linguística (Carskadon, Harvey, & Dement, 1981); a criatividade verbal, a aprendizagem de conceitos, sobretudo abstratos, bem como o pensamento abstrato (Randazzo, Muehlbach, Schweitzer, & Walsh, 1998); os distúrbios e défices de atenção (Fallone, Acebo, Arnedt, Seifer, & Carskadon, 2001); e o tempo de reação (Sadeh, Gruber, & Raviv, 2002).

Ao nível dos hábitos de sono, importa ainda mencionar que existem diferenças individuais que se relacionam com os ritmos circadianos e com o cronótipo de cada pessoa (Roenneberg et al., 2003). A literatura (Roenneberg et al., 2003; Randler et al., 2017) tem investigado a questão do matutinitade-vespertinidade dos indivíduos, sendo que tal consiste numa condição relativa ao comportamento de sono-vigília, manifestando-se numa certa preferência no horário de acordar e de deitar.

Neste ponto, é necessário clarificar que o cronótipo e o termo matutinitade-vespertinidade são conceptualmente distintos, na medida em que o primeiro diz respeito a um comportamento concreto associado ao sono (e.g., procurar repouso quando se aproxima a hora de dormir) e o segundo refere-se a uma predileção pela realização de atividades e de alcance de picos de desempenho em determinada altura do dia (e.g., preferência pelas manhãs – indivíduo matutino; preferência pelas tardes/noites – indivíduo vespertino; Bauducco et al., 2020).

Assim, as pessoas matutinas costumam acordar cedo, deitar-se cedo, realizar tarefas durante a manhã e atingir picos de desempenho na concretização das mesmas durante as horas da manhã (Zimmermann, 2016); as pessoas vespertinas optam por se deitar mais tarde, acordar tarde e realizar a maior parte das tarefas em horários mais tardios, uma vez que consideram que são mais produtivos nestes horários (Adan et al., 2012). Apesar disto, a maior parte das pessoas encontra-se algures no meio destes dois extremos, sendo classificados como indivíduos intermédios (Haraden et al., 2017).

Curiosamente, estas diferenças entre os indivíduos têm impacto consoante existem dias com ou sem compromissos (e.g., escola ou fim-se-semana), sendo que os vespertinos tendem a acumular défice de horas de sono durante a semana e compensam durante os dias livres; e os matutinos apresentam dificuldade em ficarem acordados até mais tarde nos dias livres, pelo que acabam por dormir menos horas, uma vez que acordam cedo na mesma (Roenneberg et al., 2003; Wittmann et al., 2006). Ou seja, os vespertinos acumulam défice de sono durante a semana e os matutinos – se, por algum motivo, ficarem acordados até mais tarde – acumulam sono durante o fim-de-semana (Roenneberg et al., 2003; Wittmann et al., 2006).

Por fim, mencionar que estas preferências se vão alterando ao longo do ciclo de vida. Geralmente, existe uma orientação para a matutividade nas crianças, que se altera para uma tendência para a vespertividade na adolescência (Adan et al., 2012) e, com o iniciar e avançar da idade adulta, regressa à preferência pela matutividade (Carrier et al., 1997).

No decurso da pesquisa científica desta investigação detetámos uma lacuna na literatura existente, que concerne à ausência de evidências sobre a relação entre crianças institucionalizadas e o cronótipo dominante nesta população específica.

Por este motivo, propomos dar resposta a esta questão, partindo do pressuposto de que as crianças institucionalizadas apresentam uma tendência matutina, indo ao encontro do que tipicamente acontece na sua faixa etária (Adan et al., 2012).

### **1.5. A Regulação Emocional**

A investigação científica realizada no âmbito do desenvolvimento e da inteligência emocional tem revelado que as crianças que se encontram em situações de vulnerabilidade social têm uma maior propensão para apresentarem dificuldades ao nível da regulação das emoções (Cadima et. al., 2016).

Alguns autores (Blair & Diamond, 2008; Olson & Lunkenheimer, 2009) afirmam que a idade pré-escolar é fulcral, sendo o estágio do desenvolvimento humano no qual a regulação emocional se desenvolve e em que existe uma maior probabilidade de se incrementarem as capacidades necessárias para uma identificação, expressão e regulação emocional ajustadas (Shields & Cicchetti, 1997). Nesta lógica, no caso das crianças em idade pré-escolar que se encontrem em situações de precariedade, de dificuldades e problemas familiares e/ou que estejam institucionalizadas, por exemplo, é possível que se manifestem algumas lacunas na inteligência emocional das mesmas (Cadima et. al., 2016).

Mais especificamente no que ao desenvolvimento socioemocional diz respeito, são, também, afetados e abrangidos diferentes domínios, tais como a aquisição de algumas habilidades sociais e o aperfeiçoamento de competências de relacionamento social, incluindo cognições, crenças, a importância dos valores e quais os mais significantes para a pessoa, o conhecimento sobre o ambiente social e a perceção do mundo e do contexto em que se está inserido/a, além da empatia, da capacidade de tomada de perspetiva do/a outro/a e da compreensão do que é ajustado ou desajustado

numa interação social (Guerra & Del Prette, 2020).

Neste sentido, as instituições, muitas vezes, dificultam o desenvolvimento socioemocional das crianças porque, comumente, têm um elevado número de crianças e um escasso número de cuidadores/as, pelo que os cuidados prestados — independentemente da qualidade — são em quantidade diminuta, uma vez que os/as cuidadores/as estão sempre numa proporção inferior à das crianças. Além disso, há outros fatores que dificultam o bom desenvolvimento socioemocional dos/as menores, tais como a instabilidade da permanência dos/as cuidadores/as — pois nem sempre é a mesma pessoa a cuidar da mesma criança —, e os métodos utilizados nem sempre serem os mais ajustados, já que, por vezes, carecem de sensibilidade, carinho e responsividade em relação aos/as recetores/as de cuidados (McCall, 2013).

### **1.6. Estratégias e Soluções para Colmatar Lacunas Desenvolvimentais**

Conforme exposto, os hábitos de sono pouco saudáveis contribuem diretamente para a existência de lacunas cognitivas e emocionais em crianças e adolescentes, pelo que, por forma a colmatar estas dificuldades, os autores acreditam que, mediante certas estratégias, as dificuldades de aprendizagem e de raciocínio podem ser alteradas e aprimoradas, se surgirem diferentes oportunidades ambientais, tais como a adoção, o apoio familiar, a melhoria da qualidade de vida dentro das instituições, entre outras, de forma a que o contexto em que a criança está inserida se torne mais propício para uma aprendizagem eficiente (Fiamenghi-Jr & Luccia-Rivaben, 2014).

Um estudo realizado por Judge (2003) contribuiu para a conclusão de que crianças que tenham sido institucionalizadas, mesmo em instituições com poucas condições de desenvolvimento, se forem adotadas e/ou estimuladas podem vir a colmatar todas as lacunas de aprendizagem, embora ainda não tenha sido possível determinar se estas compensações perduram a longo prazo. De facto, os resultados do estudo indicaram que, inicialmente, antes do processo de adoção, 61% das crianças apresentava dificuldades de desenvolvimento em cerca de quatro áreas, porém, após seis meses do processo de adoção, apenas 8% dessas crianças continuaram a apresentar dificuldades nas áreas referidas (Judge, 2003).

Num estudo piloto realizado por Fiamenghi-Jr e Luccia-Rivaben (2014), concluiu-se que a institucionalização pode ter um efeito negativo no desenvolvimento da criança, sobretudo, intelectual. Porém, se as condições ambientais se alterarem e

levarem à estimulação da criança, é possível que os níveis de desenvolvimento evoluam (p.e., através da adoção).

Nos casos em que as crianças são, posteriormente, adotadas, estas lacunas no desenvolvimento são praticamente colmatadas (Rutter, O'Connor & The ERA Study Team, 2004, citados por Baptista et. al., 2013), embora só após dois anos de integração no novo agregado familiar as lacunas sejam realmente ultrapassadas (Cohen et. al., 2008, citados por Baptista et. al., 2013).

Também McCall (2013), na sua investigação, concluiu que as crianças que estão acolhidas em instituições, apesar de poderem apresentar défices em diversas áreas do desenvolvimento, uma vez que sejam adotadas por outras famílias, revelam um acréscimo substancial no seu desenvolvimento, podendo, inclusive, superar todas as dificuldades anteriormente sentidas e alcançando o desenvolvimento normativo para a idade (i.e., sem diferenças significativas quando comparadas com outros grupos de crianças). Segundo o autor, tal tende a verificar-se tanto mais quanto mais novas forem as crianças aquando da adoção.

Além disso, em comparação com as crianças que permaneceram em instituições sem serem adotadas, aquelas que foram adotadas revelaram níveis significativamente superiores de desenvolvimento cognitivo (Cohen et. al., 2008, citados por Baptista et. al., 2013). Por outro lado, estes níveis revelaram-se inferiores quando comparados com os pares da comunidade, isto é, com crianças que nunca tinham sido institucionalizadas. Neste sentido, embora seja possível retificar as lacunas provocadas pela subestimulação na instituição, é difícil recuperar todo o potencial que seria possível caso a criança nunca tivesse estado em situação de acolhimento (Van IJzendoorn et al., 2005, citados por Baptista et. al., 2013), como, por exemplo, no que concerne à memória (Bauer, Hanson, Pierson, Davidson, & Pollak, 2009; Pollak et al., 2010, citados por Baptista et. al., 2013) e às funções executivas (Bauer et al., 2009, citados por Baptista et. al., 2013).

Além das dificuldades cognitivas, a literatura tem também demonstrado a existência de limitações ao nível socioemocional em algumas crianças institucionalizadas, tais como problemas de vinculação e de comportamento, mesmo após a adoção e a integração no novo contexto familiar (Zeanah et al., 2009).

Assim, após a análise do panorama atual do desenvolvimento das crianças e dos/as jovens, bem como dos diversos fatores e contextos que influenciam a aquisição de competências e de habilidades cognitivas e socioemocionais, salientamos a relevância da presente investigação que visa compreender de forma ampla quais são as

principais condições que favorecem a existência de lacunas nos diversos domínios do desenvolvimento nas crianças que estiveram e/ou estão institucionalizados/as, bem como ambicionamos obter uma visão holística acerca das competências executivas e emocionais que mais comumente se apresentam subdesenvolvidas e que, invariavelmente, dificultam a integração e o aproveitamento escolares, o relacionamento com os/as pares e o bem-estar pessoal.

## **PARTE II – METODOLOGIA**

## **2. Metodologia**

Após a exposição do enquadramento teórico que fundamenta o presente trabalho — um estudo que visa comparar a regulação emocional nas competências cognitivas em dois grupos de crianças, diferindo na condição de estarem ou não institucionalizadas —, apresentamos a metodologia da investigação em curso.

A presente secção tem como finalidade descrever o processo e as etapas da investigação. Neste sentido, expomos o objetivo geral e os objetivos específicos, o delineamento do estudo, as questões de investigação e as hipóteses em estudo. Posteriormente, apresentamos as variáveis em estudo, as suas definições, a operacionalização das mesmas e o tipo de medida, seguindo-se da caracterização da amostra dos/as participantes no estudo. Por fim, descrevemos os instrumentos utilizados no processo de recolha de dados, bem como os procedimentos de análise de dados.

Esta investigação enquadra-se no âmbito da Psicologia, mais especificamente na área do desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças.

### **2.1. Objetivos**

A literatura sobre a perceção emocional tem vindo a manifestar que a parentalidade tem influência na capacidade de a criança desenvolver e compreender as emoções que sente e percebe dos outros (Pons et al., 2003). Desta forma, podemos concluir que a capacidade de experimentar, perceber e comandar as emoções tem influência na habilidade de pensar, tanto dos seus comportamentos como os de outrem. Posto isto, é essencial que a criança tenha uma base familiar segura onde lhe sejam transmitidos valores que facilitem o crescimento da compreensão emocional e a capacidade de estabelecer relações próximas e positivas (Rudy & Grusec, 2001).

No dia-a-dia, existe a necessidade de compreender, positiva ou negativamente, a função das emoções e a influência que estas, desempenham nos comportamentos. As emoções desempenham um papel motivacional e de transição experiencial perante acontecimentos que nos são externas ou internas (Antunes, 2017).

Segundo Ferreira (2015), perante os resultados obtidos na sua investigação, crê ser importante continuar a serem desenvolvidas diligências para aprofundar e entender de que forma as estratégias de regulação emocional têm influência em cada um. Desta forma, é possível explicar reações e atitudes que até agora não foram

relatados, tais como o desempenho escolar e a compreensão da regulação emocional em adolescentes cujos desempenhos escolares são distintos.

A questão da institucionalização tem um grande impacto no âmbito da regulação emocional, muitas vezes a necessidade das crianças se adaptarem a um contexto novo, diferente e perturbador, gera um desequilíbrio emocional. As crianças institucionalizadas tendem a evidenciar valores (médios) mais reduzidos no que toca a gestão emocional do que as não institucionalizadas (Mota & Matos, 2008).

Estudos com crianças adotivas, pós institucionalização, facilitam a examinação existente, nas mesmas, sobre os efeitos de carência socioemocional que sofrem. Inesperadamente, grande parte destas crianças demonstram um funcionamento cognitivo comportamental dentro do esperado. Apesar dos problemas serem mais elevados, quando relacionados a crianças que nunca viveram numa instituição, principalmente em problemas de inter e externalização, atenção, regulação emocional, dificuldades relacionais e sentimentais, e nos casos mais severos, de crescimento atrófico (Julian et al., 2019).

Segundo Schlarb et al. (2016), a libertação de cortisol é regularmente relacionada ao sono, à estimulação fisiológica e níveis de stress. Pelo que, qualidade de sono favorece e contribui para uma normal libertação de cortisol. Baixo nível de cortisol matinal está associado a um ambiente doméstico desajustado e a maior labilidade<sup>(1)</sup> negativa infantil, sendo que rotinas mais regulares apresentam uma menor labilidade negativa e uma maior regulação positiva, contrariamente aos casos em que o caos é maior (Miller, 2017).

Segundo Reis (2008), as crianças/jovens vítimas de abuso têm tendência a desenvolver, entre outras questões, alterações de sono. Lavie (1998), evidencia que os estudos sobre o sono, na sua maioria, estão ligados ao bem-estar, tanto físico como psicológico. É através do sono que diversos tipos de aprendizagem se consolidam, tais como as aprendizagens percetuais, motoras, espaciais e de linguagem. Estudos realizados em animais evidenciam ainda que uma boa noite de sono auxilia na aquisição visual e motora (Feinsten, 2006).

---

(1) Instabilidade emocional, com mudanças súbitas e exorbitantes de humor.

Qualidade de sono interfere na capacidade de memória, aprendizagem, concentração, atenção demonstrando influência na regulação tanto emocional como comportamental. Desta forma, a qualidade de sono acaba por influenciar a forma como as crianças produzem comportamentos e emoções para o dia que se segue (Figueiredo et al., 2017).

Durante o período de acompanhamento de um estudo realizado por Rimsza et al. (1988), a crianças vítimas de abuso foi possível observar, entre outros, problemas associados a alterações do sono. A duração e tipo de ataque mostraram influenciar a frequência da sintomatologia, ao contrário do tipo de abuso e agressor. Existem revisões sobre perturbações do sono relacionadas a traumas infantis, e estas comprovam que as crianças quando expostas a trauma desenvolvem problemas de sono (Wamser, 2018).

As crianças que vivem em centros de acolhimento experienciam um vasto conjunto de condições de risco, incluindo prévias experiências de maus-tratos e separações com aqueles que sempre foram os seus principais cuidadores, resultante de disfunções emocionais e comportamentais. Um estudo que avaliou o sono em crianças adotivas demonstrou que crianças nestas condições têm maior dificuldade em adormecer perante crianças em contexto familiar. Porém, crianças que vivem em centros de acolhimento com a correta intervenção preventiva apresentaram uma maior quantidade de horas de sono em comparação a crianças que vivem numa comunidade com baixo nível socioeconómico.

As rotinas e qualidade do sono estão infindavelmente relacionadas ao bom desenvolvimento na sua generalidade e sendo um tema escasso no que toca a institucionalização infantil pensamos ser importante abordá-lo e estudá-lo.

### **2.1.1. Objetivo Geral**

O presente estudo tem como objetivo perceber o impacto que a institucionalização tem na regulação emocional durante a infância.

Para isso, vamos recorrer ao método comparativo e aplicá-lo entre dois grupos: i) Crianças Institucionalizadas em Centros de Acolhimento Temporário (CAT) e ii) Crianças Não Institucionalizadas.

Posteriormente, vamos avaliar o impacto que a institucionalização durante a infância tem nas competências em cognitivas, considerando também a influência das rotinas e da higiene do sono como condições que contribuem para o desenvolvimento cognitivo. Assim, o objetivo geral deste estudo consiste em verificar o impacto que a institucionalização tem na regulação emocional das crianças. Mais concretamente, perceber de que forma as estratégias de regulação emocional menos adaptativas afetam os níveis de atenção, de concentração, de capacidade de realização e de resistência à fadiga, bem como aferir a forma como as rotinas e a qualidade do sono influenciam a relação entre a regulação emocional e as competências cognitivas.

