

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



# **Recursos de resiliência e indicadores de psicopatologia em adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Ana Isabel Soares de Sousa

## **Orientadoras:**

Prof. Doutora Maria Cristina de Oliveira Salgado Nunes

Prof. Doutora Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

Faro

2017

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



# **Recursos de resiliência e indicadores de psicopatologia em adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Ana Isabel Soares de Sousa

## **Orientadoras:**

Prof. Doutora Maria Cristina de Oliveira Salgado Nunes

Prof. Doutora Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

Faro

2017

# **Recursos de resiliência e indicadores de psicopatologia em adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas**

## **Declaração de autoria de trabalho**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito.

Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

## **Copyright**

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja alvo de dado crédito ao autor e editor.

Dedico este trabalho a todas as meninas residentes na Instituição onde faço voluntariado, obrigada por serem “as minhas pitas”.

## **Agradecimentos**

Queria agradecer em primeiro lugar a todas as pessoas que contribuíram de algum modo para a elaboração desta dissertação de mestrado.

Às minhas orientadoras de dissertação, Professora Doutora Cristina Nunes e Professora Doutora Ida Lemos, pela sua dedicação, apoio e conhecimentos.

Às adolescentes que participaram neste estudo pela sua disponibilidade.

Aos técnicos das instituições onde foram recolhidos os dados pela sua colaboração.

Aos professores que cederam tempo de aula para o preenchimento dos inquéritos pelas alunas.

Queria também agradecer às pessoas que quem partilhei o meu percurso académico.

A todos os meus professores pelos conhecimentos que me transmitiram ao longo destes cinco anos de aprendizagem.

Aos meus colegas de curso por terem partilhado esta etapa comigo.

Queria igualmente agradecer a todas as pessoas que são fundamentais na minha vida.

À minha família pelo apoio e carinho, obrigada por serem um pilar fundamental na minha vida e por me terem transmitido valores essenciais que fazem de mim quem sou hoje.

Ao meu namorado pelo amor e dedicação, obrigada por seres quem és e por fazeres parte da minha vida, quero uma vida a teu lado para sempre.

Aos meus amigos pela amizade, companheirismo e bons momentos.

A todos vocês, muito obrigada.

## **Resumo**

As adolescentes institucionalizadas devido a risco psicossocial familiar (i.e., vulnerabilidade socioeconómica e parentalidade deficitária das famílias) são tidas como um grupo de risco para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos do tipo internalizado e externalizado. Uma vez que este é um grupo ainda pouco estudado em Portugal, procurou-se, neste estudo, comparar adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, do sexo feminino, acolhidas em instituições (N = 50) com adolescentes que residem com a sua família (N = 92) em relação a recursos de resiliência e a indicadores de psicopatologia.

Para esse efeito foram aplicados os seguintes instrumentos: escala de resiliência *Healthy Kids Resilience Assessment Module* – versão 6.0 (HKRAM), *Brief Symptom Inventory (BSI)*, Escala de Problemas de Comportamento da *Adolescent Psychopathology Scale - Short Form (APS)* e um questionário de dados sociodemográficos e familiares.

Os resultados obtidos neste estudo mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos no que se refere ao total de sintomas psicopatológicos, expresso pelo BSI, e ao total de problemas de comportamento, expresso pela escala APS, com as adolescentes institucionalizadas a pontuarem mais nestas duas escalas. Em relação à escala HKRAM, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas em relação ao Envolvimento com a Família (com níveis de mais baixos nas adolescentes institucionalizadas), ao Envolvimento com a Escola (com níveis mais elevados nas adolescentes institucionalizadas), à Empatia e ainda às Metas e Aspirações (com as adolescentes institucionalizadas a apresentarem pontuações mais baixas nestas duas dimensões).

Atendendo aos resultados obtidos, verificamos a importância de trabalhar as variáveis Envolvimento com a Família, Empatia e Metas e Aspirações junto das adolescentes institucionalizadas, bem como integrá-las em programas de promoção da Saúde Mental, que previnam a ocorrência de psicopatologia.

**Palavras-Chave:** Institucionalização; Psicopatologia; Problemas de Comportamento; Resiliência; Adolescência.

**Title** - Resilience resources and indicators of psychopathology in institutionalized and non-institutionalized adolescents

## **Abstract**

The adolescents institutionalized due to psychosocial risk (socioeconomic vulnerability and poor parent) are considered a group at risk for the development of psychopathological symptoms, both internalized and externalized. Because this is a group scarcely studied in Portugal, the aim of this study was to compare adolescents, aged between 12 and 19, placed in institutions for at risk children (N = 50) and adolescents living with their families (N = 92), concerning resilience resources and indicators of psychopathology. For this purpose, the following instruments were applied: Healthy Kids Resilience Assessment Module - version 6.0 (HKRAM), Brief Symptom Inventory (BSI), Behavior Scale of Adolescent Psychopathology Scale - Short Form (APS) and a questionnaire of sociodemographical and familiar data.

Statistically differences were found between the two groups regarding the psychopathological symptoms, expressed by BSI, and also concerning the behavior problems, expressed by the APS scale, with higher levels in both scales in the institutionalized adolescents. Regarding the HKRAM scale, statistically significant differences were found only in relation to Family Involvement (with institutionalized adolescents reporting lower levels of involvement), Involvement with the School (with institutionalized adolescents reporting higher levels of involvement), in Empathy and in Goals and Aspirations (with institutionalized adolescents presenting lower scores in these two dimensions). This results highlight the importance of working the variables Involvement with the Family, Empathy and Goals and Aspirations among the institutionalized adolescents, as well as integrating them into Mental Health promotion programs that prevent the occurrence of psychopathology.

**Key-words:** Institutionalization; Psychopathology; Behavior Problems; Resilience; Adolescence.

# Índice

Introdução .....	1
I. Enquadramento teórico .....	4
1. Adolescência e saúde mental .....	5
2. A resiliência .....	8
2.1. Definição e perspetiva histórica da resiliência .....	8
2.2. Fatores de proteção, fatores de risco e vulnerabilidade .....	11
2.3. Modelo conceptual de resiliência e desenvolvimento na adolescência de Benard .....	12
3. A institucionalização de jovens em perigo .....	16
3.1. O acolhimento institucional em Portugal .....	16
3.2. Fatores de risco e de proteção no processo de institucionalização .....	18
4. Problemas de comportamento, sintomas psicopatológicos e resiliência em adolescentes institucionalizados .....	22
II. Estudo empírico .....	26
5. Objetivos de investigação .....	27
5.1. Questão de investigação .....	27
5.2. Objetivos gerais .....	27
6. Metodologia .....	28
6.1. Desenho do estudo .....	28
6.2. Participantes .....	28
6.2.1. Caraterísticas gerais do grupo de adolescentes institucionalizadas ...	28
6.2.2. Caraterísticas gerais do grupos de adolescentes não institucionalizadas .....	30
6.3. Instrumentos .....	31
6.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e familiares .....	31
6.3.2. Healthy Kids Resilience Assessment Module – Versão 6.0 .....	32
6.3.3. Brief Symptom Inventory .....	33
6.3.4. Adolescent Psychopathology Scale – Escala de perturbação do comportamento .....	34

6.4. Procedimentos .....	35
6.4.1. Procedimento de recolha de dados .....	35
6.4.2. Procedimento de análise de dados .....	36
7. Resultados .....	37
7.1. Comparação entre adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas em relação à resiliência .....	37
7.2. Comparação entre adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas ao nível dos sintomas psicopatológicos (internalizantes e externalizantes) ..	40
7.3. Relação entre resiliência e problemas psicopatológicos em adolescentes institucionalizadas .....	41
7.4. Análise de algumas variáveis sociodemográficas .....	42
7.4.1. Estrutura familiar .....	42
7.4.2. Idade .....	44
7.4.3. Sucesso escolar .....	45
7.5. Análise de algumas variáveis contextuais do grupo de adolescentes institucionalizadas .....	46
7.5.1. Conflito com um dos progenitores .....	46
7.5.2. História de maltrato na infância .....	47
7.5.3. Motivação escolar .....	48
8. Discussão de resultados .....	49
9. Considerações finais .....	55
10. Referências bibliográficas .....	57

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Modelo conceptual de resiliência e desenvolvimento na adolescência de Benard .....	15
---	----

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo a idade .....	28
<b>Tabela 2.</b> Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo as reprovações e fugas à escola .....	29
<b>Tabela 3.</b> Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo a estrutura familiar.....	29
<b>Tabela 4.</b> Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo a idade .....	30
<b>Tabela 5.</b> Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo as reprovações e fugas à escola .....	30
<b>Tabela 6.</b> Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo a estrutura familiar.....	29
<b>Tabela 7.</b> Comparação das subescalas da resiliência nos dois grupos de adolescentes .	37
<b>Tabela 8.</b> Índices de correlação entre as subescalas de recursos externos .....	38
<b>Tabela 9.</b> Comparação dos recursos externos de resiliência nos dois grupos de adolescentes .....	39
<b>Tabela 10.</b> Índices de correlação entre as subescalas de recursos internos .....	39
<b>Tabela 11.</b> Diferenças em relação aos recursos internos de resiliência nos dois grupos .....	40

<b>Tabela 12.</b> Diferenças em relação aos problemas internalizantes e externalizantes nos dois grupos .....	41
<b>Tabela 13.</b> Relação entre a resiliência, sintomas psicopatológicos e problemas de comportamento nos dois grupos .....	42
<b>Tabela 14.</b> Comparação entre adolescentes institucionalizadas provenientes de famílias monoparentais e biparentais .....	43
<b>Tabela 15.</b> Comparação entre adolescentes não institucionalizadas provenientes de famílias monoparentais e biparentais .....	43
<b>Tabela 16.</b> Comparação entre adolescentes institucionalizadas em relação à idade .....	44
<b>Tabela 17.</b> Comparação entre adolescentes não institucionalizadas em relação à idade .....	44
<b>Tabela 18.</b> Comparação entre adolescentes institucionalizadas em relação ao sucesso e insucesso escolar .....	45
<b>Tabela 19.</b> Comparação entre adolescentes não institucionalizadas em relação ao sucesso e insucesso escolar .....	46
<b>Tabela 20.</b> Comparação entre adolescentes institucionalizadas com historial de conflito com um dos progenitores e sem o mesmo .....	47
<b>Tabela 21.</b> Comparação entre adolescentes institucionalizadas com história de maltrato e sem história de maltrato .....	47
<b>Tabela 22.</b> Comparação entre adolescentes institucionalizadas com e sem motivação escolar .....	48

## **Siglas e abreviaturas utilizadas**

APS - Adolescent Psychopathology Scale

BSI - Brief Symptom Inventory,

CAT - Centro de Acolhimento Temporário

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

HKRAM - Healthy Kids Resilience Assessement Module

LIJ - Lar de Infância e Juventude

## Introdução

No dia 20 de novembro de 1989 foi aprovada por representantes de centenas de países a Declaração Universal dos Direitos da Criança, com o objetivo de estipular os direitos dos menores de 18 anos com vista a um desenvolvimento saudável. Apesar de se encontrar expresso na mesma que as crianças e adolescentes têm direito a serem protegidos pela sua família, sabemos que nem todas as famílias conseguem realizar de modo adequado o papel de cuidadoras, colocando, muitas vezes, os menores em situação de risco. Um exemplo de crianças e adolescentes cuja família não conseguiu executar de modo adequado a função cuidadora são as crianças e jovens institucionalizados. Nestes casos, o papel de cuidadores primários é atribuído ao Estado, representado sobre a forma de uma instituição de acolhimento.