Com base na literatura existente e já mencionada sobre o desenvolvimento cognitivo e emocional na infância, existem evidências de que o contexto em que as crianças estão inseridas e em que crescem influencia diretamente o seu desenvolvimento nas diferentes dimensões (p.e., cognitivo, físico, emocional, moral), na medida em que, por exemplo, as crianças que se encontram acolhidas em Centros de Acolhimento Temporário (CAT) apresentam mais défices e maiores dificuldades no desenvolvimento cognitivo e emocional, por comparação com crianças que se desenvolvem no meio de origem familiar. Neste sentido, é relevante averiguar se as diferenças existentes no desenvolvimento cognitivo e emocional destas crianças dos diferentes contextos são consequências da institucionalização de modo geral ou se são consequências das práticas, das rotinas e das dinâmicas específicas de cada instituição — nomeadamente, da higiene do sono e/ou da estimulação por parte dos/as técnicos/as que acompanham estas crianças.

Deste modo, a presente investigação almeja compreender os efeitos a longo prazo do afastamento das crianças do seu meio de origem e da posterior integração em instituições próprias para o acolhimento das mesmas. Assim, o *objetivo geral* deste estudo consiste em perceber qual é o impacto que a institucionalização durante a infância tem no desenvolvimento emocional e no desenvolvimento cognitivo das crianças.

Para que tal seja possível, a amostra do estudo será composta por dois grupos distintos: um *grupo* composto por crianças que não estão nem nunca estiveram institucionalizadas; e um *grupo* composto por crianças que se encontram institucionalizadas em Centros de Acolhimento Temporário (CAT).

É de salientar que a investigação avalia o impacto no desenvolvimento cognitivo de acordo com as dimensões e as competências cognitivas descritas no Teste de Cancelamento de Sinais da BANC (Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra; Simões et al, 2016), sendo estas a atenção sustentada e a atenção seletiva. Outras variáveis, tais como a higiene do sono (p.e., horas de sono, rotinas do sono), rotinas da instituição e a identificação e regulação emocional também serão analisadas para uma avaliação multidimensional do desenvolvimento da criança.

### **2.1.2. Objetivos Específicos**

Os objetivos específicos da investigação almejam:

- O<sub>1</sub>** – Enumerar as diferenças, se existentes, nas competências de regulação emocional entre as crianças institucionalizadas e as crianças não institucionalizadas;
- O<sub>2</sub>** – Enumerar as diferenças cognitivas, se existentes, entre as crianças institucionalizadas e as não institucionalizadas;
- O<sub>3</sub>** – Definir o tipo de relação existente entre estratégias de regulação emocional menos adaptativas e maiores limitações na atenção;
- O<sub>4</sub>** – Definir o tipo de relação existente entre estratégias de regulação emocional adaptativas e competência cognitiva mais vasta;
- O<sub>5</sub>** – Definir o tipo de relação existente entre a regulação emocional e a competência cognitiva;
- O<sub>6</sub>** – Medir a influência que as rotinas e a higiene do sono têm na relação entre a regulação emocional e as competências cognitivas;
- O<sub>7</sub>** – Descrever as rotinas do sono em cada um dos grupos

### **2.2. Questões de Investigação**

Após a reflexão acerca dos objetivos e da problemática do presente estudo, produziram-se as seguintes questões de investigação:

- Q<sub>1</sub>**. Será que existem diferenças significativas na atenção entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas?

**Q2.** Será que existem diferenças significativas nas competências de regulação emocional entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas?

**Q3.** Será que estratégias de regulação emocional menos adaptativas estão correlacionadas com maiores dificuldades no sucesso escolar?

**Q4.** Será que existem diferenças significativas nas rotinas e na higiene do sono entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas?

### **2.3. Hipóteses em Estudo**

Face aos objetivos expostos, ambicionamos responder às questões de investigação mediante as seguintes hipóteses:

**H1.** Espera-se que existam diferenças significativas entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, no que concerne à atenção, com as crianças institucionalizadas a obterem piores resultados.

A hipótese está formulada no sentido de concorrer com a literatura existente (Marques, 2006; Miller & Hendric, 2002; Zeanah et al., 2005), cujos autores, nas suas investigações, concluíram que as crianças institucionalizadas dispõem de maior propensão para a apresentação de défices cognitivos.

**H2.** Espera-se que existam diferenças significativas entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, relativamente às competências de regulação emocional, com as crianças institucionalizadas a adotarem estratégias menos adaptativas.

Esta hipótese é fundamentada pela literatura que aponta a desregulação emocional e as lacunas presentes ao nível da inteligência emocional das crianças que se encontram institucionalizadas, pelo que, supõe-se e pretende-se investigar qual dos grupos é heteroavaliativamente considerado como detentor de menores competências de regulação emocional (Cadima et. al., 2016). Espera-se que estratégias de regulação emocional menos adaptativas estejam relacionadas com maiores dificuldades na atenção.

**H3.** Espera-se que estratégias de regulação emocional menos adaptativas estejam

relacionadas com maiores dificuldades na atenção.

Esta hipótese baseia-se em investigações que sugerem que as crianças institucionalizadas, sendo que se encontram privadas do seu meio natural de origem e de um desenvolvimento típico/normativo, apresentam mais lacunas no desenvolvimento emocional e social, o que, consequentemente, se reflete, também, no seu desenvolvimento cognitivo – com ênfase em défices na atenção – e na adaptação a diferentes contextos, sendo a escola um deles (Bohman & Sigvardsson, 1979; Biscaia & Negrão, 1999; Sousa Filho & Alencar, 2003; Taylor, 2004; Tarullo et. al., 2007; Bakermans-Kranenburg et. al., 2008; Loman et al., 2013; McDermott et al., 2013; Cadima et. al., 2016).

**H4.** Espera-se que não existam diferenças significativas no que se refere às rotinas de sono entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas. Por um lado, estando os Centros de Acolhimento Temporário responsáveis pelo cuidado e pela proteção das crianças acolhidas, prevemos que existam rotinas de sono rígidas e bem definidas, por forma a que as crianças cumpram as horas de sono que necessitam para a sua idade e para o seu normal desenvolvimento cognitivo e emocional, tal como é expectável que as mesmas rotinas de sono existam em casa das crianças não institucionalizadas (Bakermans-Kranenburg et. al., 2008; Tetik & Sen, 2021; Valle et. al., 2009).

**H5.** Espera-se que existam diferenças significativas em relação ao ponto médio de sono entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, com as crianças não institucionalizadas a apresentarem um ponto médio de sono mais estável e favorável.

Por outro lado, em relação ao ponto médio de sono, é de esperar que as crianças institucionalizadas apresentem mais dificuldades em dormir do que as crianças que se encontram no seu meio de origem e com a sua família (Dollman, Ridley, Olds, & Lowe, 2007; Vriend et al., 2013; Tetik & Sen, 2021; Figueiredo & Hipólito, 2022).

**H6.** Espera-se que não existam diferenças significativas entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas no que concerne ao cronótipo prevalente. Segundo a literatura, geralmente, existe uma orientação

para a matutividade nas crianças, que se altera para uma tendência para a vespertividade na adolescência (Adan et al., 2012). Uma vez que a amostra de ambos os grupos (institucionalização ou não) é composta totalmente por crianças e que, apesar de na realização desta investigação termos identificado uma lacuna, que concerne à ausência de evidência científica sobre a relação entre crianças institucionalizadas e o cronótipo dominante nesta população específica, partimos do pressuposto de que as crianças institucionalizadas apresentam uma tendência matutina, indo ao encontro do que tipicamente acontece na sua faixa etária (Adan et al., 2012).

#### **2.4. Variáveis em Estudo**

A classificação das variáveis depende das suas propriedades e do papel que desempenham na investigação. As variáveis podem ser categorizadas em i) *variáveis de critério*, que incluem as características sociodemográficas (p.e., sexo, idade, habilitações literárias, local de residência); ii) *variáveis dependentes*, cujos valores são influenciados e variam consoante outras variáveis ou condições; iii) *variáveis independentes* ou preditoras, uma vez que não variam os seus próprios resultados, mas influenciam os valores das variáveis dependentes; e iv) *variáveis moderadoras*, sendo variáveis que afetam a força da relação existente entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes (Marôco, 2014).

Em relação ao tipo de medida das variáveis, estas podem ser classificadas em: i) *Nominais*, nas quais a pertença a uma categoria é mutuamente exclusiva, pelo que não é possível pertencer a duas categorias, bem como não existe uma ordem de organização entre as categorias (p.e., cor dos olhos); ii) *Ordinais*, nas quais existe uma ordem crescente ou decrescente entre as categorias (p.e., habilitações literárias - 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, etc.); e iii) *Intervales*, correspondendo a uma forma de divisão equitativa das características, estabelecendo uma escala de distância fixa de um ponto ao outro (p.e., peso - dos 40kg aos 45 kg, dos 46kg aos 51kg, etc.; Almeida & Freire, 2003).

Com base no supramencionado, definimos as variáveis desta investigação da seguinte forma:

Variável Dependente (VD): Competência Cognitiva – Atenção

Variáveis Independentes (VI): Regulação Emocional, Rotinas de Sono.

**Tabela 1.**

*Variáveis, definição, operacionalização e medida.*

| <b>Variável</b> | <b>Definição</b>                                                                                                                                                | <b>Operacionalização</b>                                                                                                                                           | <b>Medida</b>    |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Sexo            | Diferença física ou conformation especial que distingue o macho da fêmea (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2023).                                      | Operacionalização em duas categorias: “masculino” e “feminino” (QCTC).                                                                                             | Variável Nominal |
| Idade           | Tempo transcorrido desde o nascimento (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2023).                                                                         | Operacionalizada em 6 categorias: “6 anos”, “7 anos”, “8 anos”, “9 anos”, “10 anos” e “11 anos” (QCTC).                                                            | Variável Ordinal |
| Escolaridade    | Período de estudos escolares (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2023).                                                                                  | Operacionalizada em 6 categorias: “1º ano”, “2º ano”, “3º ano”, “4º ano”, “5º ano” e “6º ano” (QCTC).                                                              | Variável Ordinal |
| Cronótipo       | Reflete-se na altura do dia em que a criança se encontra “no seu melhor”, de manhã para os matutinos e de tarde para os vespertinos (Rhee, Lee & Kripke, 2012). | Operacionalizada em 3 categorias: “matutino”, “intermédio” e “vespertino”, medidas através do somatório dos itens 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26 do QCTC. | Variável Nominal |

|                        |                                                                                                                                                                  |                                                                                                   |                     |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Atenção                | Processo mental responsável pela escolha de estímulos importantes do meio envolvente, sendo uma competência cognitiva (Luria, 1980; Lang, Simons & Balan, 1997). | A atenção foi medida através dos resultados padronizados do teste Cancelamento de Sinais da BANC. | Variável Intervalar |
| Regulação Emocional    | Capacidades necessárias para identificar, expressar e controlar as emoções, de forma ajustada (Shields & Cicchetti, 1997).                                       | A regulação emocional foi medida através dos resultados obtidos na ERE.                           | Variável Intervalar |
| Hora de deitar em DH   | Hora em que a criança se deita para dormir em dias com horários (Dicionário da Língua Portuguesa, 2014).                                                         | A hora de deitar em DH foi medida através do QCTC na escala do PMS.                               | Variável de Razão   |
| Hora de levantar em DH | Hora em que a criança se levanta após uma noite de sono em dias com horários (Dicionário da Língua Portuguesa, 2014).                                            | A hora de levantar em DH foi medida através do QCTC na escala do PMS.                             | Variável de Razão   |
| Hora de deitar em DL   | Hora em que a criança se deita para dormir em dias sem horários (Dicionário da Língua Portuguesa, 2014).                                                         | A hora de deitar em DL foi medida através do QCTC na escala do PMS.                               | Variável de Razão   |
| Hora de levantar em DL | Hora em que a criança se levanta após uma noite de sono em dias sem horários (Dicionário da Língua Portuguesa, 2014).                                            | A hora de levantar em DL foi medida através do QCTC na escala do PMS.                             | Variável de Razão   |

*Nota.* BANC – Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (Simões et al, 2016); DH – dias com horários definidos; DL – dias livres de horários definidos; ERE – Escala de Regulação Emocional (Melo, 2005); PMS – Escala do Ponto Médio do Sono (Couto et al., 2014); QCTC – Questionário de Cronótipo em Crianças (Couto et al., 2014).

## 2.5.Participantes

Os participantes desta investigação foram selecionados através de uma amostra por conveniência, sendo composta por 110 crianças.

Como **critérios de inclusão** estabelecemos: i) idade compreendida entre os 6 e os 11 anos; ii) as crianças de ambos os grupos devem estar devidamente matriculados na escola e a frequentar o ensino público ou privado; e iii) as crianças institucionalizadas devem estar em regime de acolhimento há, pelo menos, seis meses.

Como **critérios de exclusão** definimos: i) o diagnóstico de doença mental grave; ii) estar a frequentar ou ter frequentado anteriormente qualquer tipo de apoio psiquiátrico; e iii) crianças que têm, atualmente, alguma perturbação da fala e/ou da linguagem.

Assim, a amostra é constituída por dois grupos, um é formado por 55 (50%) crianças que estão institucionalizadas e o outro é composto por 55 (50%) crianças que não estão institucionalizadas.

Em relação ao sexo, 56 (50.9%) dos participantes são do sexo feminino e 54 (49.1%) são do masculino.

Quanto à idade, as crianças têm idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos, com uma frequência de 7 (6.4%) crianças com 6 anos; de 28 (25.5%) crianças com 7 anos; de 31 (28.2%) crianças com 8 anos; de 29 (26.4%) crianças com 9 anos; de 11 (10%) crianças com 10 anos; e de 4 (3.6%) crianças com 11 anos.

À data da participação, as crianças encontravam-se a frequentar o ano de escolaridade da seguinte forma: uma frequência de 12 (10.9%) crianças no 1º ano; de 27 (24.5%) crianças no 2º ano completo; de 32 (29.1%) crianças no 3º ano completo; de 37 (33.6%) crianças no 4º ano completo; e de 1 (0.9%) criança no 5º e outra (0.9%) no 6º ano. Em relação à nacionalidade dos participantes, 91 (82.7%) são portugueses; 5 (4.5%) são angolanos; 3 (2.7%) são guineenses; 2 (1.8%) são chineses; e existe 1 participante (0.9%) brasileiro, cabo-verdiano, indiano, inglês, moçambicano e russo, respetivamente.

Por fim, considerando o cronótipo existem 13 (11.8%) crianças matutinas, 66 (60%) crianças intermédias e 31 (28.2%) crianças vespertinas.

## **2.6. Instrumentos**

Foram elaborados dois questionários sociodemográficos, um para o grupo crianças institucionalizadas (CI) e outro para o grupo crianças não institucionalizadas (CNI). Ambos foram desenvolvidos com o objetivo de conhecer algumas características da amostra, nomeadamente a idade, o sexo, o ano de escolaridade que frequentam, a nacionalidade, a profissão do pai e da mãe (determinante para saber o nível socioeconómico), o número de irmãos, entre outros dados referentes aos contextos sociais e familiares. Essencialmente, o que difere entre os questionários é que para o grupo CI existem mais questões relacionadas com o acolhimento, tais como

o motivo para o acolhimento, a duração do mesmo, entre outras questões relevantes para a investigação.

### **2.6.1. Questionário de Cronótipo em Crianças (QCTC; Werner et al., 2009) - Versão Portuguesa Validada e Traduzida por Couto e colaboradores (2014)**

Para avaliar a qualidade do sono será aplicada a versão portuguesa do “Questionário de Cronótipo em Crianças (QCTC)” (Werner et al., 2009, adaptado para a população portuguesa por Couto et al., 2014). Este instrumento é de autopreenchimento e dirige-se aos/às Encarregados/as de Educação das crianças cujas idades estejam compreendidas entre os 4 e os 11 anos de idade, inclusive.

O teste é constituído por 27 itens que estão subdivididos em três escalas. A primeira refere-se ao *Ponto Médio de Sono (PMS)*, que é composto por 16 dos 27 itens e pretende medir o sono em duas ocasiões, os dias em que há a necessidade de cumprir horários (p.e. dias em que as crianças têm aulas e atividades intra e extracurriculares) e os dias em que não há essa necessidade de horários definidos (p.e., fins-de-semana). Roenneberg e colaboradores (2004) desenvolveram um cálculo de correção. Para obter o Ponto Médio de Sono em Dias Livres (PMS\_Livres) usamos a seguinte fórmula:  $([5 \times (\text{período de sono em dias com horários}) + 2 \times (\text{período de sono em dias livres}) / 7])$  para depois calcular o Ponto Médio de Sono Corrigido (PMSc) que é calculado da seguinte forma:  $[PMS\_livres - 0,5 \times (\text{período de sono em dias livres}) - (\text{necessidade média de sono})]$ .

A escala *Matutividade*<sup>(2)</sup> / *Vespertividade*<sup>(3)</sup> (M/V) é composta por 10 dos 27 itens e é calculada através da soma das pontuações das perguntas 17 à 26. Estas 10 questões referem-se a preferências de sono e aos comportamentos/hábitos atuais da criança. A pontuação varia entre os 10 e os 49 pontos, sendo que a criança é considerada Matutina quando a pontuação obtida é igual ou inferior a 23 pontos; Intermédia quando a pontuação se encontra entre os 24 e os 32 pontos; e Vespertino quando os valores obtidos são iguais ou superiores a 33 pontos.

---

<sup>(2)</sup> Matutividade – Tendência para acordar cedo e facilidade em realizar tarefas e ter um melhor desempenho físico e psicológico de manhã.

<sup>(3)</sup> Vespertividade – Dificuldade em acordar cedo, sendo que o desempenho físico e psicológico tem um melhor funcionamento ao final do dia.

O cronótipo entende-se como uma temporização interna que se caracteriza pelo ponto médio do sono (Roenneberg et al., 2007), sendo que difere de pessoa para pessoa, e reflete-se na “altura do dia em que o indivíduo se encontra no seu melhor” (Rhee, Lee & Kripke, 2012, p. 237). O *Cronótipo* (CT) calcula-se unicamente através da 27ª questão. Nesta escala, os/as encarregados/as de educação são devidamente informados/as sobre o conceito através de um excerto e da sua variabilidade. Depois de esclarecidos/as, devem seleccionar aquela que melhor caracteriza os/as seus/suas educandos/as através das opções existentes (que variam entre 1- matutino e 5- vespertino). A consistência interna foi obtida por meio de um estudo português realizado por Couto (2011), obtendo um valor de  $\alpha=.71$ , resultado inferior ao da versão original ( $\alpha=.81$ , Werner).

### **2.6.2 Escala de Regulação Emocional (ERE; Shields & Cichetti, 1997) - Versão Portuguesa Validada e Traduzida por Melo (2005)**

Para avaliar a regulação emocional será aplicada a “Escala de Regulação Emocional (ERE)” (Shields & Cichetti, 1997, adaptado para a população portuguesa por Melo, 2005). Este teste é composto por 24 itens e pretende medir a regulação emocional da criança através de 2 escalas: a Regulação Emocional, que visa avaliar o nível de expressões emocionais consideradas adequadas socialmente; e a Labilidade/Negatividade, que pretende medir a capacidade de resposta de forma esperada, a intensidade dos sentimentos negativos e as alterações de humor (instabilidade emocional). O preenchimento da ERC pode ser realizado por pais, professores/as, técnicos/as ou por outras pessoas, desde que sejam adultas e tenham uma relação de proximidade com a criança. A prova é cotada numa escala de Likert de 4 pontos: [1] – Nunca, [2] – Algumas vezes, [3] – Bastantes vezes, [4] – Quase sempre. A escala tem ostentado níveis satisfatório de fidelidade, através de uma estrutura de dois fatores: Para a escala de Labilidade/Negatividade atestou valores de alpha de Cronbach de .96 e para a de Regulação Emocional, .83 (Shields & Cichetti, 1997). Um estudo português com 2 grupos controlo/experimental (risco (R)/ não risco (NR)) verificou, respetivamente, que os níveis de consistência interna eram adequados,  $\alpha=.80/.53$  para regulação emocional e  $\alpha=.95/.81$  para Labilidade/Negatividade (Cadima et al., 2016).

### **2.6.3. Cancelamento de Sinais da BANC (Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra; Simões et al, 2016)**

Com o objetivo de medir algumas das competências cognitivas que se revelam como fundamentais na sala de aula para que o sucesso escolar seja alcançado será aplicado o teste de “Cancelamento de Sinais” da BANC (Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra; Simões et al, 2016; adaptado do Teste de Atenção Concentrada de Toulouse- Piéron), por forma a medir as capacidades de atenção sustentada e de atenção seletiva. Este teste apresenta duas versões, que são aplicadas consoante a idade da criança/jovem a quem se pretende aplicar o instrumento, pelo que uma versão se direciona a crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 9 anos e contém 2 símbolos; e a outra versão é indicada para crianças com idades entre os 10 e os 15 anos e contém 3 símbolos. A realização da prova tem uma duração média de 10 minutos e é preenchida individualmente pelas próprias crianças/jovens na presença do/a investigador/a, pelo que não é necessária a presença de um profissional da área (Simões et al.,2016).

Na parte superior da folha do teste encontram-se 2 ou 3 símbolos (consoante a versão,conforme referido) que a criança/jovem deve procurar entre os diferentes 1000 símbolos nas restantes linhas (i.e., são 25 linhas no total, cada uma com 40 símbolos), todos idênticos, mas com pequenas diferenças entre eles (i.e., traço externo em distintas direções). A prova é cotada consoante o total de erros (E), o total de acertos (A) e o total de omissões (O), sendo que a pontuação total (PT) é obtida através cálculo dos 3 pontos anteriores (Simões et al., 2016). Apontuação máxima para o cancelamento de 2 sinais é de 25 pontos e para o cancelamento de 3 sinais é de 37,5 pontos, pelo que através da comparação com as normas padronizadas para a idade do participante é possível realizar uma avaliação à atenção sustentada e à atenção seletiva.

## **3. Procedimentos**

### **3.1. Procedimentos Gerais**

A recolha dos dados decorrerá entre Março de 2022 e Maio de 2022, em vários centros de acolhimento temporário e escolas localizadas na zona oeste e centro. Inicialmente, será essencial realizar contacto com os criadores dos instrumentos de forma a conseguir a permissão necessária e assim ter autorização para proceder à sua

aplicação, bem como fazer um pedido de parecer à Comissão de Ética. Realizado isto, estabeleceríamos um contacto com os diretores técnicos dos centros de acolhimento temporário, com o intuito de fornecer informação sobre os objetivos da investigação e sobre os parâmetros de confidencialidade, fornecendo abertura para eventuais esclarecimentos futuros. Seguindo-se assim, a formalização do pedido através de uma declaração direcionada para os responsáveis superiores dos CAT's.

Relativamente às escolas, numa primeira fase será enviada uma carta às respetivas Direções Regionais de Educação, que continha a apresentação da investigação e um pedido de permissão para a instrumentalização da mesma. Após a obtenção das respetivas autorizações, irá estabelecer-se informalmente um contacto com as escolas de interesse para averiguar a disponibilidade de colaboração das escolas neste estudo. Com a disponibilidade segura e as condições necessárias asseguradas para a recolha de dados, serão enviados documentos aos coordenadores e diretores executivos do concelho das escolas de forma a oficializar o pedido.

Os encarregados de educação e tutores, receberão um outro modelo de carta fornecendo a apresentação do projeto juntamente com um pedido de autorização. Depois da aquisição destas autorizações e estabelecidos os aspetos globais do programa procedia-se a aplicação do estudo, através de dois grupos.

Posto isto, os professores seriam informados a respeito dos objetivos do estudo e das condições fundamentais à sua aplicação, para que logisticamente fossem estabelecidos os melhores horários para a aplicação dos instrumentos e preparação das sessões de forma a não interferir com os conteúdos a ser lecionados.

Passando para a fase seguinte, a recolha de dados, começaríamos por aplicar os questionários sociodemográficos: no grupo CI este questionário seria respondido pelos coordenadores da instituição e para o CNI pelos encarregados de educação. Em ambos os casos o preenchimento será manual.

Posteriormente será aplicado a ambos os grupos os restantes dois instrumentos, ambos realizados manualmente:

- O "Cancelamento de Sinais" da BANC (Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra; Simões et al, 2016) sendo que consoante a idade do participante lhe será disponibilizada a versão correta. O teste será preenchido pelas próprias crianças na presença da responsável da investigação e professor/a para o grupo CNI; e na presença da responsável da investigação e por um técnico do centro para o grupo CI, sendo que neste segundo grupo o local será uma sala disponibilizada pela

instituição, local devidamente adequado e previamente preparado;

- O *Emotion Regulation Checklist* (ERC) poderá ser respondido: o grupo CI pelas equipas técnicas dos CAT's, e professores; e o grupo CNI pelos encarregados de educação e professores.

Depois de realizada toda a recolha, prossegue-se à elaboração de uma base de dados no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), onde mais tarde se desenvolveu o tratamento estatístico das informações. Informações estas que seriam facultadas a quem tivesse interesse.

Por fim, é importante ressaltar que os dados dos participantes serão mantidos em anonimato, através da codificação dos nomes.

### **3.2. Procedimentos de Análise de Dados**

Por forma a analisar os dados da amostra deste estudo, foi efetuada uma análise estatística com recurso ao software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 28 para Windows –, que envolveu medidas de estatística descritiva (e.g., frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e de estatística inferencial.

Na análise inferencial realizaram-se diversos testes, nomeadamente, o coeficiente de consistência interna Alpha de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson, o teste t de Student para amostras independentes, a regressão linear simples, o teste de Fisher e o teste Qui-quadrado de independência.

Em relação aos pressupostos da regressão linear simples, designadamente, a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos. Nas amostras com dimensão superior a 30, aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. Ainda, a homogeneidade de variâncias foi analisada com o teste de Levene e o nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq .05$ .

No que concerne ao pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado.

Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. As diferenças foram analisadas com os resíduos ajustados estandardizados.

### **PARTE III – RESULTADOS**

#### 4.1 Caracterização da amostra

Os dados referem-se a um total de 110 respostas de crianças, 50% das quais institucionalizadas. A média de idades era de 8.2 anos, variando entre um mínimo de 6 e um máximo de 11 anos. A maioria era do género feminino (51.4%) e nunca tinha tido retenções escolares (86.2%). Os grupos eram equivalentes em termos de idade,  $t(108) = 1.339$ ,  $p = .184$ , e de género, teste de Fisher,  $p = .567$ . No grupo das crianças institucionalizadas a proporção de retenções escolares é significativamente mais elevada, conforme teste de Fisher,  $p = .001$ .

Tabela 2 – Caracterização da amostra (N = 110)

|                  | Total |       | Inst. |       | Não Inst. |        | Sig.    |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-----------|--------|---------|
|                  | N     | %     | N     | %     | N         | %      |         |
| Idade (M; DP)    | 8,19  | 1,21  | 8,35  | 1,39  | 8,04      | ,99    | .184    |
| Género           |       |       |       |       |           |        | .567    |
| Feminino         | 56    | 51,4% | 30    | 54,5% | 26        | 48,1%  |         |
| Masculino        | 53    | 48,6% | 25    | 45,5% | 28        | 51,9%  |         |
| Retenção escolar |       |       |       |       |           |        | .001*** |
| Sim              | 15    | 13,8% | 15    | 27,8% | 0         | 0,0%   |         |
| Não              | 94    | 86,2% | 39    | 72,2% | 55        | 100,0% |         |

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

#### 4.2 Consistência interna

A consistência interna das dimensões das dimensões da ERE, analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, variou entre um mínimo de .914 (excelente), a um máximo de .951 (excelente), na dimensão Motivação de realização e poder. A categorização dos valores de Alfa tem como referência Hill (2014).

Tabela 3 – Consistência interna

|                         | Alpha Cronbach | Nr de itens |
|-------------------------|----------------|-------------|
| Labilidade/Negatividade | .951           | 15          |
| Regulação Emocional     | .914           | 8           |

**Hipótese 1 - Espera-se que existam diferenças significativas entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, no que concerne à atenção, com as crianças institucionalizadas a obterem piores resultados.**

As crianças não institucionalizadas têm um desempenho melhor no teste de cancelamento de sinais (10.65 vs 6.84), sendo a diferença estaticamente significativa,  $t(108) = 5.601, p < .001$ .

Tabela 4 – Atenção

|                                                                               | Institucionalizados |      | Não institucionalizados |      | Sig.    |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|-------------------------|------|---------|
|                                                                               | M                   | DP   | M                       | DP   |         |
| Cancelamento dos sinais                                                       | 6,84                | 3,86 | 10,65                   | 3,26 | .001*** |
| M – Média DP – Desvio padrão * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ |                     |      |                         |      |         |

O modelo de regressão linear simples com a variável estar ou não institucionalizado como variável independente e o desempenho no teste de sinais e como variável dependente, explica 22.5% da variância total desta última variável, sendo estatisticamente significativo,  $F(1, 108) = 31.736, p < .001$ . A variável estar ou não institucionalizado revelou ser um preditor significativo do desempenho no teste de sinais ( $B = 3.818, p < .001$ )

Tabela 5 – Coeficientes

| Modelo                                               | Coeficientes não estandardizados |            | Coeficientes estandardizados |        | Sig.    |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|------------------------------|--------|---------|
|                                                      | B                                | Std. Error | Beta                         | t      |         |
| 1 (Constante)                                        | 6,836                            | ,482       |                              | 14,184 | ,000    |
| Criança não institucionalizada ou institucionalizada | 3,818                            | ,682       | ,474                         | 5,601  | ,000*** |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

**Hipótese 2 - Espera-se que existam diferenças significativas entre crianças**

**institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, relativamente às competências de regulação emocional, com as crianças institucionalizadas a adotarem estratégias menos adaptativas.**

As crianças não institucionalizadas obtêm valores mais elevados na regulação emocional (36.36 vs 22.34), sendo a diferença estaticamente significativa,  $t(108) = 13.074$ ,  $p < .001$ , enquanto as crianças institucionalizadas obtêm valores significativamente mais elevados na Labilidade/Negatividade (36.52 vs 18.64),  $t(107) = 11.456$ ,  $p < .001$ .

Tabela 6 – Regulação Emocional

|                                                                               | Institucionalizados |      | Não institucionalizados |      | Sig.    |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|-------------------------|------|---------|
|                                                                               | M                   | DP   | M                       | DP   |         |
| Regulação Emocional                                                           | 22,34               | 3,68 | 30,36                   | 2,66 | .001*** |
| Labilidade/Negatividade                                                       | 33,52               | 7,15 | 18,64                   | 6,37 | .001*** |
| M – Média DP – Desvio padrão * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ |                     |      |                         |      |         |

O modelo de regressão linear simples com a variável estar ou não institucionalizado como variável independente e a regulação emocional como variável dependente, explica 61.3% da variância total desta última variável, sendo estatisticamente significativo,  $F(1, 108) = 170.909$ ,  $p < .001$ . A variável estar ou não institucionalizado revelou ser um preditor significativo da regulação emocional ( $B = 8.018$ ,  $p < .001$ ). Assim, como o coeficiente de regressão é positivo isso significa que as crianças não institucionalizada obtêm valores significativamente mais elevados na regulação emocional.

Tabela 7 – Coeficientes

| Modelo                             | Coeficientes não estandardizados |            | Coeficientes estandardizados |        | Sig.    |
|------------------------------------|----------------------------------|------------|------------------------------|--------|---------|
|                                    | B                                | Std. Error | Beta                         | t      |         |
| 1 (Constante)                      | 22,345                           | ,434       |                              | 51,526 | ,000    |
| Criança não institucionalizada (1) | 8,018                            | ,613       | ,783                         | 13,074 | ,000*** |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

O modelo de regressão linear simples com a variável estar ou não institucionalizado como variável independente e a labilidade/negatividade como variável dependente, explica 55.1% da variância total desta última variável, sendo estatisticamente significativo,  $F(1, 107) = 131.244$ ,  $p < .001$ . A variável estar ou não institucionalizado revelou ser um preditor significativo da labilidade/negatividade ( $B = -14.879$ ,  $p < .001$ ). Assim, como o coeficiente de regressão é negativo isso significa que as crianças não institucionalizada obtêm valores significativamente mais baixos na labilidade/negatividade.

Tabela 8 – Coeficientes

| Modelo                                | Coeficientes não<br>estandardizados |               | Coeficientes<br>estandardizados |         | Sig.    |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------------------|---------|---------|
|                                       | B                                   | Std.<br>Error | Beta                            | t       |         |
| 1 (Constante)                         | 33,527                              | ,914          |                                 | 36,676  | ,000    |
| Criança não institucionalizada<br>(1) | -14,879                             | 1,299         | -,742                           | -11,456 | ,000*** |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

**Hipótese 3 - Espera-se que estratégias de regulação emocional menos adaptativas estejam relacionadas com maiores dificuldades na atenção.**

Encontrou-se uma correlação significativa, negativa e fraca da Labilidade/negatividade com a atenção ( $r = -.288$ ,  $p = .033$ ), nas crianças institucionalizadas. Assim, quanto mais elevada é a labilidade/negatividade mais elevadas são as dificuldades de atenção. Já nas crianças não institucionalizadas esta correlação não é significativa.

Tabela 9 – Regulação Emocional

|                         | Cancelamento<br>dos sinais |
|-------------------------|----------------------------|
| Institucionalizadas     |                            |
| Regulação emocional     | -,095                      |
| Labilidade/negatividade | -,288*                     |
| Não institucionalizada  |                            |
| Regulação emocional     | -,104                      |
| Labilidade/negatividade | -,053                      |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

**Hipótese 4 - Espera-se que não existam diferenças significativas no que se refere às rotinas de sono entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas.**

No que se refere às rotinas de sono, em termo de horários, as diferenças entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas são todas estatisticamente significativas ( $p < .001$ ), com as crianças institucionalizadas a acordar mais cedo, a levantarem-se mais cedo, a deitarem-se mais cedo, mas a demorarem mais tempo a adormecer.

Tabela 10 – Rotinas de sono

|                                                                                                         | Institucionalizados |      | Não institucionalizados |      | Sig.    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|-------------------------|------|---------|
|                                                                                                         | M                   | DP   | M                       | DP   |         |
| em dias com horários, a criança acorda a que horas                                                      | 7:03                | 0:27 | 7:26                    | 0:25 | .001*** |
| em dias com horários, a criança levanta-se a que horas                                                  | 7:11                | 0:24 | 7:31                    | 0:23 | .001*** |
| em dias com horários, a criança está completamente acordada a que horas                                 | 7:19                | 0:24 | 7:38                    | 0:23 | .001*** |
| na véspera de um dia com horários, a criança deita-se a que horas                                       | 21:00               | 0:24 | 21:35                   | 0:31 | .001*** |
| na véspera de um dia com horários, a criança está com sono a que horas                                  | 21:13               | 0:28 | 21:48                   | 0:29 | .001*** |
| na véspera de um dia com horários, depois de se deitar, a criança demora quantos minutos para adormecer | 0:19                | 0:13 | 0:09                    | 0:07 | .001*** |

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

O modelo de regressão linear simples com a variável estar ou não institucionalizado como variável independente e a “A criança acorda a que horas” como variável dependente, explica 15.6% da variância total desta última variável, sendo estatisticamente significativo,  $F(1, 108) = 19.938$ ,  $p < .001$ . A variável estar ou não institucionalizado revelou ser um preditor significativo da hora de acordar ( $B = 1347.27$ ,  $p < .001$ ). Assim, como o coeficiente de regressão é positivo isso significa que as crianças não institucionalizadas acordam significativamente mais tarde.