Apesar de a institucionalização ser uma alternativa utilizada apenas em “situações limite”, importa referir que existem mais de oito mil crianças e jovens institucionalizados em Portugal, sendo, como tal, necessário compreender que necessidades específicas estas crianças e adolescentes apresentam, a fim de lhes proporcionar um acompanhamento o mais eficaz possível (Instituto de Segurança Social, 2015).

A adolescência é em si uma fase repleta de transformações e desafios, sendo uma etapa do desenvolvimento na qual ocorrem importantes mudanças a nível fisiológico, emocional e social. Essas mudanças nem sempre ocorrem da forma mais apropriada, sendo a adolescência uma fase na qual existe uma maior suscetibilidade ao aparecimento de sintomatologia psicopatológica e problemas de comportamento. No entanto, e apesar de todas as dificuldades inerentes à adolescência, a maior parte dos adolescentes desenvolvem-se de modo considerado saudável e tornam-se adultos produtivos (Papalia, Olds, & Feldman, 2009). Podemos constatar que isto é válido mesmo no caso de adolescentes considerados em risco psicossocial, como no caso dos adolescentes acolhidos em instituições.

É possível referir que o facto de adolescentes em graves situações de risco se desenvolverem de modo saudável se deve à sua capacidade de resiliência, ou seja, à capacidade dos sujeitos se desenvolverem de modo considerado saudável apesar de na sua história de vida encontrarmos graves eventos de vida que poderiam levar a

consequências negativas no seu desenvolvimento (Anaut, 2005). A resiliência pode entender-se como um processo dinâmico, que consiste na adaptação positiva apesar da existência de situações de vida negativas (Rutter, 2007).

Tendo em conta o exposto acima surgem-nos várias questões sobre o tema. Que recursos de resiliência são apresentados por adolescentes acolhidos em instituições? Serão estes recursos de resiliência diferentes dos recursos apresentados por adolescentes que vivem com as suas famílias? Existirão diferenças entre adolescentes institucionalizados e não institucionalizados no que se refere à presença de sintomas psicopatológicos e especificamente, de problemas de comportamento? Estas são algumas das questões que vão ser exploradas ao longo deste estudo.

Sublinhe-se que existe em Portugal uma carência de estudos empíricos publicados sobre esta temática, tornando-se essencial explorar este assunto de forma a contribuir para a compreensão dos adolescentes institucionalizados no nosso país. Este trabalho encontrar-se dividido em duas partes, a primeira consistirá numa breve revisão da literatura sobre os temas em estudo e na segunda parte será apresentado o estudo empírico realizado.

Assim, na primeira parte desta dissertação corresponde a uma revisão da literatura sobre os principais conceitos em estudos. Em primeiro lugar, falaremos um pouco sobre a saúde mental na adolescência. Seguidamente, abordar-se-á o que é a resiliência e alguns conceitos associados, tais como, os fatores de risco e os fatores de proteção. Também se falará um pouco sobre o modelo de resiliência e desenvolvimento na adolescência de Bernard (2007). Ainda na revisão da literatura falaremos um pouco sobre o modo como decorre a institucionalização em Portugal e sobre os fatores de risco e de proteção associados à mesma. Por fim, o último subcapítulo da revisão da literatura procura abordar a resiliência, a psicopatologia e os problemas de comportamento em jovens institucionalizados.

A segunda parte da dissertação corresponde a um estudo empírico, no qual um grupo de adolescentes do sexo feminino institucionalizadas é comparado com um grupo de pares não institucionalizadas. Nesta parte da dissertação, são expostos os objetivos da investigação, é apresentado o desenho do estudo, a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e de análise dos dados. Finalmente,

serão apresentados e discutidos os resultados obtidos, sendo posteriormente apresentadas as conclusões do estudo, as suas limitações, propostas para estudos futuros e aplicações práticas dos resultados obtidos.

---

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

---

## 1. Adolescência e saúde mental

Podemos definir a adolescência como um período de transição do desenvolvimento que se situa entre a infância e a idade adulta. Esta transição envolve importantes mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais, assumindo formas variadas em diferentes cenários sociais, culturais e económicos.

Desde o início do século XIX que a adolescência se tem vindo a afirmar como uma das etapas do desenvolvimento que mais interesse tem suscitado aos investigadores. No entanto, no campo da psicologia, não existe atualmente um significado psicológico unitário relativamente a este período. Se até meados do século XX a adolescência era encarada como uma fase de grande instabilidade emocional e dificuldades na adaptação psicossocial, atualmente, é aceite na comunidade científica, que embora a adolescência seja uma fase com diversos desafios, não é necessariamente uma fase problemática (Lemos, 2009; 2014).

De acordo com a corrente psicanalítica os problemas comportamentais característicos da adolescência são vistos como um processo normativo e essencial ao processo de autonomização, ou seja, a passagem ao ato através da externalização é entendida como uma forma de o adolescente se defender dos seus conflitos internos. No entanto, a partir da década de sessenta os investigadores centraram a sua atenção nos aspetos positivos desta etapa, emergindo assim uma visão positiva da adolescência que passa a ser vista como uma fase de “transições tranquilas” (Fleming, 2005). No entanto, como afirmou Rutter (2000), apesar desta visão positiva da adolescência os adolescentes em contextos de risco psicossocial, estão vulneráveis à emergência de problemas psicopatológicos quer de tipo internalizado, quer externalizado.

A adolescência oferece uma oportunidade de crescimento a nível biológico, social, cognitivo, da autonomia, da autoestima, da intimidade, etc. Existem adolescentes que apresentam alguma dificuldade em lidar com estas mudanças, no entanto, a grande maioria dos jovens irá vivenciar esta fase com relativa acalmia e tornar-se um adulto realizado e produtivo (Papalia, Olds, & Feldman, 2009).

Muitas vezes a adolescência é observada pelos adultos como o período de vida mais interessante e criativo ou, pelo contrário, como uma etapa repleta de problemas,

crises, angústias e perigos. Por vezes, as dificuldades expressas pelo adolescente estão centradas nas mudanças envolvidas na separação e individuação em relação à sua família. Existe ainda uma aproximação em relação ao grupo de pares e simultaneamente um afastamento em relação ao grupo familiar, o que pode dar origem a sentimentos de perda por parte dos progenitores (Papalia, Olds, & Feldman, 2009).

Alguns adolescentes desenvolvem problemas de saúde mental. Habitualmente os problemas de saúde mental podem ser agrupados em duas grandes categorias: os problemas de tipo internalizado e de tipo externalizado. Os problemas de tipo internalizado focam-se sobretudo em fatores internos e nas emoções do sujeito, sendo exemplo destes a depressão e a ansiedade. Já os problemas de tipo externalizado associam-se a comportamentos externalizados, tais como, a agressividade, os comportamentos antissociais, a hiperatividade, etc. (Fleming, 2005).

Importa ainda referir que em saúde mental da infância e da adolescência é por vezes difícil traçar uma fronteira entre o normal e o patológico. De acordo com a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) “*por si só um sintoma não implica necessariamente a existência de psicopatologia (diversos sintomas podem aparecer ao longo do desenvolvimento normal de uma criança/adolescente, sendo geralmente transitórios e sem evolução patológica)*” (p.14). Assim a prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência deve ser investigada preferencialmente em estudos longitudinais.

De acordo com os dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde, na Europa, mais de 10% dos adolescentes possuem algum tipo de perturbação mental. A depressão assume-se como o problema de saúde mental mais frequente nesta faixa etária, seguido pelos problemas de ansiedade, os problemas de comportamento e o abuso de substâncias (World Health Organization, 2014).

Um estudo epidemiológico realizado no Brasil, por Lopes, e colaboradores (2016), com uma amostra de 74.589 adolescentes entre os doze e os dezassete anos, verificou que a prevalência de transtornos mentais comuns é de, aproximadamente, 30%. Esta percentagem é mais elevada nas raparigas do que nos rapazes. Também se verificou que os adolescentes mais velhos (entre os 15 e os 17 anos) apresentavam um maior índice

de psicopatologia, quando comparados com os adolescentes mais novos (entre os 12 e os 14 anos).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009) uma em cada cinco crianças e jovens apresentam problemas de saúde mental e destas apenas 1/5 recebe o tratamento apropriado. Importa ainda sublinhar o facto das perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência acarretarem grandes custos à sociedade, quer em termos humanos quer financeiros, e muitas delas persistirem em perturbações mentais na idade adulta.

## **2. A resiliência**

### **2.1. Definição e perspectiva histórica da resiliência**

O termo resiliência teve origem na física e refere-se “à propriedade que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação elástica”. Este termo foi adotado pela psicologia, em virtude dos estudos realizados na década de setenta com indivíduos que apesar de se encontrarem em elevado risco psicossocial não apresentavam sintomatologia psicopatológica (Pessanha, 2008).

Podemos referir que o estudo da resiliência se divide em três períodos históricos distintos. O primeiro consistiu no estudo de crianças que se desenvolviam de modo positivo apesar de se encontrarem em condições de elevado risco psicossocial. Num segundo momento procurou-se compreender de que modo decorria o processo de resiliência e a interação entre fatores de risco e fatores de proteção. Atualmente estuda-se cada vez mais a resiliência numa perspectiva de intervenção e promoção da resiliência em grupos considerados de risco (Zolkoski & Bullock, 2012).

Um dos estudos mais relevantes para a compreensão da resiliência foi realizado por Werner e Smith na ilha havaiana de Kauai. Este estudo tinha como objetivo primário avaliar o desenvolvimento de 698 bebés até à idade adulta, nascidos em condições de pobreza extrema e expostos a graves fatores de risco. Verificou-se que dois terços destes bebés apresentavam aos 10 e aos 18 anos de idade problemas em vários domínios, tais como: na aprendizagem escolar, no comportamento social e na saúde mental. No entanto, um terço deste grupo de alto risco, apresentava um desenvolvimento positivo nestes domínios. Os resultados obtidos levaram a que os investigadores se focassem não nos fatores de risco existentes nesta população, mas sim a refletirem sobre as crianças que apesar dos múltiplos riscos a que estavam sujeitas apresentavam um desenvolvimento normativo, olhando assim para as raízes da resiliência (Soares, 2000).