Tabela 11 – A criança acorda a que horas

| Modelo                             | Coeficientes não |            | Coeficientes   |         | Sig.     |
|------------------------------------|------------------|------------|----------------|---------|----------|
|                                    | estandardizados  |            | estandardizado |         |          |
|                                    | B                | Std. Error | Beta           | t       |          |
| 1 (Constante)                      | 25434,54         | 213,353    |                | 119,213 | ,000     |
| Criança não institucionalizada (1) | 1347,27          | 301,727    | ,395           | 4,465   | ,000**** |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

O modelo de regressão linear simples com a variável estar ou não institucionalizado como variável independente e a “A criança levanta-se a que horas” como variável dependente, explica 14.5% da variância total desta última variável, sendo estatisticamente significativo,  $F(1, 108) = 18.321$ ,  $p < .001$ . A variável estar ou não institucionalizado revelou ser um preditor significativo da hora de levantar ( $B = 1186.909$ ,  $p < .001$ ). Assim, como o coeficiente de regressão é positivo isso significa que as crianças não institucionalizadas se levantam significativamente mais tarde.

Tabela 12 – A criança levanta-se a que horas

| Modelo                             | Coeficientes não |            | Coeficientes   |         | Sig.     |
|------------------------------------|------------------|------------|----------------|---------|----------|
|                                    | estandardizados  |            | estandardizado |         |          |
|                                    | B                | Std. Error | Beta           | t       |          |
| 1 (Constante)                      | 25884,000        | 196,079    |                | 132,008 | ,000     |
| Criança não institucionalizada (1) | 1186,909         | 277,297    | ,381           | 4,280   | ,000**** |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

O modelo de regressão linear simples com a variável estar ou não institucionalizado como variável independente e a “A criança está completamente acordada a que horas” como variável dependente, explica 13.6% da variância total desta última variável, sendo estatisticamente significativo,  $F(1, 106) = 16.555$ ,  $p < .001$ .

.001. A variável estar ou não institucionalizado revelou ser um preditor significativo da hora de acordar ( $B = 1127.778$ ,  $p < .001$ ). Assim, como o coeficiente de regressão é positivo isso significa que as crianças não institucionalizadas acordam significativamente mais tarde.

Tabela 13 – A criança está completamente acordada a que horas

| Modelo                             | Coeficientes não |            | Coeficientes   |         | Sig.    |
|------------------------------------|------------------|------------|----------------|---------|---------|
|                                    | estandardizados  |            | estandardizado |         |         |
|                                    | B                | Std. Error | Beta           | t       |         |
| 1 (Constante)                      | 26383,33         | 195,404    |                | 135,020 | ,000    |
| Criança não institucionalizada (1) | 1127,778         | 276,342    | ,368           | 4,081   | ,000*** |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

O modelo de regressão linear simples com a variável estar ou não institucionalizado como variável independente e a “A criança deita-se a que horas” como variável dependente, explica 13.6% da variância total desta última variável, sendo estatisticamente significativo,  $F(1, 106) = 16.555$ ,  $p < .001$ . A variável estar ou não institucionalizado revelou ser um preditor significativo da hora de deitar ( $B = 2100.000$ ,  $p < .001$ ). Assim, como o coeficiente de regressão é positivo isso significa que as crianças não institucionalizadas deitam-se significativamente mais tarde.

Tabela 14 – A criança deita-se a que horas

| Modelo                             | Coeficientes não |            | Coeficientes   | t       | Sig.    |
|------------------------------------|------------------|------------|----------------|---------|---------|
|                                    | estandardizados  |            | estandardizado |         |         |
|                                    | B                | Std. Error | Beta           |         |         |
| 1 (Constante)                      | 75654,545        | 229,108    |                | 330,214 | ,000    |
| Criança não institucionalizada (1) | 2100,000         | 324,007    | ,529           | 6,481   | ,000*** |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

O modelo de regressão linear simples com a variável estar ou não institucionalizado como variável independente e a “A criança está com sono a que horas” como variável dependente, explica 27% da variância total desta última variável, sendo estatisticamente significativo,  $F(1, 108) = 39.973$ ,  $p < .001$ . A variável estar ou não institucionalizado revelou ser um preditor significativo da hora de deitar ( $B = 2100.000$ ,  $p < .001$ ). Assim, como o coeficiente de regressão é positivo isso significa que as crianças não institucionalizadas estão com sono significativamente mais tarde.

Tabela 15 – A criança está com sono a que horas

| Modelo                             | Coeficientes não<br>estandardizados |               | Coeficientes<br>estandardizados | t       | Sig.    |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------------------|---------|---------|
|                                    | B                                   | Std.<br>Error | Beta                            |         |         |
| 1 (Constante)                      | 76431,273                           | 234,013       |                                 | 326,611 | ,000    |
| Criança não institucionalizada (1) | 2092,364                            | 330,945       | ,520                            | 6,322   | ,000*** |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

O modelo de regressão linear simples com a variável estar ou não institucionalizado como variável independente e a “A criança demora quantos minutos para adormecer” como variável dependente, explica 14.7% da variância total desta última variável, sendo estatisticamente significativo,  $F(1, 104) = 17.790$ ,  $p < .001$ . A variável estar ou não institucionalizado revelou ser um preditor significativo dos minutos a adormecer ( $B = -551.368$ ,  $p < .001$ ). Assim, como o coeficiente de regressão é negativo isso significa que as crianças não institucionalizadas demoram significativamente menos tempo a adormecer.

Tabela 16 – A criança demora quantos minutos para adormecer

| Modelo                             | Coeficientes não<br>estandardizados |               | Coeficientes<br>estandardizados | t      | Sig.    |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------------------|--------|---------|
|                                    | B                                   | Std.<br>Error | Beta                            |        |         |
| 1 (Constante)                      | 1144,444                            | 91,227        |                                 | 12,545 | ,000    |
| Criança não institucionalizada (1) | -551,368                            | 130,250       | -,383                           | -4,233 | ,000*** |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

A relação entre a forma com a criança acorda, em dias com horários, e o estar ou não institucionalizada não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(2) = 0.324$ ,  $p = 1.000$ .

Tabela 17 – Forma de acordar e institucionalização

| em dias com horários, a criança acorda... |                      | Criança não institucionalizada<br>ou institucionalizada |                        | Total  |
|-------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|--------|
|                                           |                      | Institucionalizada                                      | Não institucionalizada |        |
| Por si própria                            | Freq.                | 10                                                      | 10                     | 20     |
|                                           | % inst. Vs não inst. | 18,5%                                                   | 18,2%                  | 18,3%  |
| Com ajuda de um familiar                  | Freq.                | 43                                                      | 43                     | 86     |
|                                           | % inst. Vs não inst. | 79,6%                                                   | 78,2%                  | 78,9%  |
| Com despertador                           | Freq.                | 1                                                       | 2                      | 3      |
|                                           | % inst. Vs não inst. | 1,9%                                                    | 3,6%                   | 2,8%   |
| Total                                     | Freq.                | 54                                                      | 55                     | 109    |
|                                           | % inst. Vs não inst. | 100,0%                                                  | 100,0%                 | 100,0% |

A relação entre fazer sesta regulares, em dias com horários, e o estar ou não institucionalizada não é estatisticamente significativa, teste de Fisher,  $p = 1.000$ .

Tabela 18 – Sesta e institucionalização

| em dias com horários, a criança faz sextas regulares |                      | Criança não institucionalizada<br>ou institucionalizada |                        | Total  |
|------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|--------|
|                                                      |                      | Institucionalizada                                      | Não institucionalizada |        |
| Sim                                                  | Freq.                | 1                                                       | 1                      | 2      |
|                                                      | % institucionalizada | 1,8%                                                    | 1,8%                   | 1,8%   |
| Não                                                  | Freq.                | 54                                                      | 54                     | 108    |
|                                                      | % institucionalizada | 98,2%                                                   | 98,2%                  | 98,2%  |
| Total                                                | Freq.                | 55                                                      | 55                     | 110    |
|                                                      | % institucionalizada | 100,0%                                                  | 100,0%                 | 100,0% |

**Hipótese 5 - Espera-se que existam diferenças significativas em relação ao ponto médio de sono entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, com as crianças não institucionalizadas a apresentarem um ponto médio de sono mais estável e favorável.**

As crianças não institucionalizadas obtêm valores mais baixos no ponto médio de sono (9:58 vs 10:18), sendo a diferença estaticamente significativa,  $t(108) = 2.825$ ,  $p = .006$ .

Tabela 19 – ponto médio do sono

|                                 | Institucionalizados                              |      | Não institucionalizados |      | Sig.   |
|---------------------------------|--------------------------------------------------|------|-------------------------|------|--------|
|                                 | M                                                | DP   | M                       | DP   |        |
| Ponto médio do sono (corrigido) | 10:18                                            | 0:35 | 9:58                    | 0:36 | .006** |
| M – Média DP – Desvio padrão    | * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ |      |                         |      |        |

O modelo de regressão linear simples com a variável estar ou não institucionalizado como variável independente e o “Ponto Médio de Sono Corrigido” como variável dependente, explica 6.9% da variância total desta última variável, sendo estatisticamente significativo,  $F(1,108) = 7.981$ ,  $p < .001$ . A variável estar ou não institucionalizado revelou ser um preditor significativo Ponto Médio de Sono ( $B = -1158.545$ ,  $p < .001$ ). Assim, como o coeficiente de regressão é negativo isso significa que as crianças não institucionalizadas têm um ponto Médio de Sono significativamente mais baixo.

Tabela 20 – Ponto Médio de Sono Corrigido

| Modelo                             | Coeficientes não estandardizados |            | Coeficientes estandardizados |         | Sig.    |
|------------------------------------|----------------------------------|------------|------------------------------|---------|---------|
|                                    | B                                | Std. Error | Beta                         | t       |         |
| 1 (Constante)                      | 37096,364                        | 289,983    |                              | 127,926 | ,000    |
| Criança não institucionalizada (1) | -1158,545                        | 410,098    | -,262                        | -2,825  | ,000*** |

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

**Hipótese 6 - Espera-se que o grupo institucionalizado seja mais vespertino do que matutino relativamente às crianças não institucionalizadas.**

A relação entre o cronótipo, avaliado pelo teste, das crianças e a institucionalização não é estatisticamente significativa,  $\chi^2 (2) = 0.983, p = .612$ .

Tabela 21 – Cronótipo e institucionalização

|            |                      | Criança não institucionalizada ou institucionalizada |                        | Total  |
|------------|----------------------|------------------------------------------------------|------------------------|--------|
|            |                      | Institucionalizada                                   | Não institucionalizada |        |
| Cronótipo  |                      | a                                                    | a                      |        |
| Matutino   | Freq.                | 8                                                    | 5                      | 13     |
|            | % inst. Vs não inst. | 14,5%                                                | 9,1%                   | 11,8%  |
| Intermédio | Freq.                | 33                                                   | 33                     | 66     |
|            | % inst. Vs não inst. | 60,0%                                                | 60,0%                  | 60,0%  |
| Vespertino | Freq.                | 14                                                   | 17                     | 31     |
|            | % inst. Vs não inst. | 25,5%                                                | 30,9%                  | 28,2%  |
| Total      | Freq.                | 55                                                   | 55                     | 110    |
|            | % inst. Vs não inst. | 100,0%                                               | 100,0%                 | 100,0% |

A relação entre o cronótipo das crianças, avaliado pelos pais e tutores, e a institucionalização não é estatisticamente significativa,  $\chi^2 (4) = 9.321, p = .050$ . Há uma proporção superior ao esperado de crianças com cronótipo “Sem dúvida do tipo noturno” nas crianças não institucionalizadas (9.3% vs 0.0%).

Tabela 22 – Cronótipo e institucionalização

|                               |                      | Criança não institucionalizada ou institucionalizada |                        | Total |
|-------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------|------------------------|-------|
|                               |                      | Institucionalizada                                   | Não institucionalizada |       |
| Cronótipo                     |                      |                                                      | a                      |       |
| Sem dúvida do tipo madrugador | Freq.                | 9                                                    | 4                      | 13    |
|                               | % inst. Vs não inst. | 17,0%                                                | 7,4%                   | 12,1% |

|                                 |                               |              |              |               |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------|--------------|---------------|
| Mais madrugadora do que noturna | Freq.<br>% inst. Vs não inst. | 20<br>37,7%  | 15<br>27,8%  | 35<br>32,7%   |
| Nem madrugadora nem noturna     | Freq.<br>% inst. Vs não inst. | 19<br>35,8%  | 20<br>37,0%  | 39<br>36,4%   |
| Mais noturna do que madrugadora | Freq.<br>% inst. Vs não inst. | 5<br>9,4%    | 10<br>18,5%  | 15<br>14,0%   |
| Sem dúvida do tipo noturno      | Freq.<br>% inst. Vs não inst. | 0<br>0,0%    | 5<br>9,3%    | 5<br>4,7%     |
| Total                           | Freq.<br>% inst. Vs não inst. | 53<br>100,0% | 54<br>100,0% | 107<br>100,0% |

## **PARTE IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

## 5.1 Discussão de Resultados

Uma vez realizada a análise de resultados, esta investigação prossegue com a discussão dos mesmos. Neste sentido, iremos confrontar as hipóteses propostas e os resultados obtidos com a literatura existente e mencionada no enquadramento teórico elaborado para a presente dissertação.

**Hipótese 1 - Espera-se que existam diferenças significativas entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, no que concerne à atenção, com as crianças institucionalizadas a obterem piores resultados.**

Os resultados estatísticos demonstraram a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre as duas amostras, com as crianças institucionalizadas a terem um desempenho inferior no teste de Cancelamento de Sinais utilizado, o que confirma a hipótese formulada. Neste sentido, as crianças não institucionalizadas apresentaram uma média de competências cognitivas significativamente superior à apresentada pelo grupo das crianças institucionalizadas.

Este resultado revela-se concordante com a literatura existente e supramencionada, na qual os autores expõem que as crianças que estão institucionalizadas tendem a revelar maiores défices cognitivos do que aquelas que estão a residir no seu meio natural, especialmente na capacidade de atenção (Bohman & Sigvardsson, 1979; Hodel et al., 2015; Marques, 2006; Miller & Hendric, 2002; Zeanah et al., 2005).

No mesmo sentido, os resultados encontrados vão ao encontro do estudo piloto realizado por Fiamenghi-Jr e Luccia-Rivaben (2014), no qual os autores mencionaram que a institucionalização pode ter um efeito negativo no desenvolvimento intelectual da criança.

Estes dados são especialmente preocupantes se considerarmos uma investigação de Chugani et al. (2001), na qual se concluiu que as crianças da amostra, mesmo após saírem da instituição onde se encontravam acolhidas, manifestavam elevados défices em competências cognitivas, nomeadamente na linguagem, na atenção, na memória e nas funções executivas.

**Hipótese 2 - Espera-se que existam diferenças significativas entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, relativamente às competências de regulação emocional, com as crianças institucionalizadas a adotarem estratégias menos adaptativas.**

Os resultados obtidos validaram a hipótese formulada, uma vez que as crianças não institucionalizadas apresentaram competências de regulação emocional significativamente superiores às apresentadas pelas crianças que se encontram institucionalizadas.

Esta conclusão vai ao encontro da literatura existente (Bakermans-Kranenburg et al., 2008; Biscaia & Negrão, 1999; Bohman & Sigvardsson, 1979; Tarullo et al., 2007; Tayloret al., 2004), na qual os autores indicam que as crianças institucionalizadas apresentam maiores dificuldades no que à regulação de emoções diz respeito, em consequência de se encontrarem privadas do seu contexto de origem e da sua família.

Assim, as circunstâncias destas crianças pautam-se pela presença de maiores obstáculos e desafios quando comparadas com as crianças que residem no seu meio de origem, pelo que as capacidades de adaptação e o leque de ferramentas de regulação emocional disponível são diferentes (Bakermans-Kranenburg et al., 2008; Biscaia & Negrão, 1999; Bohman & Sigvardsson, 1979; Tarullo et al., 2007; Taylor et al., 2004).

Conforme referido anteriormente, a literatura nem sempre enfatizou a relação existente entre os fatores internos e os fatores externos no desenvolvimento da criança, pelo que não se considerava o impacto que os diferentes contextos têm no desenvolvimento emocional. Contudo, atualmente, é do conhecimento científico que a existência de vinculação e o contexto afetivo em que as crianças crescem são variáveis que impactam significativamente o desenvolvimento emocional das mesmas (Lionetti et al., 2022; McIsaac et al., 2022; Santos et al., 2021; Sousa Filho & Alencar, 2003) e, por isso, tem sido demonstrado que as crianças institucionalizadas estão mais isoladas/carentes afetivamente e, por isso, são mais propensas a apresentar lacunas de funcionamento socioemocional (Bakermans-Kranenburg et al., 2008). É possível concluir que os resultados se orientam com o que Cadima et al. (2016) evidenciou, de que as crianças que se encontram em situações de vulnerabilidade social têm uma maior propensão para apresentarem dificuldades ao nível da regulação das emoções (Cadima et al., 2016). Esta vulnerabilidade, quando considerada em contextos de institucionalização, pode traduzir-se em existir uma desproporcionalidade entre o

número de crianças e o número de cuidadores/as, o que compromete a satisfação das crianças com os cuidados prestados (McCall, 2013).