Anaut (2005) refere-se à resiliência como sendo a arte de se adaptar a situações difíceis, desenvolvendo, para tal, capacidades ligadas aos recursos internos

(intrapríquicos) e externos (ambiente social e afetivo), que permitem criar uma construção psíquica adequada, bem como contribuir para uma inserção social.

Assim, o conceito de resiliência pode ser definido como um processo dinâmico, que envolve a interação entre os fatores de risco e os fatores de proteção, internos e externos ao indivíduo. A resiliência depende assim da existência de duas condições: a exposição a uma adversidade significativa e a existência de uma adaptação positiva face à mesma (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000).

Rutter (2007) conceptualizou a resiliência como o fenómeno que leva a que alguns sujeitos possuam uma adaptação relativamente positiva, apesar de terem na sua história de vida experiências que poderiam levar a graves consequências para o seu desenvolvimento. O autor chama ainda a atenção para o facto de os indivíduos poderem ser resilientes apenas em relação a alguns tipos de experiências negativas, mas não a todas as experiências negativas ao longo do tempo. Esta ideia contraria a conceptualização inicial de resiliência, afirmando que esta não representa uma invulnerabilidade ao estresse, mas sim a capacidade de o sujeito recuperar face a eventos de vida negativos.

A resiliência é um constructo multidimensional, uma vez que os indivíduos podem ser resilientes em determinadas áreas e apresentar ainda assim dificuldade em determinados domínios. Tal pode ser verificado em estudos com crianças e jovens em risco em que os mesmos podem ser resilientes nalguns aspetos e apresentar dificuldades noutros, mostrando a heterogeneidade subjacente à resiliência (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000).

Assim, a resiliência é vista assim como um processo, no qual o indivíduo se vai adaptando às situações de risco, através de uma variedade de fatores de proteção, que podem ser internos ou externos ao mesmo (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003). A resiliência pode ainda ser conceptualizada como um processo comum e normativo, uma vez que todos os indivíduos têm uma tendência natural para a resiliência face a situações adversas, funcionando a mesma como uma forma de o indivíduo se adaptar ao meio onde está inserido e ocorrendo em ambientes favoráveis e em ambientes de risco (Masten, 2001).

Soares (2000) chama a atenção para o facto de o grau de resiliência de um sujeito ser considerado em função de fatores e processos protetores internos e externos ao

mesmo, sendo essencial conhecer os mecanismos individuais, familiares e sociais que contrariam a trajetória de risco para a psicopatologia e que contribuem para resultados positivos mesmo na presença de adversidades. Esta autora evidencia ainda que ao longo do desenvolvimento vai existindo um balanço entre acontecimentos estressantes que aumentam a vulnerabilidade e fatores protetores que promovem a resiliência.

São destacados como fatores associados à resiliência: a) o relacionamento positivo com pelo menos um adulto (parente ou não); b) a existência de um suporte religioso ou espiritual; c) a existência de expectativas acadêmicas altas e realistas e o suporte adequado às mesmas; d) um ambiente familiar positivo; e) a inteligência emocional do adolescente; e f) as habilidades do adolescente para lidar com o estresse (American Psychiatric Association, 2002).

Ainda a respeito da resiliência, Ungar (2008) salientou a importância das variáveis contextuais e culturais no desenvolvimento de resiliência dos indivíduos, afirmando que esta não é somente uma condição dos sujeitos, existindo também como uma particularidade dos contextos sociais e políticos nos quais as crianças e adolescentes se encontram inseridos. A partir desta ideia podemos considerar que certos comportamentos, tais como os problemas de comportamento na adolescência, podem ter um caráter adaptativo em determinados contextos, como no caso dos adolescentes em graves situações de elevada exposição ao risco psicossocial (Ungar, 2004).

Também no caso dos adolescentes expostos a graves situações de risco psicossocial a escola pode ser considerada como um dos principais contextos geradores de resiliência, uma vez que o apoio dos pares e de adultos significativos (como professores e funcionários da escola) pode atenuar as falhas familiares originais, funcionando como suportes de resiliência e representando figuras de identificação e de apoio. De igual modo a existência de sucesso escolar nos adolescentes de risco permite reforçar sentimentos de eficácia e competência, que perduram noutros domínios (Anaut, 2005).

Importa ainda referir que vários estudos realizados com populações consideradas de risco mostraram que é possível observar a presença de comportamentos que revelam resiliência (competências sociais adequadas, sucesso escolar, etc.) ao mesmo tempo que se desenvolvem perturbações psicológicas, podendo assim estas encontrar-se associadas

a comportamentos que revela resiliência. Existem ainda teóricos que consideram que o sujeito resiliente não se constrói sem sofrimento psíquico (Anaut, 2005).

## **2.2.Fatores de proteção, fatores de risco e vulnerabilidade**

Podemos entender como fatores de risco todas as condições existentes, no jovem ou no meio, que envolvem um risco de morbidade superior ao risco existente na população em geral. No entanto, importa referir que risco e vulnerabilidade possuem significados diferentes, não se devendo assim reduzir a vulnerabilidade ao mero encontro com os fatores de risco. Por vulnerabilidade, podemos entender uma predisposição para desenvolver problemas psicopatológicos ou de comportamento. Podemos assim definir vulnerabilidade como um estado de menor resistência perante fatores nocivos e agressões, tendo esta uma variedade interindividual (Anaut, 2005).

No entanto, de acordo com Garmezy (1991), a vulnerabilidade aumenta exponencialmente com o acumular de fatores de risco, tais como, fatores biológicos (por exemplo, anomalias congénitas, prematuridade, entre outros) e fatores ambientais (tais como, pobreza, baixo nível de educação parental, conflitos familiares, história de maus tratos, discriminação racial, entre outros) (Zolkoski & Bullock, 2012). A vulnerabilidade pode ser assim, segundo Anaut (2005), conceptualizada em duas dimensões: a vulnerabilidade centrada no sujeito (predisposição genética, recursos de personalidade, recursos cognitivos, etc.) e a vulnerabilidade ligada às insuficiências do ambiente (estrutura familiar inadequada, pobreza, isolamento social, etc.).

De referir ainda que os fatores de risco, normalmente, não ocorrem de modo isolado. Isto significa que quando uma criança ou adolescente se encontra numa situação de risco, está-lo, geralmente, devido à exposição a uma multiplicidade de fatores de risco que se prolongam no tempo (Anaut, 2005).

Por sua vez, Rutter, Graham, Chadwick e Yule (1976) afirmaram que os fatores protetores face ao risco de desenvolvimento de problemas psicopatológicos podem agir segundo diferentes formas: a) modificando a reação do sujeito na presença do acontecimento negativo (situações de risco), b) reduzindo o efeito do risco e das reações negativas em cadeia que o mesmo desencadeia. Importa, no entanto, reforçar que não podemos entender como fator protetor a ausência de um fator de risco, um fator protetor

é sim, algo que em determinado contexto reduz o risco individual de problemas psicossociais (Little, Axford, & Morpeth, 2004).

Garnezy e Masten (1991, cit in Anaut, 2005) identificaram três grandes níveis de fatores de proteção: os fatores de proteção individuais, os fatores de proteção familiares e os fatores de proteção extrafamiliares ou sociais.

Nos casos em que os fatores de vulnerabilidade são contrabalançados por fatores de proteção suficientes, poder-se-á observar a existência de processos de resiliência. Alguns estudos com populações de alto risco sugerem que os fatores de risco são preditores de entre 20% a 49% dos resultados negativos no desenvolvimento do sujeito, tais como, a psicopatologia, os comportamentos de risco ou os problemas de comportamento. Já os fatores protetores parecem desencadear processos de resiliência entre 50% a 80% dos sujeitos considerados em situação de risco. Benard (2003) sugere ainda que os fatores de proteção parecem ser comuns em todas as etnias, classes sociais e culturas.

### **2.3. Modelo conceptual de resiliência e desenvolvimento na adolescência de Benard**

O Modelo Conceptual da Resiliência e Desenvolvimento na Adolescência foi desenvolvido por Benard e assenta numa perspetiva ecológica, ou seja, defende que a resiliência do adolescente se desenvolve através da interação dos vários contextos onde este se encontra inserido, bem como dos seus recursos internos (Institute of Education Sciences, 2007).

De acordo com este modelo existem recursos externos nos diferentes contextos de vida do adolescente, tais como: na família, na comunidade, na escola e junto dos pares. Podemos identificar os seguintes processos de proteção em cada um desses contextos: a importância das relações de suporte e de afeto, as expectativas positivas e elevadas e as oportunidades de participação significativa do adolescente (Institute of Education Sciences, 2007).

A importância das relações de suporte e afeto com pessoas nos contextos significativos permite ao adolescente obter um bom apoio para o desenvolvimento

saudável. É considerado que a existência de, pelo menos, um adulto de referência na vida de um jovem em situação de risco constitui é um dos fatores que mais contribui para a superação desse mesmo risco (Simões, et al., 2009).

Já as expectativas positivas e elevadas dos outros face ao adolescente, acreditando que este é capaz de dar o seu melhor e atingir os seus objetivos, levam a que o mesmo desenvolva sentimentos de autoestima, otimismo, autonomia e crenças de autoeficácia (Simões, et al., 2009).

Por último, em relação às oportunidades de participação nos contextos de vida do adolescente, considera-se que a estimulação de um pensamento crítico, do diálogo e da participação na decisão das regras a seguir, são capazes de desenvolver nos jovens um sentimento de pertença, de responsabilidade e de capacidade de tomar decisões por si (Simões, et al., 2009).

Segundo o modelo de Benard, os recursos externos promovem o desenvolvimento de recursos internos, tais como: a cooperação e a comunicação, a empatia, a resolução de problemas, a autoeficácia, o autoconhecimento e os objetivos e aspirações (Institute of Education Sciences, 2007).

A cooperação e a comunicação referem-se à capacidade do adolescente trabalhar em conjunto com os outros, em espírito de ajuda, partilhando as suas ideias e expressando as suas necessidades e sentimentos (Simões, et al., 2009).

A empatia envolve a compreensão e a preocupação com os sentimentos dos outros, podendo ser dividida em dois tipos: a empatia cognitiva e a empatia afetiva. A primeira alude à capacidade de compreender o ponto de vista das outras pessoas e a segunda remete-nos para a capacidade de experienciar reações emocionais através da observação de situações que acontecem com outras pessoas (Simões, et al., 2009).

A capacidade de resolução de problemas inclui a habilidade de planear, pensar criticamente, refletir e examinar todas as alternativas antes de tomar uma decisão ou realizar uma ação (Simões, et al., 2009).