**Hipótese 3 - Espera-se que estratégias de regulação emocional menos adaptativas estejam relacionadas com maiores dificuldades na atenção.**

Os resultados encontrados confirmam a hipótese proposta, indicando uma relação significativa entre estratégias desajustadas de regulação emocional e maiores dificuldades na capacidade cognitiva da atenção. Tal vai ao encontro do referido pela literatura existente (Biscaia & Negrão, 1999; Bohman & Sigvardsson, 1979; Tarullo et al., 2007; Taylor et al., 2004), uma vez que os desenvolvimentos cognitivo e emocional estão intrinsecamente associados.

Ainda, foi possível compreender que esta relação está mais vincada no grupo de crianças institucionalizadas, o que também corrobora a literatura, já que, por um lado, quando as circunstâncias são favoráveis ao saudável desenvolvimento destas competências – o que é normativo no quotidiano das crianças que não estão institucionalizadas –, as mesmas tendem a progredir positivamente. Por outro lado, quando existem adversidades e obstáculos ao desenvolvimento saudável, tal tende a espelhar-se de forma transversal às diversas dimensões e manifestando-se através de maiores dificuldades na cognição e na inteligência emocional (Biscaia & Negrão, 1999; Fiamenghi-Jr & Luccia-Rivaben, 2014; Tarullo et al., 2007).

**Hipótese 4 - Espera-se que não existam diferenças significativas no que se refere às rotinas de sono entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas.**

Com base nos resultados obtidos podemos verificar que os mesmos não estão totalmente de acordo com o descrito pela literatura existente neste domínio. A hipótese formulada foi rejeitada, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, em todas as componentes analisadas, nomeadamente, verificou-se que as crianças institucionalizadas acordam mais cedo, levantam-se mais cedo, a deitam-se mais cedo, embora demorem mais tempo a adormecer (Bakermans-Kranenburg et al., 2008; Tetik & Sen, 2021; Valle et al., 2009).

As instituições são responsáveis pela promoção e garantia do bem-estar das crianças acolhidas, pelo que se espera que existam rotinas de sono rígidas e bem

definidas — o que é passível de compreender uma vez que os horários de acordar, de levantar e de deitar são mais cedo nas instituições do que nas casas de meio natural de origem —, por forma a que as crianças cumpram as horas de sono necessárias para a sua idade e para o seu normal desenvolvimento (Bakermans-Kranenburg et. al., 2008; Tetik & Sen, 2021; Valle et. al., 2009).

Na mesma orientação de promoção do descanso e de hábitos de higiene do sono, seria expectável que estas rotinas se assemelhassem às de casa das crianças não institucionalizadas (Bakermans-Kranenburg et. al., 2008; Tetik & Sen, 2021; Valle et. al., 2009), porém, tal não se verificou.

**Hipótese 5 - Espera-se que existam diferenças significativas em relação ao ponto médio de sono entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, com as crianças não institucionalizadas a apresentarem um ponto médio de sono mais estável favorável.**

Nesta investigação prevíamos que, no que diz respeito ao ponto médio de sono, as crianças institucionalizadas não apresentassem um sono tão restaurador e, inclusive, obtivessem valores mais baixos, quando comparados com os das crianças que se encontram no seu meio natural de origem e com a sua família.

Porém, esta hipótese foi rejeitada e o que os resultados demonstraram é que as diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas, com as crianças que se encontram no seu meio de origem a apresentarem um ponto médio de sono bastante inferior ao das crianças que estão em instituições, o que contraria a literatura (Bakermans- Kranenburg et. al., 2008; Tetik & Sen, 2021; Valle et. al., 2009).

**Hipótese 6 - Espera-se que não existam diferenças significativas entre crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas no que concerne ao cronótipo prevalente.**

A última hipótese deste estudo não foi confirmada. Por um lado, quando a avaliação da relação do cronótipo com a institucionalização foi realizada pelo teste, não se encontraram resultados significativos.

Por outro lado, quando esta relação foi avaliada com base nas respostas dos pais ou tutores das crianças, os resultados obtidos revelaram-se estatisticamente significativos, na medida em que as crianças não institucionalizadas foram

consideradas vespertinas e as crianças institucionalizadas não foram.

Segundo a literatura, existe uma orientação para a matutividade nas crianças, que se transforma numa tendência para a vespertividade na adolescência (Adan et al., 2012), o que se parece verificar no caso das crianças institucionalizadas, porém, nas que se encontram a habitar no meio de origem, tal não acontece, pois os pais descrevem-nas como “sem dúvida tipo noturno”.

Com base nos resultados obtidos consideramos que esta diferença se deve ao facto de existir uma maior rigidez horária e rotinas de sono bem definidas em instituições, por forma a que as crianças cumpram as horas de sono que necessitam para a sua idade e para um bom desenvolvimento cognitivo e emocional (Bakermans-Kranenburg et. al., 2008; Tetik & Sen, 2021; Valle et. al., 2009).

## Conclusão

A presente investigação permitiu analisar a presença de diferenças significativas entre dois grupos de crianças, um composto por crianças institucionalizadas em Centros de Acolhimento Temporário (CAT) e outro formado por crianças que residem com a sua família de origem. Os dois grupos eram homogêneos em termos etários e de sexo, sendo a única diferença a institucionalização.

Através da análise estatística efetuada foi possível verificar a existência de algumas diferenças significativas entre os dois grupos e retirar algumas conclusões, nomeadamente:

- a) as crianças não institucionalizadas apresentaram melhores resultados no teste de avaliação da atenção, o que se traduz num melhor desempenho cognitivo. Este resultado vai ao encontro da literatura, em que os autores referem que as crianças que vivem em CAT apresentam mais défices cognitivos do que aquelas que vivem no seu meio natural, sobretudo na capacidade de atenção (Bohman & Sigvardsson, 1979; Hodel et al., 2015; Marques, 2006; Miller & Hendric, 2002; Zeanah et al., 2005);
- b) as crianças institucionalizadas demonstraram possuir menos competências de regulação emocional, o que está de acordo com a linha de orientação da literatura existente, na qual os autores indicam que as crianças institucionalizadas apresentam maiores dificuldades na regulação das emoções, por consequência de se encontrarem privadas do seu contexto de origem e da sua família (Bakermans-Kranenburg et al., 2008; Biscaia & Negrão, 1999; Bohman & Sigvardsson, 1979; Tarullo et al., 2007; Taylor et al., 2004);
- c) identificou-se uma correlação entre o desenvolvimento emocional e o desenvolvimento cognitivo, na medida em que estratégias de regulação emocional menos adaptativas estão ligadas a maiores dificuldades na atenção. Assim, no caso das crianças não institucionalizadas, em que as condições são favoráveis ao normal desenvolvimento emocional, também apresentam boas capacidades

cognitivas; contudo, no caso das crianças institucionalizadas, uma vez que existem adversidades e obstáculos ao desenvolvimento emocional saudável, tal tende a espelhar-se também em dificuldades cognitivas (Biscaia & Negrão, 1999; Fiamenghi-Jr & Luccia- Rivaben, 2014; Tarullo et al., 2007);

- d) existem diferenças consideráveis em relação às rotinas de sono nas instituições e nas famílias de origem. De facto, as instituições parecem demonstrar preocupação pela promoção e garantia do bem-estar das crianças acolhidas, implementando rotinas de sono rígidas e bem definidas, por forma a que as crianças cumpram as horas de sono necessárias para a sua idade e para o seu normal desenvolvimento (Bakermans-Kranenburg et. al., 2008; Tetik & Sen, 2021; Valle et. al., 2009);
- e) em relação ao ponto médio de sono, os resultados evidenciaram que as diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas, sendo que as crianças que residem com a família apresentam um ponto médio de sono bastante inferior ao das crianças institucionalizadas, contrariando, desta forma, a literatura existente (Bakermans-Kranenburg et. al., 2008; Tetik & Sen, 2021; Valle et. al., 2009);
- f) por fim, em relação ao cronótipo, embora na literatura exista uma orientação para a matutuidade na faixa etária da nossa amostra (Adan et al., 2012), o que se verificou no caso das crianças institucionalizadas, porém, não se manifestou nas que se encontram a habitar no meio de origem.

Esta última conclusão perfaz um ponto forte da investigação, já que tínhamos identificado uma lacuna na literatura no que concerne à associação entre cronótipo e institucionalização, e, por isso, procurámos fornecer algum ponto de partida para investigações futuras.

Outra mais-valia deste estudo diz respeito à constituição da amostra, já que é composta totalidade por menores de idade e que se encontram a residir em Centros de Acolhimento Temporário, constituindo, por isso, uma população específica cujo acesso é, geralmente, árduo e limitado. Apesar disto, foi possível estabelecer uma amostra de dimensão significativa.

Importa mencionar que esta investigação contém algumas limitações, particularmente, em termos de generalização das conclusões, já que a amostra não é representativa da totalidade da população institucionalizada, pelo que as conclusões obtidas se aplicam unicamente a este estudo.

Ainda, a discrepância de especificidades em termos de razões/motivos que levaram ao acolhimento institucional, de há quanto tempo as crianças se encontram em acolhimento ou da oportunidade de contacto com família de origem ou não, constituem outra limitação do estudo, porém, estas discrepâncias não foram possíveis de controlar, uma vez que a amostra não foi selecionada com o intuito de ser homogênea nos parâmetros mencionados.

Como sugestões para investigações futuras, consideramos que seria pertinente aprofundar a relação entre o cronótipo e a matutividade-vespertinidade noutras amostras semelhantes, bem como perceber se existe uma mediação de sexo/género na tendência referida; avaliar com recurso a testes psicométricos outras áreas das competências cognitivas, nomeadamente, a memória e o raciocínio, que são bastante referenciados na literatura como capacidades que se apresentam deficitárias nas populações institucionalizadas; e, também, realizar um estudo de *follow-up* para verificar se as diferenças permanecessem significativas com o passar do tempo ou se a idade as atenua.

## **PARTE V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## Referências

- Adan, A., Archer, S. N., Hidalgo, M. P., Di Milia, L., Natale, V., & Randler, C. (2012). Circadian typology: A comprehensive review. *Chronobiology International*, 29(9), 1153–1175. <https://doi.org/10.3109/07420528.2012.719971>
- Ainsworth, M. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34 (10), 932–937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Alencar, E. (1993). *Criatividade*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Alexandre, D. & Vieira, M. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em Estudo: Maringá*, 9 (2), 207–217. DOI: 10.1590/S1413-73722004000200007
- Almas, A. N., Papp, L. J., Woodbury, M. R., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2020). The Impact of Caregiving Disruptions of Previously Institutionalized Children on Multiple Outcomes in Late Childhood. *Child Development*, 91(1), 96– 109. <https://doi.org/10.1111/cdev.13169>
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Alves, D. R. P. (2013). Aceitação pelos pares na idade escolar: antecedentes, processos e resultados desenvolvimentais. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciência e da Educação.
- Antunes, B. F. (2017). *Regulação emocional e satisfação com a vida: estudo comparativo entre jovens institucionalizados e não institucionalizados* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Educação de Viseu). <http://hdl.handle.net/10400.19/4909>
- Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalter, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C.F., & Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological bulletin*, 142 (9), 969–990. <https://doi.org/10.1037/bul0000053>
- Bakermans-Kranenburg, M., IJzendoorn, M., & Juffer, F. (2008). Earlier is better: A meta- analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73 (3), 279–293. DOI: 10.1111/j.1540-5834.2008.00498.x.
- Baptista, J., Soares, I., Henriques, M. (2013). O impacto da adoção no desenvolvimento

- da criança. *Psicologia*, 27 (2), 63-79. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v27i2.422>
- Bauducco, S., Richardson, C., & Gradisar, M. (2020). Chronotype, circadian rhythms and mood. In *Current Opinion in Psychology* (Vol. 34, pp. 77–83). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.09.002>
- Bernier, A., Beauchamp, M. H., Bouvette, T. A., Carlson, S. M., & Carrier, J. (2013). Sleep and Cognition in Preschool Years: Specific Links to Executive Functioning. *Child Development*, 84(5), 1542–1553. <https://doi.org/10.1111/cdev.12063>
- Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1979). Long term effects of early institutional care: a prospective longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 20 (2), 111-117. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1979.tb00491.x
- Bosmans, G., Van Vlierberghe, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Kobak, R., Hermans, D., & van IJzendoorn, M. H. (2022). A Learning Theory Approach to Attachment Theory: Exploring Clinical Applications. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 25(3), 591–612. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00377-x>
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-371.
- Brand, S., & Kirov, R. (2011). Sleep and its importance in adolescence and in common adolescent somatic and psychiatric conditions. *International journal of general medicine*, 4, 425–442. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S11557>
- Cadima, J., Ferreira, T., Guedes, C., Vieira, J., Leal, T., & Matos, P. (2016). Risco e regulação emocional em idade pré-escolar: A qualidade das interações dos educadores de infância como potencial moderador. *Análise Psicológica*, 3 (34), 235- 248. <https://doi.org/10.14417/ap.1079>
- Carrier, J., Monk, T. H., Buysse, D. J., & Kupfer, D. J. (1997). Sleep and morningness-eveningness in the “middle” years of life (20-59 y). *Journal of Sleep Research*, 6(4), 230–237. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.1997.00230.x>
- Carskadon, M., Harvey, K., & Dement, W. (1981). Acute restriction of nocturnal sleep in children. *Perceptual and Motor Skills*, 53 (1), 103–112. <https://doi.org/10.2466/pms.1981.53.1.103>
- Chae, Y. J., & Bolton, K. (2022). Facial emotion recognition and the development of delinquency: the mediating role of social bonds and self-control. *Psychology, Crime & Law*, 28(7), 680–702. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2021.1962865>
- Chesmore, A., Weiler, L., Trump, L., Landers, A., & Taussig, H. (2017). Maltreated

- Children in Out-of-Home Care: The Relation between Attachment Quality and Internalizing Symptoms. *Journal of Child & Family Studies*, 26(2), 381–392. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0567-6>
- Chugani, H., Behen, M., Muzik, O., Juhász, C., Nagy, F., & Chugani, D. (2001). Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalized Romanian orphans. *NeuroImage*, 14 (6), 1290–1301. <https://doi.org/10.1006/nimg.2001.0917>
- Colvert, E., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., Kreppner, J., O'Connor, T., Stevens, S., & Sonuga-Barke, E. (2008). Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and psychopathology*, 20 (2), 547– 567. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000278>
- Couto, D. (2011). Questionário de Cronótipo em crianças: Adaptação portuguesa do Children's Chronotype Questionnaire.
- Couto, D., Allen Gomes, A., Pinto de Azevedo, M. H., Bos, S. M. C., Leitão, J. A. & Silva, C. F. (2014). The European Portuguese version of the Children ChronoType Questionnaire (CCTQ): Reliability and raw scores in a large continental sample. *Journal of Sleep Research*, 23, 160. [doi:10.1111/jsr.12213/abstract](https://doi.org/10.1111/jsr.12213/abstract) <http://hdl.handle.net/10316/47389>
- De Bellis, M. D., Hooper, S. R., Spratt, E. G., & Woolley, D. P. (2009). Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15 (6), 868–878. <https://doi.org/10.1017/S1355617709990464>
- Dicionário da Língua Portuguesa (2014). Porto: Porto Editora, Lda.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2023). Disponível em <https://priberam.dicio.pt>
- Dollman, J., Ridley, K., Olds, T., & Lowe, E. (2007). Trends in the duration of school-day sleep among 10- to 15-year-old South Australians between 1985 and 2004. *Acta Paediatrica*, 96 (7), 1011–1014. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00278.x>
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Pennestri, M. H., & Godbout, R. (2016). Poor quality of sleep in foster children relates to maltreatment and placement conditions. *SAGE Open*, 6(4), 2158244016669551. <https://doi.org/10.1177/2158244016669551>