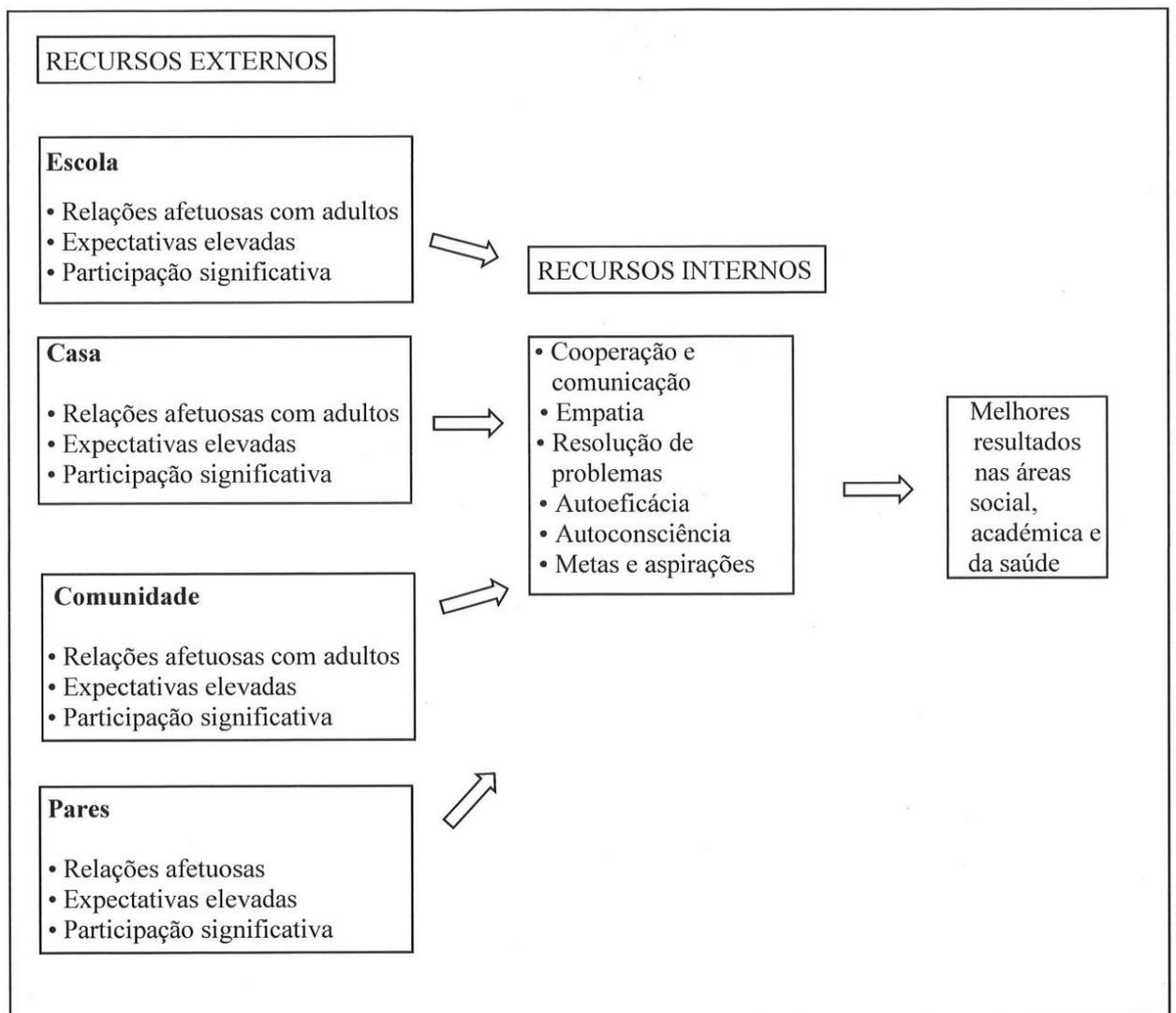
A autoeficácia prende-se com a competência que um sujeito tem para reconhecer e valorizar as suas competências e valores pessoais. Indivíduos portadores de crenças de

auto eficácia elevadas tendem a saber lidar com sucesso com os desafios que vida lhes coloca e a acreditar nas suas capacidades de realização (Simões, et al., 2009).

O autoconhecimento refere-se à compreensão de nós mesmos, ou seja, ao entendimento do modo como determinadas situações podem afetar o comportamento, os sentimentos e o humor pessoal. A fim de se conhecer a si mesmo, o adolescente tem de possuir a capacidade de analisar, refletir e analisar os seus pensamentos, ações e posições individuais e sociais (Simões, et al., 2009).

Por fim, os objetivos e as aspirações elevadas dizem respeito à expectativa de um futuro positivo e à motivação para contruir um futuro atrativo. É possível afirmar que a existência de objetivos e de aspirações permitem ao adolescente tornar-se um agente ativo na construção da sua própria história de vida, ou seja, de empenhar-se e de comprometer-se com os seus objetivos a longo prazo, sendo capazes de adiar a gratificação imediata (Simões, et al., 2009).

É a partir da conjugação dos fatores externos e dos fatores internos existentes no meio envolvente e no próprio adolescente que este irá ou não se apresentar como um sujeito resiliente (Institute of Education Sciences, 2007).



**Figura 1** - Modelo conceptual de resiliência e desenvolvimento na adolescência de Benard  
(Institute of Education Sciences, 2007, p.5)

### **3. A institucionalização de jovens em perigo**

#### **3.1.O acolhimento institucional em Portugal**

Em Portugal, o acolhimento de crianças e jovens em perigo é regulamentado pelo artigo 49º, da Lei 147/99, de 01 de setembro de 1999, Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, que afirma que *“a medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral”* (Diário de República, 1999, p. 6123).

Em Portugal o acolhimento institucional é concebido como uma medida de último recurso, que deve ser de caráter transitório, e que com a sua execução se pretende assegurar o interesse superior da criança e removê-la da situação de perigo em que encontra. Pretende-se com esta medida garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens que foram vítimas de alguma forma de exploração ou abuso, facto que teve origem na necessidade do seu afastamento do meio familiar (Carvalho, 2013).

A institucionalização de menores surgiu assim como medida de resposta a casos em que o ambiente familiar não é propício ao desenvolvimento saudável dos menores, sendo que na maioria dos casos esta medida prende-se com casos de orfandade, maus-tratos físicos ou psicológicos, negligência por parte dos cuidadores, etc. (Instituto Para o Desenvolvimento Social, 2000).

De acordo com a Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (s.d.), uma criança ou jovem encontra-se em perigo quando se encontra numa das seguintes situações:

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;

- d) É obrigada a atividade ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de factos lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Em Portugal a rede nacional de crianças e jovens em risco funciona em três fases: a primeira fase consiste nas unidades de emergência e tem como função acolher crianças e jovens em situação de perigo iminente por um período de tempo inferior a 48 horas; este serviço é prestado pelas instituições de acolhimento permanente que congelam sempre algumas vagas, as chamadas Unidades de Emergência. A segunda fase refere-se às casas de acolhimento temporário que procuram que o tempo de internamento não exceda os seis meses; nestes casos foram detetadas situações cuja gravidade implica o afastamento temporário das famílias de origem. A terceira fase consiste no acolhimento de longa duração e é implementada em menores sem um meio familiar ou cujas problemáticas do meio familiar implica um afastamento definitivo em relação à família de origem. É quando chegamos a esta terceira fase que entram em funcionamento os lares de crianças e jovens e a adoção.

Sublinhe-se ainda que antes de chegar à última fase, na qual os menores são colocados em lares de crianças e jovens, procura-se sempre trabalhar junto da família e com a própria criança, sendo esta medida a última a ser acionada apenas em casos cuja gravidade assim o justifica (Instituto Para o Desenvolvimento Social, 2000).

Nos países desenvolvidos, a maioria das crianças e jovens encontra-se institucionalizada devido a abusos – físicos, psicológicos ou sexuais – por parte do cuidador, em casos de negligência por parte do cuidador ou por razões sociais, como, por exemplo: quando os cuidadores são presos, nalguns casos de alcoolismo e toxicod dependência dos cuidadores primários ou de doença incapacitante dos mesmos (Browne, 2009). Em Portugal, são apontados como principais fatores que levam à institucionalização das crianças e jovens, a negligência parental, os maus-tratos físicos ou

psicológicos, o abandono por parte dos progenitores e a existência de comportamentos disruptivos por parte da criança/adolescente (Alvarez, Carvalho, & Baptista, 2014).

Segundo o relatório da *Eurochild* (2010), onde participaram 30 países europeus, estima-se que um milhão de crianças na União Europeia encontram-se em situação de acolhimento, ou seja, 1% da população destes países entre os zero e os dezoito anos de idade.

De acordo com os dados do Instituto de Segurança Social, em 2015, encontravam-se 8600 crianças e jovens institucionalizados em Portugal. Quanto à distribuição por sexo, observa-se que 4449 pertencem ao sexo masculino e 4151 ao sexo feminino. A faixa etária mais representada é a da adolescência, com 5940 jovens entre os doze e os vinte anos em situação de acolhimento. Dados reportados do ano de 2011 referem ainda a existência de 261 Lares de Infância e Juventude no nosso país, bem como 139 Centros de Acolhimento Temporário (Carvalho, 2013).

### **3.2.Fatores de risco e de proteção no processo de institucionalização**

Sobre este tema é difícil afirmar se a institucionalização funciona como um fator protetor ou um fator de risco para os adolescentes. Este processo é, muitas vezes, acompanhado de sentimentos de perda, abandono e solidão, uma vez que implicam o confronto do adolescente com a realidade de negligência e insensibilidade parental (Mota & Matos, 2010).

De acordo com Alberto (2003) existem quatro processos que estão ligados ao processo de institucionalização de menores em risco e que poderão ter impactos negativos nos mesmos, que são: o sentimento de punição sentido pela criança/adolescente ao ser retirado da sua família, a demissão/diminuição da responsabilidade parental que pode levar ao afastamento da família de origem, a estigmatização social a que as crianças e adolescentes institucionalizados estão sujeitos e a reprodução das desigualdades sociais uma vez que os menores institucionalizados pertencem principalmente a estratos sociais mais baixos.

Outros autores indicam que a institucionalização pode funcionar como um fator protetor e como uma oportunidade para o desenvolvimento global do adolescente em

casos onde o meio familiar é extremamente caótico e desorganizado. Assim embora a passagem por uma instituição possa ser tida como um período negativo e causador de sofrimento, muitas vezes esta funciona como a única alternativa para estas crianças e jovens crescerem num ambiente estável, onde é possível estabelecer relações seguras e satisfatórias (Siqueira & Dell’Aglío, 2006).