- Fallone, G., Acebo, C., Arnedt, J., Seifer, R., & Carskadon, M. (2001). Effects of acute sleep restriction on behavior, sustained attention, and response inhibition in children. *Perceptual and motor skills*, 93 (1), 213–229. <https://doi.org/10.2466/pms.2001.93.1.213>
- Feinstein, S. (2006). *A Aprendizagem e o Cérebro*. Lisboa: Instituto Piaget, Horizontes Pedagógicos.
- Felden, E., Leite, C., Rebelatto, C., Andrade, R., & Beltrame, T. (2015). Sono em adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos: revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(4), 467-473. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.01.011>
- Ferreira, C. S. D. A. (2015). *O desenvolvimento da regulação das emoções: estudo das variáveis intraindividuais* (Doctoral dissertation). <http://handle.net/10316/31361>
- Figueiredo, S. (2022). Sleeping Habits Explaining Academic Vulnerability and Household Influence: Co-sleeping and the Impact on Children's Fluid Intelligence. *European Journal of Educational Research*, 11 (4), 2209-2218.
- Figueiredo, S., & Hipólito, J. (2022). Association between parents' supervision and the sleep habits of children: the impact of educational background of families in balanced sleep and wakefulness. *Biological Rhythm Research*, 53 (8), 1155–1173. <https://doi.org/10.1080/09291016.2021.1909228>
- Figueiredo, S., Gomes, A., Rocha, C., Ferreira, E., Silva, B., & Castro-Caldas, A. (2017). Sleep Quality and Chronotype of Portuguese School-aged Children. In *ICEEPSY International Conference on Education & Educational Psychology 2017* (Vol. 32, pp.1-16). Future Academy. DOI: 10.15405/epsbs.2017.11.1
- Glennen, S. (2002). Language development and delay in internationally adopted infants and toddlers: A review. *American Journal of Speech-language Pathology*, 11 (4), 333- 339. DOI: 10.1044/1058-0360(2002/038).
- Gregory, A. M., & Sadeh, A. (2016). Annual Research Review: Sleep problems in childhood psychiatric disorders--a review of the latest science. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 57 (3), 296–317. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12469>
- Groark, C., & McCall, R. (2011). Implementing changes in institutions to improve young children's development. *Infant Mental Health Journal*, 32 (5), 509–525. <https://doi.org/10.1002/imhj.20310>

- Guerra, L. & Del Prette, Z. (2020). Habilidades Sociais e Problemas de Comportamento de Crianças sob Acolhimento Institucional. *Psico-USF: Bragança Paulista*, 25 (2), 273-284. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712020250206>
- Haraden, D. A., Mullin, B. C., & Hankin, B. L. (2017). The relationship between depression and chronotype: A longitudinal assessment during childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 34(10), 967–976. <https://doi.org/10.1002/da.22682>
- Hedges, D. & Woon, F. (2011). Early-life stress and cognitive outcome. *Psychopharmacology*, 214 (1), 121–130. DOI: 10.1007/s00213-010-2090-6
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*, 49(12), 1023–1039. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01157-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01157-x)
- Hermenau, K., Hecker, T., Elbert, T., & Ruf, L. M. (2014). Maltreatment and Mental Health in Institutional Care-Comparing Early and Late Institutionalized Children in Tanzania. *Infant Mental Health Journal*, 35(2), 102–110. <https://doi.org/10.1002/imhj.21440>
- Hodel, A. S., Hunt, R. H., Cowell, R. A., Van Den Heuvel, S. E., Gunnar, M. R., & Thomas, K. M. (2015). Duration of early adversity and structural brain development in post-institutionalized adolescents. *NeuroImage*, 105, 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.10.020>
- Hoyniak, C. P., Bates, J. E., McQuillan, M. E., Staples, A. D., Petersen, I. T., Rudasill, K. M., & Molfese, V. J. (2020). Sleep across early childhood: implications for internalizing and externalizing problems, socioemotional skills, and cognitive and academic abilities in preschool. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 61(10), 1080–1091. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13225>
- Hoyniak, C. P., Bates, J. E., Staples, A. D., Rudasill, K. M., Molfese, D. L., & Molfese, V. J. (2019). Child Sleep and Socioeconomic Context in the Development of Cognitive Abilities in Early Childhood. *Child Development*, 90(5), 1718–1737. <https://doi.org/10.1111/cdev.13042>
- <https://dicionario.priberam.org>
- Humphreys, K. L., Miron, D., McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2018). Foster care promotes adaptive functioning in early

- adolescence among children who experienced severe, early deprivation. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 59(7), 811–821. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12865>
- Hysing, M., Heradstveit, O., Harvey, A., Nilsen, S., Bøe, T., & Sivertsen, B. (2022). Sleep problems among adolescents within child and adolescent mental health services: An epidemiological study with registry linkage. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31 (1), 121–131. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01676-4>
- Instituto da Segurança Social (2021). CASA 2020 - Relatório de caracterização anual da situação de acolhimento das crianças e jovens. Disponível em: <https://www.segsocial.pt/documents/10152/13200/CASA+2020.pdf/b7f02f58-2569-4165-a5ab-bed9efdb2653>
- Judge, S. (2003). Developmental recovery and deficit in children adopted from eastern european orphanages. *Child Psychiatry and Human Development*, 34 (1), 49–62. DOI: 10.1023/a:1025302025694
- Julian, M. M., Li, J., Wright, A., & Jimenez-Etcheverria, P. A. (2019). Young Children in Institutional Care: Characteristics of Institutions, Children’s Development, and Interventions in Institutions. In *Children’s Social Worlds in Cultural Context* (pp. 217–229). Springer, Cham. DOI:10.1007/978-3-030-27033-9\_16
- Lang, P. J., Simons, R. F., & Balaban, M. T. (1997). *Attention and orienting: sensory and motivational processes*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lavie, P. (1998). *O Mundo Encantado do Sono*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lezak, M., Howieson, D., & Loring, D. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4<sup>a</sup> ed.). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Lionetti, F., Klein, D. N., Pastore, M., Aron, E. N., Aron, A., & Pluess, M. (2022). The role of environmental sensitivity in the development of rumination and depressive symptoms in childhood: a longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(11), 1815–1825. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01830-6>
- Loman, M., Johnson, A., Westerlund, A., Pollak, S., Nelson, C., & Gunnar, M. (2013). The effect of early deprivation on executive attention in middle childhood. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54 (1), 37–45. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02602.x>

- Loman, M., Wiik, K., Frenn, K., Pollak, S., & Gunnar, M. (2009). Postinstitutionalized children's development: Growth, cognitive, and language outcomes. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30 (5), 426–434. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e3181b1fd08>
- Luccia-Rivaben, M., & Fiamenghi-Jr, G. (2014). Comparação do nível intelectual entre crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. *Encontro: Revista de Psicologia*, 17 (26), 157-164.
- Luria, A. R. (1980). *Higher Cortical Functions in Man*. (Second Edition). New York: Basic Books.
- Manesh, Y., Mojdehi H., & Tashakkori, A. (1984). Short communication: Effects of environmental enrichment on the mental and psychomotor development of orphanage children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 643-650.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com SPSS statistics* (6ª edição). Pero Pinheiro: Editora Report Number.
- Marques, R. (2006). Crianças acolhidas em lar residencial: Representações de vinculação, desenvolvimento, competências sociais e comportamento. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- McCall, R. (2008). The effects of early social–emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. In *Monographs of the Society for Research in Child Development*. EUA, Washington D.C.: The Society for Research in Child Development.
- McCall, R. (2013). Review: The consequences of early institutionalization: can institutions be improved? - should they? *Child & Adolescent Mental Health*, 18 (4), 193–201. <https://doi.org/10.1111/camh.12025>
- McDermott, J., Troller-Renfree, S., Vanderwert, R., Nelson, C., Zeanah, C., & Fox, N. (2013). Psychosocial deprivation, executive functions, and the emergence of socio-emotional behavior problems. *Frontiers in human neuroscience*, 7 (167), 1- 11. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00167>
- McIsaac, J. D., Lamptey, D., Harley, J., MacQuarrie, M., Cummings, R., Rossiter, M. D., Janus, M., & Turner, J. (2022). Early pandemic impacts on family environments that shape childhood development and health: A Canadian study. *Child: Care, Health & Development*, 48(6), 1122–1133. <https://doi.org/10.1111/cch.13046>

- Melo, A. I. (2005). Emoções no período escolar: Estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança. Tese de mestrado, Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/4926>
- Merz, E. & McCall, R. (2011). Parent ratings of executive functioning in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52 (5), 537–546. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02335.x>
- Miller, A. L., Song, J. H., Sturza, J., Lumeng, J. C., Rosenblum, K., Kaciroti, N., & Vazquez, D. M. (2017). Child cortisol moderates the association between family routines and emotion regulation in low-income children. *Developmental psychobiology*, 59(1), 99-110. doi: 10.1002/dev.21471
- Mota, C., Matos, P. (2008). Adolescência e Institucionalização numa perspetiva de Vinculação. *Psicologia e Sociedade* 20 (3), pp. 367-377.
- Nieto, M., Motos, B., Navarro, B., Jimeno, M. V., Fernández, A. L., Ros, L., Ricarte, J. J., & Latorre, J. M. (2022). Relation between nighttime sleep duration and executive functioning in a nonclinical sample of preschool children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(3), 191–198. <https://doi.org/10.1111/sjop.12801>
- Owens, J. (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: An update on causes and consequences. *Pediatrics*, 134 (3), e921-e932. DOI: 10.1542/peds.2014-1696
- Pali, E., Marshall, R., & DiLalla, L. (2022). The effects of parenting styles and parental positivity on preschoolers' self-perception. *Social Development*, 31(2), 356–371. <https://doi.org/10.1111/sode.12554>
- Piaget, J. (1958). *A Psicologia da Inteligência*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura.
- Piaget, J. (1977). *O desenvolvimento do pensamento: Equilibração das estruturas cognitivas*. Lisboa: Dom Quixote.
- Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 27 (4), 509-521. <https://doi.org/10.14417/ap.244>
- Pons, F., Lawson, J., Harris, P. L., & de Rosnay, M. (2003). Individual differences in children's emotion understanding: Effects of age and language. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44(4), 347–353. doi:10.1111/1467-9450.00354

- Randazzo, A. C., Muehlbach, M. J., Schweitzer, P. K., & Walsh, J. K. (1998). Cognitive function following acute sleep restriction in children ages 10-14. *Sleep*, 21 (8), 861–868.
- Randler, C., Faßl, C., & Kalb, N. (2017). From Lark to Owl: Developmental changes in morningness-eveningness from new-borns to early adulthood. *Scientific Reports*. <https://doi.org/10.1038/srep45874>
- Reis, V. J. O. (2009). *Crianças e jovens em risco:(Contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10316/11781>.
- Rhee, M. K., Lee, K. M., & Kripke, D. F. (2012). Evaluation of two circadian rhythm questionnaires for screening for the delayed Sleep phase disorder. *Korean Neuropsychiatric Association*, 9(3), 236-244.
- Rimsza, M. E., Berg, R. A., & Locke, C. (1988). Sexual abuse: somatic and emotional reactions. *Child Abuse & Neglect*, 12(2), 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104309>
- Rodrigues, P., Marques, D., & Gomes, A. (2019). Differences in Early Maladaptive Schemas between Young Adults Displaying Poor Versus Good Sleep Quality. *Psychiatric Quarterly*, 90 (4), 733–746. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09662-z>
- Roenneberg, T., Kuehnle, T., Juda, M., Kantermann, T., Allebrandt, K., Gordijn, M., & Mrosovsky, M. (2007). Epidemiology of the human circadian clock. *Sleep Medicine Reviews*, 11(6), 429-438. doi:10.1016/j.smr.2007.07.005
- Roenneberg, T., Kuehnle, T., Pramstaller, P. P., Ricken, J., Havel, M., Guth, A., & Mrosovsky, M. (2004). A marker for the end of adolescence. *Current Biology*, 14(24), 1038-1039. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2004.11.039>
- Roenneberg, T., Wirz-Justice, A., & Mrosovsky, M. (2003). Life between clocks: Daily temporal patterns of human chronotypes. *Journal of Biological Rhythms*, 18(1), 80– 90. <https://doi.org/10.1177/0748730402239679>
- Rudy, D., & Grusec, J. E. (2001). Correlates of authoritarian parenting in individualist and collectivist cultures and implications for understanding the transmission of values. <https://doi.org/10.1177/0022022101032002007>
- Sá, V. (2017). *Estilos parentais e compreensão emocional de crianças em idade pré-escolar* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10071/15436>

- Sadeh, A., Gruber, R., & Raviv, A. (2002). Sleep, neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children. *Child development*, 73 (2), 405–417. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00414>
- Santos, L., Sousa, R., Pinheiro, M. do R., & Rijo, D. (2021). Development and Validation of the Current Experiences of Warmth and Safeness Scale in Community and Residential Care Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(6), 1118–1130. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01090-6>
- Schlarb, A. A., Lollies, F., & Claßen, M. (2016). Cortisol and sleep in infancy and early childhood. *Somnologie*, 20(3), 199-211. <https://doi.org/10.1007/s11818-016-0068-2>
- Seixas, S. (2014). Da neurobiologia das relações precoces à neuroeducação. *Interações*, 10 (30), 44-71. <https://doi.org/10.25755/int.4025>
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation in school-aged children: The development of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology*, 33, 906- 916.
- Shochat, T., Cohen-Zion, M., & Tzischinsky, O. (2014). Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: A systematic review. *Sleep medicine reviews*, 18 (1), 75–87. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2013.03.005>
- Simões, M., Albuquerque, C., Salomé Pinho, M., Vilar, M., Pereira, M., & Lopes, A. et al. (2016). Bateria de avaliação neuropsicológica de Coimbra (BANC) (1st ed.). Coimbra: Cegoc.
- Sivertsen, B., Skogen, J. C., Jakobsen, R., & Hysing, M. (2015). Sleep and use of alcohol and drug in adolescence: A large population-based study of Norwegian adolescents aged 16 to 19 years. *Drug and alcohol dependence*, 149, 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.045>
- Society for Research in Child Development (2008). Theoretical, empirical, and practical rationale. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73 (3), 1-15.
- Sousa Filho, P. & Alencar, E. (2003). Habilidades de pensamento criativo em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. *Revista Estudos de Psicologia: Campinas*, 20 (3), 23-35. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2003000300002>
- Sousa, M., Cruz, S., & Cruz, O. (2021). The relationship of emotion regulation and negative lability with socioemotional adjustment in institutionalized and non-

- institutionalized children. *British Journal of Developmental Psychology*, 39 (1), 169–189. DOI: 10.1111/bjdp.12361
- Sousa, M., Cruz, S., & Cruz, O. (2021). The relationship of emotion regulation and negative lability with socioemotional adjustment in institutionalized and non-institutionalized children. *British Journal of Developmental Psychology*, 39 (1), 169–189. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12361>
- Steenari, M., Vuontela, V., Paavonen, E., Carlson, S., Fjallberg, M., & Aronen, E. (2003). Workingmemory and sleep in 6-to 13-year-old schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (1), 85–92. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00014>
- Tarullo, A., Bruce, J., & Gunnar, M. (2007). False Belief and Emotion Understanding in Post-institutionalized Children. *Review of Social Development*, 16 (1), 58-78. DOI: 10.1111/j.1467-9507.2007.00372.x
- Taylor, J., Cheers B., Weetra, C., & Gentle, I. (2004). Supporting community solutions to family violence. *Australian Social Work*, 57 (1), 71-83. DOI: 10.1111/j.0312-407X.2003.00115.x
- Tetik, N. & Sen, G. (2021). Impact of adolescents' sleeping problems and habits on the qualityof their sleep. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 8 (2), 118-125. DOI: 10.4274/jtsm.galenos.2021.52523
- Thompson, R. A., Simpson, J. A., & Berlin, L. J. (2022). Taking perspective on attachment theory and research: nine fundamental questions. *Attachment & Human Development*, 24(5), 543–560. <https://doi.org/10.1080/14616734.2022.2030132>
- Timo-Iaria, C. & Valle, A. (2009). Physiology of dreaming. *Sleep Science*, 2 (2), 99-115.
- Tizard, B., & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the developmentof eight year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 99-118.
- Toulouse, E., Vaschide, N., & Piéron, H. (1904). *Technique de Psychologie Expérimentale* [Technic of Experimental Psychology]
- Troller-Renfree, S., Nelson, C., Zeanah, C., & Fox, N. (2016). Deficits in error monitoringare associated with externalizing but not internalizing behaviors among children with a history of institutionalization. *Journal of Child*

*Psychology and Psychiatry* 57 (10), 1145–1153. DOI: 10.1111/jcpp.12604

- Turner, S., Menzies, C., Fortier, J., Garces, I., Struck, S., Taillieu, T., ... & Afifi, T. O. (2020). Child maltreatment and sleep problems among adolescents in Ontario: a cross sectional study. *Child abuse & neglect*, 99, 104309. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104309>
- Vacaru, V., Sterkenburg, P., & Schuengel, C. (2018). Self-concept in institutionalized children with disturbed attachment: The mediating role of exploratory behaviours. *Child: Care, Health & Development*, 44 (3), 476–484. <https://doi.org/10.1111/cch.12521>
- Vaughn, B. E., Elmore-Staton, L., Shin, N., & El-Sheikh, M. (2015). Sleep as a Support for Social Competence, Peer Relations, and Cognitive Functioning in Preschool Children. *Behavioral Sleep Medicine*, 13 (2), 92–106. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.845778>
- Vriend, J., Davidson, F., Corkum, P., Rusak, B., Chambers, C., & McLaughlin, E. (2013). Manipulating sleep duration alters emotional functioning and cognitive performance in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 38 (10), 1058–1069. DOI: 10.1093/jpepsy/jst033
- Wade, M., Carroll, D., Fox, N. A., Zeanah, C. H., & Nelson, C. A. (2022). Associations between Early Psychosocial Deprivation, Cognitive and Psychiatric Morbidity, and Risk-taking Behavior in Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51 (6), 850–863. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1864737>
- Wade, M., Zeanah, C. H., Fox, N. A., & Nelson, C. A. (2020). Social communication deficits following early-life deprivation and relation to psychopathology: a randomized clinical trial of foster care. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 61(12), 1360–1369. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13222>
- Wahistrom, K. (2002). Changing times: Findings from the first longitudinal study of later high school start times. *NASSP Bulletin*, 86 (633), 3–21. <https://doi.org/10.1177/019263650208663302>
- Wamser-Nanney, R., & Chesher, R. E. (2018). Trauma characteristics and sleep impairment among trauma-exposed children. *Child abuse & neglect*, 76, 469–479. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.020>
- Werner, H., LeBourgeois, M. K., Geiger, A., & Jenni, O. G. (2009). Assessment of

- Chronotype in four- to eleven-year-old children: Reliability and Validity of the Children's Chronotype Questionnaire (CCTQ). *Chronobiology International*, 26, 992-1014. doi:10.1080/07420520903044505
- Wittmann, M., Dinich, J., Merrow, M., & Roenneberg, T. (2006). Social jetlag: Misalignment of biological and social time. *Chronobiology International*, 23(1–2), 497–509. <https://doi.org/10.1080/07420520500545979>
- Wolfson, A. R., & Carskadon, M. A. (1998). Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child development*, 69 (4), 875–887.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Preziosa, A., Veglia, F., & Carassa, A. (2015). Attachment Representation in Institutionalized Children: A Preliminary Study Using the Child Attachment Interview. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(2), 165–175. <https://doi.org/10.1002/cpp.1882>
- Zeanah, C. H., Egger, H. L., Smyke, A. T., Nelson, C. A., Fox, N. A., Marshall, P. J., & Guthrie, D. (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *The American journal of psychiatry*, 166 (7), 777–785. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.0809143>
- Zimmermann, L. K. (2016). The influence of chronotype in the daily lives of young children. *Chronobiology International*, 33(3), 268–279. <https://doi.org/10.3109/07420528.2016.1138120>

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Acordo de Consentimento Informado CI**

### **Consentimento Informado para Encarregados/as de Educação**

O meu nome é Patrícia Duarte Silvestre, sou Psicóloga Clínica, estudante do Mestrado em Psicologia na Universidade Autónoma de Lisboa.