Para que uma instituição cumpra as suas funções de modo adequado é necessário que esta seja o mais securizante possível, uma vez que os contextos familiares das crianças e jovens acolhidos são pautados pela instabilidade e desorganização. É essencial que a instituição forneça regras e rotinas organizadas e consistentes, devendo ter a capacidade de estabelecer limites claros e firmes. É igualmente importante que consiga fornecer afeto e carinho aos menores institucionalizados e que seja contentora das angústias sentidas pelas crianças e adolescentes, fomentando nestes um sentimento de segurança e confiança. É ainda muito importante que a instituição consiga fomentar a construção da identidade, de um projeto de vida, de uma autoestima elevada e de um autoconceito positivo nas crianças e jovens acolhidos (Alberto, 2003).

É ainda importante que os adolescentes sejam capazes de reorganizar os seus laços de vinculação e que lhes seja possível estabelecerem relações afetivamente significativas com figuras cuidadoras alternativas, tais como, os funcionários da instituição, os professores, os funcionários da escola e o grupo de pares. A criação de tais relações estáveis e satisfatórias com adultos significativos, por parte dos adolescentes, permite que estes se sintam aceites, reforcem o seu sentimento de pertença e permitam o desenvolvimento de um processo resiliente.

Também a perceção de que os adultos estão dispostos a estabelecer uma relação é extremamente positiva para estes jovens, seja a nível académico, social ou emocional (Mota & Matos, 2010). De acordo com estes autores “*as experiências relacionais com estas figuras cuidadoras vão criando uma organização interna que promove o desenvolvimento de modelos internos dinâmicos mais positivos de si e dos outros nos jovens*” (p. 246).

Quando as crianças e adolescentes integram o contexto institucional, este torna-se o seu ambiente predominante, ou seja, a sua casa. É lá que estes desempenham os seus papéis e funções, realizam atividades, interagem e aprendem a desenvolver relações de

afeto e de poder. É igualmente no espaço institucional que os menores desenvolvem e adquirem aprendizagens relacionadas com a vida em grupo, partilham experiências, desenvolvem valores sociais e sentimentos de pertença e segurança (Parente, Mendes, Teixeira, & Martins, 2014).

Podemos assim afirmar que a institucionalização pode potenciar riscos para as crianças e jovens acolhidos, mas também ser um local onde surgem oportunidades de vida benéficas para os menores que lá habitam. Além disso é sempre necessário ter em atenção que, quando retiradas do seu meio familiar, há crianças que se apresentam mais vulneráveis e outras mais resilientes e que os fatores pré-institucionais que levaram ao acolhimento têm um papel muito importante no modo como a criança vai se adaptar ao novo ambiente institucional (Trigo & Alberto, 2010).

Sobre este tema é necessário ter em conta que existem fatores pré-institucionais, institucionais e pós-institucionais que levam a esta aparente discrepância entre menores institucionalizados e menores que nunca passaram por nenhum momento de institucionalização. Os fatores pré-institucionais são aqueles que antecedem a institucionalização e que podem influenciar o desenvolvimento; entre estes fatores é possível destacar: o facto da maior parte das crianças institucionalizadas ser proveniente de meios socioeconómicos desfavorecidos, o motivo da institucionalização ser muitas vezes a negligência familiar ou o maltrato infantil, muitas destas crianças serem provenientes de famílias de baixa escolaridade, a elevada representação das minorias étnicas no interior das instituições, entre outros fatores (Dumais, Cry, & Michel, 2014).

Dentro dos fatores institucionais é possível dar como exemplo o elevado número de crianças e jovens por cuidador, a existência de rotinas muito estereotipadas dentro das instituições que levam à falta de individualidade entre as várias crianças que lá habitam, a grande rotatividade dos cuidadores e técnicos que trabalham na instituição, a qualidade dos serviços prestados pela própria instituição, entre outros exemplos que poderiam ser referidos (Dumais, Cry, & Michel, 2014).

Quanto aos fatores pós-institucionais, estes correspondem aos fatores que irão atuar nos adolescentes após estes saírem da instituição; esta desinstitucionalização pode ocorrer de diversas formas, pela adoção, pelo regresso à família de origem caso esta prove ter condições que permitam o regresso à mesma, ou pelo ingresso no mercado de trabalho

e posterior autonomização. Em qualquer um destes casos é necessário que exista um acompanhamento por parte da instituição que permita que este momento se dê de forma equilibrada e positiva (Dumais, Cry, & Michel, 2014).

Na perspectiva de Alvarez, Carvalho e Baptista (2014) para algumas crianças e jovens a institucionalização constitui o início de um trabalho terapêutico, uma vez que funciona como um fator protetor face a um ambiente angustiante e desorganizador. Esta permite que a criança/adolescente ao sentir que se encontra num ambiente externo seguro e estável, organize o seu “mundo interior”, nomeadamente no que se refere aos seus conflitos internos e afetos. No entanto, existem adolescentes para quem a segurança fornecida pela instituição é sentida como estranha e desconfortável, ativando mecanismos de defesa psicopatológicos.

Grusec e Lytton (1988) (cit in Siqueira & Dell’Aglío, 2006) indicaram seis parâmetros que influenciam em larga escala o modo como a criança ou adolescente se vai adaptar à instituição. Estes fatores são: *“o motivo da separação da criança e da sua família, a qualidade da relação prévia com a mãe, a oportunidade para desenvolver relações de apego depois da separação, a qualidade do cuidado na instituição, a idade da criança e duração da institucionalização e também o sexo e o temperamento da criança”*.

Sublinhe-se ainda que para que o desenvolvimento de uma criança ou adolescente institucionalizado se dê de modo positivo é necessário que este esteja inserido num clima de confiança e de cumplicidade, que não sendo um ambiente familiar se aproxime o mais possível disso. É assim necessário que exista um ambiente positivo entre os funcionários da instituição e as crianças e jovens que lá residem. Os funcionários que trabalham numa instituição não podem substituir uma família, mas devem sempre tentar criar um ambiente que seja o mais familiar possível (Kendrick, 2013). Ainda segundo Kendrick (2013) um bom relacionamento entre adultos e crianças/adolescentes no interior da instituição é o principal indicador da qualidade de serviços prestada pela instituição.

#### **4. Problemas de comportamento, sintomas psicopatológicos e resiliência em adolescentes institucionalizados**

Os adolescentes institucionalizados têm no seu percurso de vida inúmeras situações que os levam a serem considerados um grupo de risco para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, de tipo internalizado e externalizado. A emergência de problemas de saúde mental e de problemas de comportamento depende, em grande medida, da resiliência individual apresentada por estes jovens.

Num estudo realizado por García e colaboradores (2017), com uma amostra de 1216 crianças e adolescentes institucionalizados, verificou-se que 49% dos mesmos eram alvo de algum tipo de intervenção psicológica e que 61% apresentavam níveis clínicos de algum tipo de psicopatologia. Destes 51% apresentavam problemas de tipo externalizado e 30% sintomatologia de carácter internalizado.

Jozefiak e colaboradores (2016) realizaram um estudo com 400 adolescentes institucionalizados, no qual observaram que 86% da amostra já tinha recebido algum tipo de apoio psicológico / psiquiátrico durante a sua vida e 38% encontrava-se em tratamento psicológico. Também se verificou que 76% destes adolescentes preenchiam critérios para pelo menos um diagnóstico do *DSM-IV*, sendo os mais comuns entre as raparigas a depressão e os distúrbios de ansiedade.

Num estudo realizado no contexto português por Silva, Lemos e Nunes (2013), no qual uma amostra de quarenta adolescentes institucionalizados foi comparada com uma amostra de quarenta adolescentes não institucionalizados, verificou-se que os adolescentes institucionalizados relatavam mais problemas psicopatológicos internalizantes comparativamente aos seus pares não institucionalizados. No entanto, no que se refere à resiliência não foram encontradas diferenças entre os dois grupos. Também Martins e Neto (2016), num outro estudo realizado em Portugal, não encontraram diferenças significativas no total de resiliência entre os adolescentes institucionalizados e os adolescentes não institucionalizados.

Em estudos realizados noutros países, observou-se uma tendência dos adolescentes institucionalizados apresentarem mais psicopatologia do que os seus pares

que vivem com as famílias. Um exemplo disso é o estudo comparativo realizado por Erol, Simsek e Munir (2010), no qual 350 adolescentes institucionalizados foram comparados a 2206 adolescentes não institucionalizados, os primeiros apresentaram significativamente mais problemas emocionais, sociais e de comportamento do que os segundos. Ainda sobre este tema, Daza e Parra (2013) verificaram no seu estudo, realizado com 111 adolescentes institucionalizados e 111 adolescentes não institucionalizados, que o grupo institucionalizado apresentava menos competências psicossociais e acadêmicas, bem como um maior número de problemas de comportamento.

Alguns estudos dedicam-se ainda a compreender de que modo a institucionalização se relaciona com a sintomatologia de uma perturbação específica. Um exemplo disso é o estudo de Dell'Aglio e Hutz (2004) que verificou, numa amostra de 105 crianças e adolescentes institucionalizados e 110 pares que viviam com as suas famílias, que as participantes do sexo feminino institucionalizadas apresentavam maior sintomatologia depressiva do que as participantes não institucionalizadas. Também Wathier e Dell'Aglio (2007) verificaram, com uma amostra de 130 crianças e adolescentes institucionalizados e 127 crianças e adolescentes não institucionalizados, que o grupo de institucionalizados apresenta mais sintomas depressivos e mais eventos indutores de stresse na sua história de vida.

Apesar destes resultados, alguns autores afirmam que os adolescentes colocados em instituições de acolhimento possuem níveis de resiliência normativos. Um exemplo disso consiste no estudo de Arad e Bitton (2015) que comparou os níveis de resiliência de 286 adolescentes sinalizados como estando em situação de risco e que se encontravam em três contextos distintos, um grupo encontrava-se em instituições, outro grupo vivia com as suas famílias e outro grupo encontrava-se em famílias acolhimento (sem laços sanguíneos). Este estudo verificou que não existiam diferenças entre os três grupos analisados e que todos os grupos apresentavam níveis relativamente elevados de resiliência, sendo esta mais elevada nas raparigas.

Trigo e Alberto (2010) afirmam que é essencial ter em conta que, quando chegam às instituições, alguns adolescentes já possuem uma história prévia de comportamentos antissociais ou de risco, pelo que os estudos realizados com amostras de adolescentes

institucionalizados devem ter em atenção que os resultados obtidos podem dever-se não só à institucionalização em si, mas também a fatores pré-institucionais.

Importa ainda referir que, embora partilhem as situações de vulnerabilidade psicossocial, os adolescentes institucionalizados podem apresentar percursos desenvolvimentais diversos. Estes devem-se aos motivos da institucionalização, às características individuais do adolescente, às características da família e da instituição, às experiências de vida pré e pós institucionais e ainda, aos fatores externos e internos de resiliência que o adolescente apresenta.