O presente estudo decorre no âmbito da minha Dissertação de Mestrado e visa a realização de uma investigação científica que tem como foco a comparação entre dois grupos – um composto por uma amostra de crianças não institucionalizadas (CNI) e o outro composto por crianças que se encontram institucionalizadas (CI) -, nos seguintes parâmetros e através da aplicação dos respetivos instrumentos psicométricos:

- A avaliação de determinadas **competências em sala de aula** das crianças, nomeadamente, a atenção, a concentração, o poder de realização e a resistência à fadiga — através da aplicação do “Teste Cancelamento de Sinais (BANC)” (Toulouse & Piéron, 1904, adaptado para a população portuguesa por Simões et al. 2016), que deverá ser respondido pela criança;
- A **regulação emocional**, através da aplicação do teste “Escala de Regulação Emocional – ERE” (Shields & Cicchetti, 1997, adaptado para a população portuguesa por Alves, 2013), que deverá ser respondido pelo/a Encarregado/a de Educação;
- A **qualidade do sono**, através da aplicação do “Questionário de Cronótipo em Crianças - QCTC” (Werner et al., 2009, adaptado para a população portuguesa por Couto et al., 2014), que deverá ser respondido pelo/a Encarregado/a de Educação.

A participação neste estudo é voluntária, pelo que não comporta um caráter de obrigatoriedade de resposta. Deste modo, o/a participante tem liberdade para pausar e interromper a participação no estudo, a qualquer momento.

Todos os dados obtidos serão tratados com o máximo de sigilo, anonimato dos/as participantes e confidencialidade das respostas fornecidas.

Os resultados do estudo serão utilizados, unicamente, para fins de investigação académica e, após a conclusão da mesma, serão destruídos.

### **Declaração de Consentimento Informado**

Declaro que tomei conhecimento das condições de participação nesta investigação científica e que todas as minhas questões e dúvidas foram devidamente esclarecidas, pelo que dou o meu consentimento para que eu, \_\_\_\_\_  
(nome), \_\_\_\_\_ (função na instituição), e  
o/a meu/minha educando/a \_\_\_\_\_,  
acolhido/a \_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_ instituição  
\_\_\_\_\_, participemos no estudo referido.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do/a responsável pela criança)

*Muito obrigada pela sua participação!*

## Anexo II – Acordo de Consentimento Informado CNI

### Consentimento Informado para Encarregados/as de Educação

Caros/as pais, mães e familiares Encarregados/as de Educação,

O meu nome é Patrícia Silvestre e sou estudante de Mestrado em Psicologia na Universidade Autónoma de Lisboa.

O presente estudo decorre no âmbito da minha Dissertação de Mestrado e visa a realização de uma investigação científica que tem como foco a comparação entre dois grupos - um *grupo* composto por uma amostra de crianças não institucionalizadas (CNI) e outro *grupo* composto por crianças que se encontram institucionalizadas (CI) -, nos seguintes parâmetros e através dos respetivos instrumentos psicométricos:

- A avaliação de determinadas **competências cognitivas** das crianças, nomeadamente, a *atenção*, a *concentração*, o *poder de realização* e a *resistência à fadiga* — através da aplicação do “*Teste de Atenção Concentrada de Toulouse-Piéron*” (Toulouse & Piéron, 1904, adaptado para a população portuguesa por Amaral, 1967), que deverá ser respondido pela criança;
- A **regulação emocional**, através da aplicação do teste “*Emotion Regulation Checklist - ERC*” (Shields & Cicchetti, 1997, adaptado para a população portuguesa por Melo, 2005), que deverá ser respondido pelo/a Encarregado/a de Educação;
- A **qualidade do sono**, através da aplicação do “*Questionário de Cronótipo em Crianças - QCTC*” (Werner et al., 2009, adaptado para a população portuguesa por Couto et al., 2014), que deverá ser respondido pelo/a Encarregado/a de Educação.

A participação neste estudo é voluntária, pelo que não comporta um caráter de obrigatoriedade. Deste modo, o/a participante tem liberdade para pausar e interromper a participação no estudo, a qualquer momento.

Todos os dados obtidos serão tratados com o máximo de sigilo, anonimato dos/as participantes e confidencialidade das respostas fornecidas.

Os resultados do estudo serão utilizados, unicamente, para fins de investigação académica e, após a conclusão da mesma, serão destruídos.

### **Declaração de Consentimento Informado**

Declaro que tomei conhecimento das condições de participação nesta investigação científica e que todas as minhas questões e dúvidas foram devidamente esclarecidas, pelo que dou o meu consentimento para que eu,

\_\_\_\_\_ (nome),

\_\_\_\_\_ (parentesco à criança), e o/a meu/minha educando/a

\_\_\_\_\_ participemos no estudo referido.

\_\_\_\_\_

(Assinatura do/a Encarregado/a de Educação)

*Muito obrigada pela sua participação!*

## Anexo III – Autorização de Colaboração SCML



## Anexo IV – Escala de Regulação Emocional



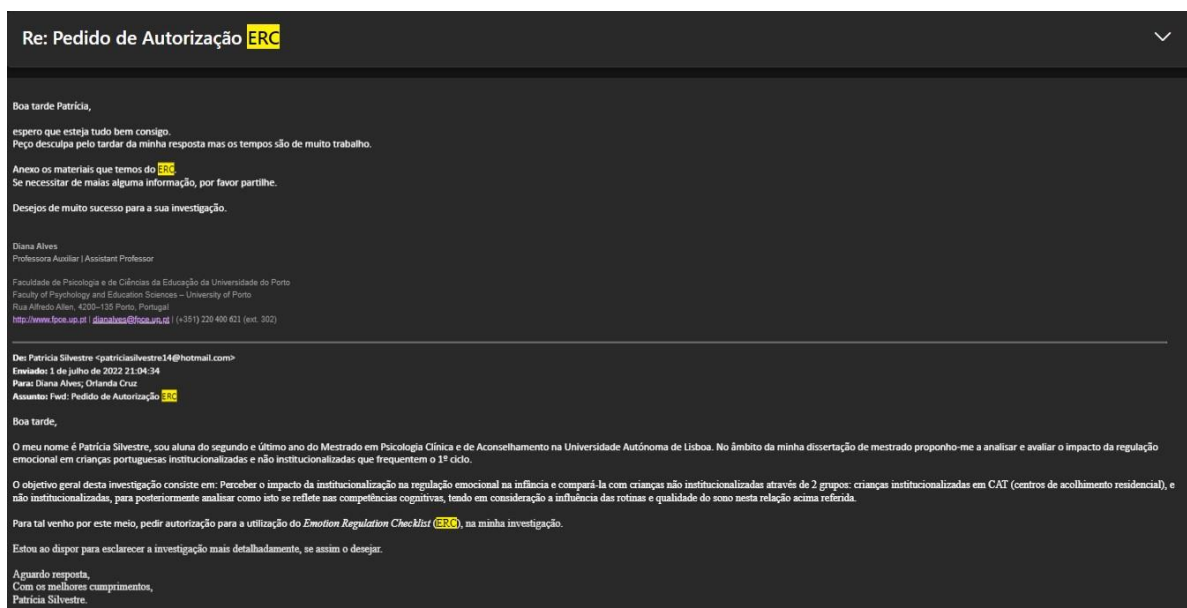
### Questionário Regulação Emocional (ERC, Shields & Cicchetti, 1997)

Por favor leia as afirmações seguintes e coloque uma cruz (x), ou um círculo (0) na opção que melhor identifica aquilo que acontece com o/a seu/sua aluno/a, conforme acha que os comportamentos descritos acontecem Sempre (4), Frequentemente (3), Algumas vezes (2) ou Nunca (1).

|                                                                                                                                                                                                | Nunca | Algumas vezes | Muitas vezes | Sempre |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|--------------|--------|
|                                                                                                                                                                                                | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 1. É uma criança alegre                                                                                                                                                                        | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 2. Mostra grandes mudanças de humor (é difícil antecipar o seu estado do humor porque muda rapidamente de um humor positivo para o negativo)                                                   | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 3. Responde positivamente a uma interação amigável ou neutral por parte de adultos                                                                                                             | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 4. Muda facilmente de uma actividade para a outra; não fica ansioso/a, zangado/a ou demasiado agitado/a quando passa de uma actividade para a outra                                            | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 5. Consegue recuperar facilmente face a situações perturbadoras (por exemplo, não fica amuado/a, mal humorado/a ou rabugento/a após situações emocionalmente perturbadoras)                    | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 6. Fica frustrado/a facilmente                                                                                                                                                                 | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 7. Responde positivamente a uma interação amigável ou neutral por parte dos amigos                                                                                                             | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 8. Tem acessos de fúria ou explosões de mau-humor com facilidade                                                                                                                               | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 9. É capaz de adiar uma gratificação (por exemplo, é capaz de esperar por algo que lhe agrada muito e que sabe que vai receber ou acontecer mais tarde)                                        | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 10. Sente satisfação com o mal dos outros (por exemplo, ri quando outra pessoa se magoa ou é castigada; gosta de irritar os outros)                                                            | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 11. Em situações emocionalmente intensas controla a sua euforia de forma adequada às situações, nomeadamente em jogos em que se entusiasma muito ou que envolvam uma actividade física intensa | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 12. É muito choramingas com adultos, é muito agarrado/a a estes                                                                                                                                | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 13. Tem tendência para apresentar explosões desajustadas de energia e exuberância                                                                                                              | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 14. Fica zangado/a quando os adultos impõem limites                                                                                                                                            | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 15. Sabe dizer quando se sente triste, zangado/a, ou com medo                                                                                                                                  | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 16. Parece uma criança triste e apática                                                                                                                                                        | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 17. É muito exuberante quanto tenta envolver os outros no seu jogo                                                                                                                             | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 18. É pouco expressivo/a (a criança parece emocionalmente distante)                                                                                                                            | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 19. Responde negativamente a aproximações amigáveis ou neutrais por parte dos amigos (por exemplo, responde num tom de voz zangado ou amedrontado)                                             | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 20. É impulsivo/a                                                                                                                                                                              | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 21. É empático/a com os outros, mostra preocupação quando os outros estão aborrecidos ou tristes                                                                                               | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 22. Revela uma exuberância que os outros sentem como invasiva ou desajustada                                                                                                                   | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 23. Revela emoções negativas apropriadas (zanga, medo, frustração e tristeza)                                                                                                                  | 1     | 2             | 3            | 4      |
| 24. Revela emoções negativas quando tenta envolver os outros no seu jogo                                                                                                                       | 1     | 2             | 3            | 4      |

(Versão Traduzida e Adaptada com autorização dos autores por Diana Alves e Orlanda Cruz, 2011).

## Anexo V – Escala de Regulação Emocional – Autorização



## Anexo VI - Questionário de Cronótipo em Crianças



### Questionário de Cronótipo em Crianças (QCTC)

Children's ChronoType Questionnaire (CCTQ) - H. Werner, M.K. LeBourgeois, A. Geiger & O. G. Jenni, 2009, Child Development Center, University Children's Hospital Zurich, Zurich, Switzerland | Adapt. Portuguesa autorizada: D. A. Couto, A. A. Gomes, M. H. Azevedo & C. F. Silva, 2013 - Universidade de Aveiro - Dep. Educação e IBILI-FM-UC - Projeto FCT Ref.: PTDC/PSI-EDD/120003/2010.

O presente questionário pretende conhecer aspetos do sono de crianças dos 4 aos 11 anos.  
Por favor, leia atentamente todas as questões e escolha a resposta que melhor se adequa a cada uma delas.

- Data de preenchimento do questionário: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dia/mês/ano)

- Pessoa que conhece melhor a criança, principalmente ao nível do sono:

Mãe ☐ Pai ☐ Outra pessoa ☐ especifique: \_\_\_\_\_

- Questionário respondido por:

Mãe ☐ Pai ☐ Outra pessoa ☐ especifique: \_\_\_\_\_

- Sexo da criança: Masculino ☐ Feminino ☐

- Data de nascimento da criança: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dia/mês/ano)

- Idade da criança: \_\_\_\_ anos

- Por favor indique a ordem de nascimento da criança (por exemplo, 1º filho, 3º filho): \_\_\_\_

- A criança é filha única? Sim ☐ Não ☐

- No seu agregado familiar, existem \_\_\_\_ crianças e \_\_\_\_ adolescentes.

- Todas as crianças e adolescentes no seu agregado familiar têm os mesmos pais biológicos? Sim ☐ Não ☐

Escola que frequenta a criança:

Não frequenta ☐ Jardim de Infância ☐ Escola do Ensino Básico ☐ \_\_\_\_º ano

. Se frequenta, quantos dias por semana? \_\_\_\_

. Habitualmente, em média, quantas horas por dia? \_\_\_\_

. Habitualmente, a que horas a criança entra na escola? \_\_\_\_

A criança frequenta Atividades de Enriquecimento Curricular («AECs») na escola? Sim ☐ Não ☐

. Se sim, quantos dias por semana? \_\_\_\_ Habitualmente, quantas horas por dia? \_\_\_\_

A criança frequenta outras atividades extracurriculares? Sim ☐ Não ☐

. Se sim, quantos dias por semana? \_\_\_\_ Habitualmente, quantas horas por dia? \_\_\_\_

A criança frequenta ATL e/ou Componente de Apoio à Família? Sim ☐ Não ☐

. Se sim, quantos dias por semana? \_\_\_\_ Habitualmente, quantas horas por dia? \_\_\_\_

**Indicações:** As próximas questões relacionam-se com os padrões de sono-vigília da criança, comparando “Dias Livres” e “Dias com Horários”. Ao responder a estas questões, pense no comportamento da criança nas últimas semanas. Caso a criança não tenha os mesmos horários todos os dias, responda de acordo com o que acontece mais vezes (por exemplo, se a criança entra no Jardim de Infância às 7h00 dois dias por semana mas entra às 9h00 na maior parte dos dias, então responda como se a criança entrasse sempre às 9h00).

#### ***Dias com Horários***

Dias em que há horários a cumprir na escola, por causa do trabalho da família ou devido a outras atividades com horários marcados (por exemplo, desporto, música, escuteiros, etc).

Em *Dias com Horários*, a criança...

1. Acorda às \_\_\_\_h \_\_\_\_min
2. Habitualmente, acorda:     por si própria ☐  
                                          com ajuda de um familiar ☐  
                                          com despertador ☐
3. Levanta-se às \_\_\_\_h \_\_\_\_min
4. Está totalmente acordada às \_\_\_\_h \_\_\_\_min
5. Faz sesta regular:

Sim ☐     Faz sesta \_\_\_\_ dias por semana  
                                          Numa sesta típica quanto tempo costuma dormir? \_\_\_\_ minutos

Não ☐     Porquê? \_\_\_\_\_

Na véspera de um *Dia com Horários*, a criança...

6. Está na cama (quer dizer, já deitada dentro da cama) às \_\_\_\_h \_\_\_\_min
7. Depois de deitada, está pronta para adormecer (por exemplo, a luz do quarto é apagada) às \_\_\_\_h \_\_\_\_min
8. A seguir, demora \_\_\_\_ minutos para adormecer

#### ***Dias Livres***

Dias em que não há horários a cumprir, ou seja, os padrões de sono-vigília da criança estão “livres” da influência das atividades da criança e/ou da família, como a escola, o trabalho, etc.

Em *Dias Livres*, a criança...

9. Habitualmente acorda às \_\_\_\_h \_\_\_\_min
10. Acorda à hora habitual dos dias com horários, mas depois volta a adormecer:     Sim ☐     Não ☐  
    a. Se sim, volta a adormecer \_\_\_\_ minutos depois de acordar
11. Levanta-se às \_\_\_\_h \_\_\_\_min
12. Está totalmente acordada às \_\_\_\_h \_\_\_\_min
13. Faz sesta regular:

Sim ☐     Faz sesta \_\_\_\_ dias por semana  
                                          Numa sesta típica quanto tempo costuma dormir? \_\_\_\_ minutos

Não ☐     Porquê? \_\_\_\_\_

Na véspera de um *Dia Livre*, a criança...