Assim sendo, é possível referir que ao falar dos problemas causados pela institucionalização, temos de ter em consideração uma constelação de fatores que não se resumem à mera colocação do jovem em regime institucional (Trigo & Alberto, 2010). Por exemplo, alguns estudos realizados com jovens institucionalizados apontam como fatores de risco para o desenvolvimento de problemas internalizados específicos, tais como depressão: ser do sexo feminino (e.g. Dell'Aglio & Hutz, 2004), ter um menor número de fatores de resiliência ou, possuir uma história de insucesso escolar (e.g. Cordovil, Crujo, Vilarica, & Caldeira da Silva, 2011), entre outros.

Erol e colaboradores (2010) concluíram igualmente que adolescentes institucionalizados devido a algum tipo de abuso reportam significativamente mais problemas do que os jovens institucionalizados devido a problemáticas como a disrupção familiar ou a pobreza familiar. Também Maia e Williams (2005), na sua revisão da literatura, afirmam que o abuso e a negligência infantil podem causar danos significativos em diversas áreas de funcionamento (cognição, linguagem, desempenho académico, desenvolvimento socio-emocional - nomeadamente, na regulação emocional e no comportamento em geral).

Davidson, Devaney e Spratt (2010) numa revisão da literatura, sugerem que situações de abuso físico, sexual ou psicológico e ainda de negligência, sofridos durante a infância ou adolescência, podem aumentar significativamente a probabilidade das vítimas dos mesmos apresentarem na idade adulta um maior número de problemas psicológicos. Estes autores verificaram que a uma infância marcada por abuso ou negligência se associava a um aumento da probabilidade de desenvolver quadros

depressivos, ansiosos ou psicóticos, sintomas psicossomáticos, abuso de substâncias, dificuldades relacionais e comportamentos antissociais na idade adulta.

Num estudo longitudinal, realizado por Vugta e colaboradores (2014), com uma amostra de 89 adolescentes do sexo feminino institucionalizadas, verificou-se que as que tinham sido vítimas de maltrato apresentavam quatro anos mais tarde sintomas elevados de ansiedade, depressão e raiva.

A adolescência é por si só uma fase de desafios. Se tivermos em consideração que os adolescentes em regime de acolhimento institucional parecem encontrar-se numa situação de maior vulnerabilidade à psicopatologia de tipo internalizado e externalizado, verificamos a necessidade de estudar esta realidade, compreendendo de que modo os fatores de risco e proteção destes jovens influenciam as suas vidas.

Se considerarmos o elevado número de adolescentes que se encontram, atualmente, institucionalizados em Portugal (sendo esta a medida de proteção mais utilizada no nosso país) torna-se ainda mais essencial explorar de que modo esta medida afeta o desenvolvimento dos mesmos. Importa ainda referir que independentemente das circunstâncias adversas que levaram à institucionalização de uma criança ou adolescente, existem sujeitos com graus de vulnerabilidade e resiliência diferentes.

Fase a estas necessidades segue-se um estudo empírico, que procura compreender se existem diferenças em relação à psicopatologia, problemas de comportamento e recursos de resiliência entre um grupo de adolescentes institucionalizadas e um grupo de adolescentes que residem com as suas famílias. É ainda objetivo do estudo explorar de que modo variáveis contextuais, tais como, a estrutura familiar ou o sucesso escolar influenciam as variáveis em estudo. Com os dados obtidos pretende-se compreender um pouco mais as necessidades específicas das adolescentes institucionalizadas, de forma a que a intervenção realizada com as mesmas seja focada nestes aspetos.

---

## **Parte II – Estudo Empírico**

---

## **5. Objetivos de Investigação**

### **5.1. Questão de Investigação**

Após a revisão da literatura foi colocada a seguinte questão de investigação:

- Existirão diferenças entre as adolescentes institucionalizadas e as adolescentes não institucionalizadas no que concerne à existência de sintomas psicopatológicos, problemas de comportamento e recursos de resiliência?

### **5.2. Objetivos Gerais**

De modo a dar resposta à questão de investigação acima citada, foram propostos os seguintes objetivos gerais:

- Comparar as adolescentes institucionalizadas e as não institucionalizadas relativamente aos níveis de psicopatologia, aos problemas de comportamento e à resiliência;

- Comparar estes dois grupos relativamente aos recursos de resiliência, externos e internos;

- Verificar que variáveis sociodemográficas estão associadas à psicopatologia, aos problemas de comportamento e à resiliência, podendo assim funcionar como fatores protetores ou, ao invés, como fatores de risco.

## 6. Metodologia

### 6.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, comparativo, com um desenho transversal e de tipo descritivo-correlacional.

### 6.2. Participantes

Participaram um total de 142 raparigas, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. Destas 50 (35%) estavam institucionalizadas e 92 (65%) eram adolescentes da população geral. As participantes eram região do Algarve, de quatro Centros de Acolhimento Temporário e Lares de Infância e Juventude dos concelhos de Tavira, Portimão e Faro (adolescentes institucionalizadas) e de duas escolas públicas do conselho de Portimão (adolescentes não institucionalizadas).

Como critérios de exclusão considerámos a presença de incapacidade cognitiva ou sensorial que impossibilitasse a compreensão dos itens ou questões nos instrumentos selecionados para a recolha da informação pretendida.

#### 6.2.1. Caraterísticas gerais do grupo de adolescentes institucionalizadas

O grupo de adolescentes institucionalizadas foi constituído por 50 adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos ( $M = 14,88$ ;  $DP = 1,90$ ).

**Tabela 1** - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo a idade

		n	%
Idade	12 - 15	30	60
	16 - 19	20	40

A maioria das adolescentes já tinha reprovado, pelo menos, uma vez (70%) e 26% faltavam às aulas sem autorização (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo as reprovações e fugas à escola

		n	%
Reprovações	Sim	35	70
	Não	14	28
Fugas à Escola	Sim	13	26
	Não	36	72

Podemos ainda verificar que a maioria das adolescentes institucionalizadas eram filhas de pais separados/divorciados (50%) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo a estrutura familiar

		n	%
Estrutura Familiar	Intacta	8	16
	Monoparental	30	60
	Recasamento	8	16

Os pais das adolescentes tinham idades compreendidas entre 37 e 65 anos ( $M = 50,57$ ;  $DP = 10,14$ ), enquanto as mães entre os 31 e os 63 anos ( $M = 40,41$ ;  $DP = 8,97$ ).

6.2.2. Caraterísticas gerais do grupo de adolescentes não institucionalizadas

O grupo de adolescentes não institucionalizadas foi constituído por 92 adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos ( $M = 15,32$ ;  $DP = 2,04$ ).

**Tabela 4** - Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo a idade

		n	%
Idade	12 - 15	46	50
	16 - 19	46	50

Como podemos observar na tabela 5, a maioria das adolescentes não institucionalizadas nunca tinha reprovado (78,3%).

Podemos ainda verificar que mais de metade das adolescentes não institucionalizadas são oriundas de famílias intactas (Tabela 6).

**Tabela 5** - Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo as reprovações e as fugas à escola

		n	%
Reprovações	Sim	20	21,7
	Não	72	78,3
Fugas à Escola	Sim	9	9,8
	Não	82	89,1

**Tabela 6** - Distribuição da amostra de adolescentes não institucionalizadas segundo a estrutura familiar

		n	%
Estrutura Familiar	Intacta	54	58,7
	Monoparental	23	25
	Recasamento	14	15,2

Em relação aos pais das adolescentes não institucionalizadas, a idade dos progenitores do sexo masculino oscilava entre os 33 e 56 anos ( $M = 43,48$ ;  $DP = 5,80$ ), enquanto a idade das mães variava entre os 33 anos e a máxima é de 76 anos ( $M = 47,16$ ;  $DP = 7,16$ ).

### 6.3. Instrumentos

#### 6.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e familiares

Para recolher os dados sociodemográficos e familiares necessários ao estudo foram utilizados dois questionários distintos.

Um destes foi criado especificamente para recolher os dados da amostra escolar. Este foi preenchido pelos próprios adolescentes e incluía questões fechadas e abertas.

O outro questionário foi adaptado por Lemos (2007) e teve como objetivo recolher as variáveis familiares e sociodemográficas das participantes institucionalizadas. Este foi preenchido pelos técnicos das instituições, avaliando várias áreas, tais como: dados referentes à institucionalização, à escola, ao agregado familiar e à saúde da jovem.

### 6.3.2. *Healthy Kids Resilience Assessment Module (HKRAM) – Versão 6.0*

O HKRAM é um módulo opcional do *California Healthy Kids Survey*, tendo sido criado inicialmente para aplicação em escolas secundárias. Este procura compreender a resiliência enquanto constructo, avaliando para tal uma variedade de recursos internos e externos associados ao desenvolvimento positivo dos adolescentes (Constantine & Benard, 2001).

Criado a partir das conceções teóricas de Benard, que entendia a resiliência como um processo dinâmico, a HKRAM possui 58 itens, organizados em três escalas: recursos externos (31 itens), recursos internos (18 itens) e *Response-set Breakers* (7 itens). Utilizámos a versão portuguesa de Martins (2005).

É um questionário de autorresposta com uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, no qual A corresponde a discordo totalmente, B a discordo, C a concordo e D a concordo totalmente. Para cotar as pontuações totais de cada subescala são somados os pontos obtidos em cada item, dividindo pelo número de itens respondidos. Para cotar cada uma das escalas (recursos externos, recursos internos e *response-set breakers*) a cotação das diferentes subescalas deverá ser combinada com a estruturação da escala total, de modo a obter a cotação total referente a cada um dos recursos (Martins, 2005).

Os recursos externos ou fatores protetores avaliados são: o envolvimento na escola, o envolvimento em casa, o envolvimento na comunidade e o envolvimento com o grupo de pares. Em relação ao envolvimento na escola, em casa e na comunidade são avaliados três grupos de recursos: as relações afetivas, as expectativas elevadas e as oportunidades significativas de participação. Em relação ao envolvimento com o grupo de pares são avaliadas as relações afetivas e as expectativas elevadas (Constantine, Benard, & Diaz, 1999).

Quanto aos recursos internos, estes são avaliados em grupos de recursos, tais como: a cooperação e comunicação, a autoeficácia, a empatia, a resolução de problemas, a autoconsciência e as metas e aspirações. Segundo a conceção teórica que teve por base o HKRAM os recursos internos são vistos como consequências da satisfação das necessidades humanas básicas, sendo estas uma consequência da existência dos recursos externos expressos acima (Constantine, Benard, & Diaz, 1999).

No presente estudo obtivemos os seguintes índices de fiabilidade:  $\alpha = ,92$  para Resiliência Total;  $\alpha = ,90$  para Recursos Externos e  $\alpha = ,81$  para Recursos Internos. Em relação às subescalas de Recursos Externos encontramos os índices de fiabilidade:  $\alpha = ,84$  para o Envolvimento na Escola;  $\alpha = ,87$  para o Envolvimento em Casa;  $\alpha = ,84$  para o Envolvimento na Comunidade e  $\alpha = ,59$  para o Envolvimento com o Grupo de Pares. No que se refere às subescalas de Recursos Internos foi possível encontrar os seguintes índices de fiabilidade:  $\alpha = ,49$  para Cooperação e Comunicação;  $\alpha = ,64$  para a Autoeficácia;  $\alpha = ,65$  para a Empatia;  $\alpha = ,77$  para a Resolução de Problemas;  $\alpha = ,72$  para a Autoconsciência e  $\alpha = ,42$  para as Metas e Aspirações.

### 6.3.3. *Brief Symptom Inventory (BSI)*

O BSI é uma versão reduzida do SCL-90-R, contendo apenas 53 itens. Este corresponde a um instrumento de autorrelato para medir o distresse psicológico e os sintomas psicopatológicos em amostras clínicas e comunitárias, podendo ser utilizado em qualquer tipo de população a partir dos 13 anos de idade (Canavarro, 1999; Urbán, et al., 2014).

Criado inicialmente por Derogatis, este instrumento foi adaptado à população portuguesa por Canavarro (1999). Posteriormente este instrumento foi adaptado para a população portuguesa de adolescentes, por Lemos (2007).

Composto por nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, o BSI encontra-se num formato de resposta do tipo *Likert* de cinco pontos, no qual é solicitado ao participante que este descreva em que grau cada problema o incomodou na última semana, neste o 0 corresponde a nada, o 1 a poucas vezes, o 2 a algumas vezes, o 3 a muitas vezes e o 4 a muitíssimas vezes.

Os três índices globais deste instrumento são: o Índice Geral de Sintomas (que corresponde à intensidade do mal-estar que o sujeito possui), o Total de Sintomas Positivos (total de queixas somáticas) e o Índice de Sintomas Positivos (média da intensidade de todos os sintomas do inventário). Para calcular o Índice Geral de Sintomas são somadas as pontuações de todos os itens, dividindo-se o valor pelo número de respostas dadas pelo sujeito. O Total de Sintomas Positivos cota-se através da contabilização do número de itens assinalados com uma resposta maior que zero (nunca).

O Índice de Sintomas Positivos é calculado através da divisão da soma de todos os itens pelo Total de Sintomas Positivos obtido (Canavarro, 1999). No presente estudo apenas utilizaremos o Índice Geral de Sintomas, que apresentou a seguinte fiabilidade:  $\alpha = ,97$ .

#### 6.3.4. Adolescent Psychopathology Scale – Short Form (APS-SF) – Escala de Perturbação de Comportamento

A APS-SF consiste numa medida multidimensional de psicopatologia e de problemas psicossociais, criada por Reynolds (2000), para aplicação em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. Esta procura avaliar a presença e a intensidade de determinadas psicopatologias, tendo por base a especificação sintomatológica presente no DSM-IV (Lemos, Faísca, & Valadas, 2011). Esta é composta por 12 escalas clínicas e duas escalas de validade, no entanto, para o presente estudo apenas será aplicada uma das escalas clínicas do presente instrumento, a Escala de Perturbação de Comportamento.

A Escala de Perturbação de Comportamento é constituída por 15 itens e possui um formato de resposta dicotómico (verdadeiro/falso), remetendo para a presença ou ausência de problemas comportamentais nos últimos seis meses (Lemos, 2007).

Esta escala tem por base os critérios do DSM-IV, definindo a Perturbação de Comportamento como “*um padrão de comportamento persistente e repetitivo em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais próprias da idade do sujeito*” (APA, 2002, p. 93).

Num estudo conduzido por Lemos, Faísca e Valadas (2011) verificou-se que para a população portuguesa a Escala de Perturbação de Comportamento possui uma consistência interna satisfatória, medida pelo alfa de Cronbach ( $\alpha \geq ,70$ ).

De forma a avaliar a intensidade da sintomatologia expressa por este instrumento, as pontuações brutas obtidas em cada escala são posteriormente transformadas em medidas padronizadas, calculando a partir daí os níveis de severidade dos problemas reportados pelo sujeito (Lemos, 2007).

Segundo Reynolds (2000) (cit in Lemos, 2007) pontuações na escala de Perturbação do Comportamento superiores a 60T são clinicamente relevantes, pontuações

entre 66T e 70T correspondem a formas ligeiras de Perturbação do comportamento (por exemplo, suspensões da escola, violação de regras escolares ou da casa, envolvimento em lutas, roubos) e pontuações superiores a 70T correspondem a formas mais graves de Perturbação do Comportamento (tais como, comportamento violento em relação a outras pessoas, destruição de propriedade).

No presente estudo obtivemos um índice de fiabilidade de  $\alpha = ,60$ .

## **6.4.Procedimentos**

### **6.4.1. Procedimento de recolha de dados**

De modo a recolher os dados referentes aos adolescentes institucionalizados, foram realizados pedidos de autorização a vários Lares de Infância e Juventude e Centros de Acolhimento Temporário. Para a recolha dos dados em contexto escolar o pedido de autorização foi feito ao diretor de um Agrupamento Escolar.

Em relação aos questionários aplicados em contexto institucional, o questionário de caracterização dos adolescentes institucionalizados foi preenchido por um elemento da equipa técnica da instituição, devido à natureza das questões sobre a situação pessoal e familiar dos menores. Os restantes instrumentos foram preenchidos pelos próprios adolescentes, tendo sido aplicados pelo investigador conforme a disponibilidade dos adolescentes que aceitaram participar no estudo.

No que se refere aos questionários aplicados em contexto escolar, os mesmos foram aplicados apenas aos alunos cujos encarregados autorizem a participação dos seus educandos (após entrega de consentimento informado devidamente assinado). Estes foram aplicados pelo investigador em contexto de sala de aula, numa hora e data combinados previamente com um dos professores das turmas selecionadas.

Em ambas as situações foi explicado aos adolescentes que a sua participação é voluntária e que estes podiam abandonar o estudo a qualquer momento, caso fosse a sua vontade.

A recolha dos dados decorreu entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016.

#### 6.4.2. Procedimento de análise de dados

O tratamento dos dados recolhidos foi realizado com o programa de análise de dados estatísticos *IBM-SPSS Statistics 20*.

A amostra foi caracterizada segundo as características sociodemográficas dos inquiridos, utilizando frequências percentuais e médias aritméticas para avaliar a variabilidade das respostas para cada grupo em estudo.

Para além dos procedimentos de estatística descritiva atrás mencionados, também foram utilizados o Teste One Way Anova e o teste de correlação - Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

Foi definido o nível de significância foi de ,05 para todos os testes estatísticos utilizados.

## 7. Resultados

### 7.1. Comparação entre adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas em relação à resiliência

Não observamos diferenças significativas entre as adolescentes institucionalizadas e as não institucionalizadas quanto às escalas de recursos externos e recursos internos e na resiliência total.

**Tabela 7** – Comparação das subescalas da resiliência nos dois grupos de adolescentes

	Institucionalizadas ( <i>N</i> = 50)		Não Institucionalizadas ( <i>N</i> = 92)		F	<i>p</i>	$\eta^2$
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Resiliência Total	3,02	0,41	3,03	0,34	0,00	<i>n.s.</i>	-
Recursos Internos	2,98	0,44	2,98	0,36	1,66	<i>n.s.</i>	-
Recursos Externos	3,13	0,44	3,23	0,38	0,02	<i>n.s.</i>	-

Na Tabela 8 apresentamos os índices de correlação entre as diferentes subescalas de recursos externos (HKRAM). Observamos uma relação positiva e significativa entre todas as dimensões em estudo, exceto entre a subescala comunidade e pares.

**Tabela 8** - Índices de correlação entre as subescalas de recursos externos

	1	2	3	4	5
1. Escola	-	,44***	,25*	,23*	,67***
2. Casa	,30*	-	,36**	,22*	,75***
3. Comunidade	,40**	,50***	-	,14	,73**
4. Pares	,58***	,38**	,35*	-	,52***
5. Total Recursos Externos	,71***	,77***	,79***	,71***	-

\* p <,05; \*\* p <,01; \*\*\* p <,001

Nota: Os valores do quadrante superior referem-se ao grupo adolescentes não institucionalizados. Os do quadrante inferior referem-se aos adolescentes institucionalizados.

Ao comparar ambos grupos de adolescentes, observámos diferenças estatisticamente significativas no envolvimento em casa, com as adolescentes não institucionalizadas a apresentarem um maior envolvimento em casa, comparativamente às jovens institucionalizadas (Ver Tabela 9).

No entanto, as adolescentes institucionalizadas apresentaram um envolvimento significativamente maior com a escola do que as não institucionalizadas.

Como podemos observar na tabela seguinte, no que concerne aos recursos externos de resiliência envolvimento com os pares e envolvimento com a comunidade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adolescentes.

**Tabela 9** – Comparação dos recursos externos de resiliência nos dois grupos de adolescentes

	Institucionalizadas (N = 50)		Não Institucionalizadas (N = 92)		F	p	$\eta^2$
	M	DP	M	DP			
Envolvimento em casa	3,01	0,67	3,28	0,54	6,69	,011	,05
Envolvimentos na escola	2,92	0,48	2,73	0,45	4,77	,031	,03
Envolvimento na comunidade	3,01	0,70	2,96	0,68	0,14	<i>n.s.</i>	-
Envolvimento com os pares	2,99	0,49	2,99	0,42	0,00	<i>n.s.</i>	-

Na tabela 10 apresentamos as relações entre as diferentes subescalas dos recursos internos para os dois grupos de adolescentes.

**Tabela 10** - Índices de correlação entre as subescalas de recursos internos

	1	2	3	4	5	6	7
1. Cooperação		,30**	,37***	,12	,24*	,17	,54***
2. Autoeficácia	,55***		,14	,33**	,48***	,34**	,69***
3. Empatia	,41**	,36*		,24*	,19	,17	,51***
4. Resolução de Problemas	,51***	,58***	,36*		,34**	,35**	,67***
5. Consciência	,26	,48**	,23	,34*		,52***	,75***
6. Metas e aspirações	,44**	,24	,31*	,19	,23		,65***
7. Total Recursos Internos	,77***	,77***	,64***	,74***	,62***	,57***	

\* p < ,05; \*\* p < ,01; \*\*\* p < ,001

Nota: Os valores do quadrante superior referem-se ao grupo adolescentes não institucionalizados. Os do quadrante inferior referem-se aos adolescentes institucionalizados.