14. Está na cama (quer dizer, já deitada dentro da cama) às \_\_\_\_h \_\_\_\_min
15. Depois de deitada, está pronta para adormecer (por exemplo, a luz do quarto é apagada) às \_\_\_\_h \_\_\_\_min
16. A seguir, demora \_\_\_\_ minutos para adormecer

---

**Indicações:** Para as próximas questões, por favor selecione a resposta que melhor descreve a criança, baseando-se no seu comportamento nas últimas semanas. Não existem respostas certas ou erradas, apenas aquela que considera que mais se adequa à criança. Assinale a resposta, desenhando um círculo à volta da letra correspondente.

---

17. Em que medida é difícil acordar a criança de manhã?
- Muito difícil
  - Difícil
  - Mais ou menos difícil
  - Ligeiramente difícil
  - Nada difícil / A criança nunca precisa de ser acordada
18. De manhã, na primeira meia hora depois de acordar, em que medida a criança está desperta?
- Nada desperta
  - Ligeiramente desperta
  - Mais ou menos desperta
  - Desperta
  - Muito desperta
19. Considerando o ritmo em que a sua criança se sente melhor, a que horas ela se levantaria se a deixassem escolher livremente?
- Antes das 6h30
  - 6h30 – 7h14
  - 7h15 – 9h29
  - 9h30 – 10h14
  - 10h15 ou mais tarde (por favor, especifique: \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min)
20. Considerando o ritmo em que a sua criança se sente melhor, a que horas ela se deitaria se a deixassem escolher livremente?
- Antes das 18h59
  - 19h00 – 19h59
  - 20h00 – 21h59
  - 22h00 – 22h59
  - 23h00 ou mais tarde (por favor, especifique: \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min)
21. Suponha que a criança tem de estar no seu melhor nível de desempenho para uma tarefa de avaliação, com a duração de 2 horas, que vai ser mentalmente esgotante. Imagine que podia escolher livremente o horário de acordo com o ritmo em que a sua criança se sente melhor. Dos três horários seguintes, qual escolheria para a realização do teste?
- 7h00 – 11h00
  - 11h00 – 15h00
  - 15h00 – 20h00
22. Suponha que decidiu inscrever a criança numa atividade extracurricular desportiva (por exemplo, natação) e a única turma disponível   duas vezes por semana, das 7h00 às 8h00 da manhã. Como pensa que seria o desempenho da criança?
- Estaria em muito boa forma
  - Estaria em boa forma
  - Estaria em forma razoável
  - Acharia difícil
  - Acharia muito difícil

23. À noite, a que horas a criança parece cansada e com necessidade de ir dormir?

- a. Antes das 18h30
- b. 18h30 – 19h14
- c. 19h15 – 21h29
- d. 21h30 – 22h14
- e. 22h15 ou mais tarde (por favor, especifique: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min)

24. Se a criança tivesse de acordar todos os dias às 6h00 da manhã, como pensa que isso seria para ela?

- a. Muito difícil
- b. Difícil
- c. Mais ou menos difícil
- d. Ligeiramente difícil, mas sem grandes problemas
- e. Nada difícil

25. Nesta pergunta, responda apenas à secção relacionada com a idade da sua criança.

*Se a sua criança tem **entre 4 e 7 anos**, deve responder a esta questão (e não à do lado direito):*

Se a criança tivesse de se deitar às **20h00**, como pensa que isso seria para ela?

*Se a sua criança tem **entre 8 e 11 anos**, deve responder a esta questão (e não à do lado esquerdo):*

Se a criança tivesse de se deitar às **20h30**, como pensa que isso seria para ela?

- a. Muito difícil
- b. Difícil
- c. Mais ou menos difícil
- d. Ligeiramente difícil
- e. Nada difícil

26. De manhã, depois de se levantar de uma noite de sono, habitualmente quanto tempo a criança demora até ficar completamente acordada?

- a. Imediatamente
- b. 1 a 4 minutos
- c. 5 a 10 minutos
- d. 11 a 20 minutos
- e. Mais de 20 minutos

---

**Indicações:** Após responder às questões anteriores, já terá formado uma ideia sobre qual o “cronótipo” ou “tipo diurno” da criança. Por exemplo, se ela prefere dormir até mais tarde nos “dias livres” do que nos “dias com horários”, ou se tem dificuldades em sair da cama nas manhãs de segunda-feira, é provável que seja do Tipo Noturno (“coruja”). Se, por outro lado, a criança acorda habitualmente à mesma hora, sente-se desperta mal sai da cama e prefere deitar-se cedo (em vez de mais tarde), é provável que seja do Tipo Madrugador (“cotovia”). Por favor, assinale qual das seguintes categorias melhor define a criança. Por favor, escolha apenas uma das opções.

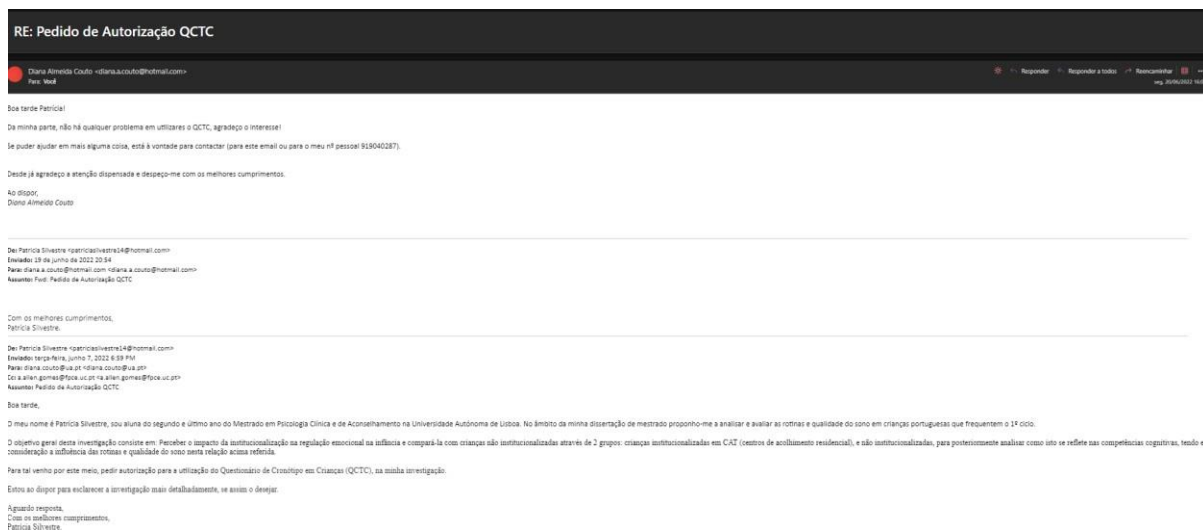
---

27. A criança é...

- a. Sem dúvida do Tipo Madrugador
- b. Mais madrugadora do que noturna
- c. Nem madrugadora nem noturna
- d. Mais noturna do que madrugadora
- e. Sem dúvida do Tipo Noturno
- f. Não sei

Muito obrigado pela sua colaboração!

## Anexo VII - Questionário de Cronótipo em Crianças – Autorização



## Anexo VIII – Questionário Sociodemográfico CI

### Questionário Sociodemográfico

Grupo (CI)

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Género: \_\_\_\_\_
4. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
  - 4.1. E naturalidade: \_\_\_\_\_
5. Qual o ano de escolaridade que frequenta? \_\_\_\_\_
  - 5.1. Já teve alguma retenção escolar? \_\_\_\_\_
6. Em relação à família:
  - 6.1. Qual é a profissão do pai? \_\_\_\_\_
    - 6.1.1. Tem emprego atualmente? \_\_\_\_\_
  - 6.2. Qual é a profissão da mãe? \_\_\_\_\_
    - 6.2.1. Tem emprego atualmente? \_\_\_\_\_

Se posteriormente à institucionalização não estava ao cuidado do pai e da mãe:

Grau de Parentesco do cuidador: \_\_\_\_\_
  - 6.3. Tem irmãos/irmãs? \_\_\_\_\_

Se sim:

    - 6.3.1. Quantos/as? \_\_\_\_\_
    - 6.3.2. Estão institucionalizados? \_\_\_\_\_
    - 6.3.3. São do mesmo pai e mãe? \_\_\_\_\_

Se não:

      - 6.3.3.1. De que progenitor? \_\_\_\_\_
7. Em relação ao teu acolhimento na instituição:
  - 7.1. Há quanto tempo está institucionalizado/a? \_\_\_\_\_

7.2. Motivo da institucionalização \_\_\_\_\_

7.3. Mantém contacto com a família? \_\_\_\_\_

Se sim:

7.3.1. Com que frequência? \_\_\_\_\_

7.3.2. De que forma ocorrem os contactos? \_\_\_\_\_

8. Existe conhecimento de alguma perturbação da fala e/ou linguagem? \_\_\_\_\_

9. Frequenta ou frequentou qualquer tipo de apoio psicológico e/ou psiquiátrico? \_\_\_\_\_

10. Carece de algum diagnóstico de doença mental grave? \_\_\_\_\_

## Anexo IX – Questionário Sociodemográfico CNI

### Questionário Sociodemográfico

Grupo (CNI)

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Género: \_\_\_\_\_
4. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
  - 4.1. E naturalidade: \_\_\_\_\_
5. Qual o ano de escolaridade que frequenta? \_\_\_\_\_
  - 5.1. Já teve alguma retenção escolar? \_\_\_\_\_
6. Com quem vive? \_\_\_\_\_
7. Qual é a profissão do teu pai? \_\_\_\_\_
  - 7.1. Tem emprego atualmente? \_\_\_\_\_
8. Qual é a profissão da tua mãe? \_\_\_\_\_
  - 8.1. Tem emprego atualmente? \_\_\_\_\_
9. Tens irmãos/irmãs? \_\_\_\_\_

Se sim:

  - 9.1. Quantos irmãos/irmãs tens? \_\_\_\_\_
  - 9.2. Que idades têm? \_\_\_\_\_
10. Existe conhecimento de alguma perturbação da fala e/ou linguagem? \_\_\_\_\_
11. Frequenta ou frequentou qualquer tipo de apoio psicológico e/ou psiquiátrico? \_\_\_\_\_
12. Carece de algum diagnóstico de doença mental grave? \_\_\_\_\_

## Formulário de Registo

O preenchimento deste **Formulário de Registo** e a assinatura do **Termo de Responsabilidade** e do **Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais** que o acompanha são dados indispensáveis para que os profissionais, organizações/instituições e/ou empresas possam adquirir os materiais de avaliação e de intervenção comercializados pela Editora Hogrefe.

Se está a adquirir materiais de avaliação e de intervenção psicológica a título individual, apenas necessita de preencher este primeiro bloco de dados de identificação e de assinar o final desta página, no local reservado para o efeito, assim como o Termo de Responsabilidade e o Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais que se encontram na página seguinte.

Se a aquisição dos materiais de intervenção e de avaliação psicológica for feita por uma instituição/organização/empresa, na qual será o (a) profissional responsável pela sua utilização, deverá preencher os dois blocos de dados de identificação (do Profissional e da Instituição) e assinar o final desta página, no local reservado para o efeito, assim como o Termo de Responsabilidade e o Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais que se encontram na página seguinte.

### Dados de Identificação, Académicos e Profissionais

do Profissional que será responsável pela utilização dos materiais de avaliação e/ou de intervenção psicológica comercializados pela Editora Hogrefe

Nome: Patrícia Duarte Silvestre

Morada: Rua D. Filipa de Lencastre 2 2ºdto

Código Postal: 2700-264

Localidade: Amadora

NIF: 268088314

Tel.: 961827047

E-mail: patriciasilvestre14@hotmail.com

Habilitações Literárias: Mestrado

Instituição de Ensino: Universidade Autónoma de Lisboa

No. de Cédula Profissional (se aplicável): \_\_\_\_\_

Está interessado(a) em receber os nossos catálogos de testes, de livros e de formação? ☒ Sim ☐ Não

Está interessado(a) em receber a nossa newsletter? ☐ Sim ☒ Não

### Dados da Instituição/Organização/Empresa

Que adquiriu/irá adquirir materiais de avaliação e/ou de intervenção psicológica comercializados pela Editora Hogrefe

Apenas deverá preencher este bloco de informação se for o(a) profissional responsável pela utilização dos materiais de avaliação e de intervenção psicológica na referida instituição.

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

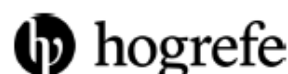
Declaro que a informação prestada neste formulário é verdadeira.

Assinatura: Patrícia Duarte Silvestre

Data: 24-01-2023

Por favor preencha, assine e digitalize este formulário, assim como o Termo de Responsabilidade e Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais anexos e devolva-os para testes@hogrefe.pt

Editora Hogrefe, Lda.  
Rua Mário de Azevedo Gomes, 2b | 1500-467 Lisboa  
Tel. 212 472 160



# Termo de Responsabilidade

Os instrumentos de avaliação e de intervenção publicados e distribuídos pela **Editores Hogrefe** requerem competências específicas, desenvolvidas em contexto de formação académica e profissional, que assegurem uma adequada utilização dos mesmos. Assim, a sua aquisição está, sem exceção, reservada aos utilizadores que comprovem a sua qualificação académica e profissional.

Em conformidade com os princípios definidos no **Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses**, com as orientações definidas nas **Diretrizes Internacionais para a Utilização de Testes**, com as normas éticas e profissionais estabelecidas pelas mais variadas organizações que regulam a utilização deste tipo de instrumentos e com o **Código dos Direitos de Autor e dos Direitos Conexos**, a Editora Hogrefe requer a assinatura do termo de responsabilidade abaixo que clarifica alguns aspetos fundamentais, relacionados com a utilização de materiais de avaliação e de intervenção psicológica (e outros) comercializados pela Editora Hogrefe.

Enquanto responsável pela utilização dos materiais de intervenção e de avaliação psicológica (e outros) comercializados pela Editora Hogrefe (seja a título individual, seja enquanto colaborador interno ou externo de uma empresa/organização/instituição) declaro expressamente que estou consciente dos seguintes aspetos:

- Apenas profissionais devidamente habilitados a realizar intervenções e/ou avaliações psicológicas podem utilizar os materiais específicos deste tipo de intervenção. A disponibilização destes materiais a profissionais não habilitados viola os princípios do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses e do Ato Psicológico.
- A disponibilização de materiais de avaliação psicológica (incluindo enunciados, itens ou grelhas de correção) a “não profissionais” (como é o caso de sujeitos alvo de avaliação, candidatos a processos de seleção, entre outros) viola os Princípios do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses e todas as orientações internacionais que regulam esta prática.
- Uma vez que apenas os profissionais devidamente habilitados a realizar intervenções e/ou avaliações psicológicas podem utilizar os materiais específicos deste tipo de intervenção, é da responsabilidade destes velarem pela segurança dos referidos materiais conservando-os em locais inacessíveis a pessoas não habilitadas.
- Todos os materiais comercializados pela Editora Hogrefe têm direitos de propriedade intelectual pelo que a sua reprodução, total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, digitalização, disponibilização nas redes sociais ou em qualquer outro sítio da internet, sem autorização expressa da Editora Hogrefe, é punível por lei.
- A Editora Hogrefe enquanto detentora dos direitos de comercialização dos materiais que disponibiliza ao mercado, é legalmente responsável pela tomada de medidas legais sempre que tenha conhecimento de algum tipo de violação do Código dos Direitos de Autor e dos Direitos Conexos.
- Em conformidade com o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses e do Ato Psicológico e com as orientações internacionais que regulam a prática da avaliação psicológica, é da responsabilidade da Editora Hogrefe comunicar às autoridades competentes a existência de práticas que, alegadamente, possam constituir-se como violações dos princípios e práticas definidos nessas diretrizes.

## Tratamento de Dados Pessoais

Todos os dados pessoais que nos fornecer serão tratados pela Editora Hogrefe, Lda. com a finalidade de gerir a relação comercial consigo e/ou com a sua instituição e de cumprir com disposições éticas e deontológicas que regulam os testes psicológicos.

Em circunstância alguma a Editora Hogrefe, Lda. utilizará os seus dados pessoais para outros fins que não os explicitados nas nossas comunicações consigo e/ou com a sua instituição.

Em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, poderá exercer os seus direitos de acesso, retificação, cancelamento, oposição e demais direitos nos termos estabelecidos na legislação em vigor, dirigindo-se ao nosso Responsável pela Proteção de Dados para o seguinte email: [contacto@hogrefe.pt](mailto:contacto@hogrefe.pt). Pode consultar a nossa política de privacidade em [www.hogrefe.pt](http://www.hogrefe.pt).

Tomei conhecimento do Termo de Responsabilidade e consinto o tratamento dos meus dados pessoais, nos termos anteriormente explicitados.

Sim ☒

Não ☐

Assinatura: Patricia Duarte Salgueiro

Data: 24-01-2023

Por favor preencha, assine e digitalize este Termo de Responsabilidade e o Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais e devolva-os para [testes@hogrefe.pt](mailto:testes@hogrefe.pt) juntamente com o Formulário de Registo.

Editores Hogrefe, Lda.  
Rua Mário de Azevedo Gomes, 2b | 1500-467 Lisboa  
Tel. 212 472 160

 hogrefe