Como se pode observar na tabela 11, as adolescentes não institucionalizadas obtiveram valores significativamente mais elevados na empatia e nas metas e aspirações do que as institucionalizadas. Nas restantes subescalas de recursos internos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

**Tabela 11** - Diferenças em relação aos recursos internos de resiliência nos dois grupos

	Institucionalizadas (N = 50)		Não Institucionalizadas (N = 92)		F	p	$\eta^2$
	M	DP	M	DP			
Cooperação e participação	3,05	0,67	3,10	0,54	0,23	n.s.	-
Auto-eficácia	2,94	0,57	3,02	0,61	0,52	n.s.	-
Empatia	3,26	0,62	3,48	0,49	5,09	,026	,04
Resolução de problemas	3,19	0,70	3,05	0,74	1,21	n.s.	-
Autoconsciência	3,20	0,66	3,12	0,69	0,47	n.s.	-
Metas e aspirações	3,16	0,60	3,59	0,47	21,95	,000	,14

## 7.2. Comparação entre adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas ao nível dos Sintomas psicopatológicos (internalizantes e externalizantes)

Ao compararmos os sintomas psicopatológicos internalizantes (expressos pelo índice geral de sintomas da escala BSI) e o total de problemas de comportamento (medidos pela escala APS) observámos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Tabela 12).

As adolescentes institucionalizadas apresentaram um maior índice geral de sintomas e mais problemas de comportamento do que as não institucionalizadas.

**Tabela 12** - Diferenças em relação aos problemas internalizantes e externalizantes nos dois grupos

	Institucionalizadas ( <i>N</i> = 50)		Não Institucionalizadas ( <i>N</i> = 92)		F	<i>p</i>	$\eta^2$
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Índice Geral de Sintomas	2,69	0,85	2,26	0,69	9,72	,002	,07
Total Problemas de Comportamento	1,71	1,19	0,91	1,08	10,43	,002	,07

### 7.3. Relação entre resiliência e problemas psicopatológicos em adolescentes institucionalizadas

Na Tabela 13 apresentamos os índices de correlação entre as principais dimensões da resiliência e os problemas psicopatológicos nos dois grupos de adolescentes.

Observamos em ambos os grupos uma relação significativa e positiva entre os recursos internos e os recursos externos, e entre estas duas variáveis e o total de resiliência. No grupo de adolescentes não institucionalizadas observamos ainda uma relação significativa e negativa entre os recursos externos, os recursos internos e o total de resiliência em relação ao índice geral de sintomas e aos problemas de comportamento. Neste grupo foi ainda encontrada uma relação significativa e positiva entre o índice geral de sintomas e os problemas de comportamento.

**Tabela 13** - Relação entre a resiliência, sintomas psicopatológicos e problemas de comportamento nos dois grupos

	1	2	3	4	5
1. Recursos Externos	-	,67***	,95***	-,36**	-,31**
2. Recursos Internos	,75***	-	,84***	-,30**	-,20
3. Resiliência Total	,96***	,88***	-	-,40***	-,27*
4. Índice Geral de Sintomas	,16	,16	,16	-	,45***
5. Problemas Comportamento	,04	,00	,04	,18	-

\* p < ,05; \*\* p < ,01; \*\*\* p < ,001

Nota: Os valores do quadrante superior referem-se ao grupo adolescentes não institucionalizados. Os do quadrante inferior referem-se aos adolescentes institucionalizados.

## 7.4. Análise de algumas variáveis sociodemográficas

### 7.4.1. Estrutura familiar

Os resultados indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as adolescentes institucionalizadas que provinham de famílias monoparentais e as provinham de famílias biparentais (íntactas e de recasamento) no que se refere aos recursos externos e internos e ao total de resiliência, bem como ao índice geral de sintomas e total de problemas de comportamento (Tabela 14).

**Tabela 14** - Comparação entre adolescentes institucionalizadas provenientes de famílias monoparentais e biparentais

	Monoparental		Biparental		F	p	$\eta^2$
	(N = 30)		(N = 16)				
	M	DP	M	DP			
Recursos externos	3,03	0,44	2,89	0,44	1,08	n.s.	-
Recursos internos	3,21	0,49	3,03	0,37	1,63	n.s.	-
Total de resiliência	3,07	0,43	2,93	0,40	1,25	n.s.	-
Índice Geral de Sintomas	2,77	0,86	2,48	0,82	1,15	n.s.	-
Problemas de comportamento	1,57	1,87	2,12	1,78	0,92	n.s.	-

No grupo de adolescentes não institucionalizadas, verificou-se que as adolescentes que vivem em famílias biparentais apresentam mais recursos de resiliência (internos e externos) e uma maior resiliência total e um índice geral de sintomas mais baixo, comparativamente às adolescentes que vivem em famílias monoparentais (Tabela 15).

**Tabela 15** - Comparação entre adolescentes não institucionalizadas provenientes de famílias monoparentais e biparentais

	Monoparental		Biparental		F	p	$\eta^2$
	(N = 23)		(N = 68)				
	M	DP	M	DP			
Recursos externos	2,83	0,41	3,03	0,33	4,96	,029	,02
Recursos internos	2,99	0,41	3,31	0,34	12,21	,001	,14
Total de resiliência	2,84	0,39	3,09	0,31	8,48	,005	,10
Índice Geral de Sintomas	2,55	0,63	2,17	0,69	4,82	,031	,06
Problemas de comportamento	1,27	1,16	0,79	1,04	3,36	n.s.	-

7.4.2. Idade

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as adolescentes mais novas (12 aos 15 anos) e as adolescentes mais velhas (16 aos 19 anos) em ambos os grupos em análise (Tabelas 16 e 17).

**Tabela 16** - Comparação entre adolescentes institucionalizadas em relação à idade

	12-15 anos (N = 30)		16-19 anos (N = 20)		F	p	$\eta^2$
	M	DP	M	DP			
	Recursos externos	3,01	0,45	2,94			
Recursos internos	3,16	0,46	3,10	0,41	0,24	n.s.	-
Total de resiliência	3,04	0,42	2,99	0,41	0,22	n.s.	-
Índice Geral de Sintomas	2,59	0,93	2,82	0,72	0,82	n.s.	-
Problemas de comportamento	1,83	1,78	1,50	1,89	0,38	n.s.	-

**Tabela 17** - Comparação entre adolescentes não institucionalizadas em relação à idade

	12-15 anos (N = 46)		16-19 anos (N = 46)		F	p	$\eta^2$
	M	DP	M	DP			
	Recursos externos	3,02	0,35	2,95			
Recursos internos	3,28	0,37	3,17	0,39	2,07	n.s.	-
Total de resiliência	3,08	0,33	2,98	0,35	1,93	n.s.	-
Índice Geral de Sintomas	2,24	0,69	2,27	0,70	0,03	n.s.	-
Problemas de comportamento	1,00	1,22	0,82	0,92	0,62	n.s.	-

### 7.4.3. Sucesso escolar

Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as adolescentes institucionalizadas com história de insucesso escolar com as adolescentes institucionalizadas que nunca tinham reprovado, apresentando um menor índice geral de sintomas as adolescentes que nunca reprovaram (Tabela 18).

**Tabela 18** - Comparação entre adolescentes institucionalizadas em relação ao sucesso e insucesso escolar

	Sucesso escolar		Insucesso escolar		F	p	$\eta^2$
	(N = 14)		(N = 35)				
	M	DP	M	DP			
Recursos externos	3,12	0,42	2,94	0,44	1,75	n.s.	-
Recursos internos	3,13	0,49	3,15	0,41	0,03	n.s.	-
Total de resiliência	3,12	0,42	2,99	0,40	0,85	n.s.	-
Índice Geral de Sintomas	2,18	0,68	2,84	0,85	5,74	,021	,12
Problemas de comportamento	1,23	1,36	1,82	1,93	1,02	n.s.	-

Realizou-se a mesma comparação em relação às adolescentes não institucionalizadas, não se tendo observado diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões em análise (Tabela 19).

**Tabela 19** - Comparação entre adolescentes não institucionalizadas em relação ao sucesso e insucesso escolar

	Sucesso escolar		Insucesso escolar		F	p	$\eta^2$
	(N = 72)		(N = 20)				
	M	DP	M	DP			
Recursos externos	3,01	0,36	2,88	0,35	1,86	n.s.	-
Recursos internos	3,22	0,36	3,25	0,45	0,06	n.s.	-
Total de resiliência	3,04	0,34	2,97	0,36	0,59	n.s.	-
Índice Geral de Sintomas	2,22	0,66	2,39	0,78	0,88	n.s.	-
Problemas de comportamento	0,86	0,99	1,10	1,37	0,78	n.s.	-

## 7.5. Análise de algumas variáveis contextuais do grupo de adolescentes institucionalizadas

### 7.5.1. Conflito com um dos progenitores

A existência de um conflito com um dos progenitores não se revelou estatisticamente significativa para nenhuma das dimensões em estudo, como podemos observar na tabela seguinte.

**Tabela 20** - Comparação entre adolescentes institucionalizadas com historial de conflitos com um dos progenitores e sem o mesmo

	Sem conflito		Com conflito		F	p	$\eta^2$
	(N = 12)		(N = 16)				
	M	DP	M	DP			
Recursos externos	3,00	0,42	3,01	0,47	0,00	n.s.	-
Recursos internos	3,12	0,44	3,24	0,46	0,47	n.s.	-
Total de resiliência	3,03	0,38	3,06	0,45	0,05	n.s.	-
Índice Geral de Sintomas	2,49	0,91	2,96	0,80	1,98	n.s.	-
Problemas de comportamento	1,33	1,37	1,14	1,41	0,12	n.s.	-

#### 7.5.2. História de maltrato na infância

A existência de uma história de vida marcada por maltratos na infância (negligencia, abuso físico, abuso sexual ou abuso psicológico) não se revelou estatisticamente significativa para nenhuma das dimensões em estudo, como podemos observar na seguinte tabela.

**Tabela 21** - Comparação entre adolescentes institucionalizadas com história de maltrato e sem história de maltrato

	Sem maltrato		Com maltrato		F	p	$\eta^2$
	(N = 21)		(N = 28)				
	M	DP	M	DP			
Recursos externos	2,95	0,45	2,99	0,45	0,11	n.s.	-
Recursos internos	3,13	0,45	3,14	0,44	0,01	n.s.	-
Total de resiliência	3,00	0,41	3,03	0,42	0,03	n.s.	-
Índice Geral de Sintomas	2,48	0,82	2,80	0,86	1,66	n.s.	-
Problemas de comportamento	1,95	1,96	1,48	1,72	0,76	n.s.	-

### 7.5.3. Motivação escolar

Foi analisada a motivação escolar das adolescentes institucionalizadas, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas ao nível do índice geral de sintomas e do total de problemas de comportamento. Essas diferenças manifestam-se no sentido das adolescentes mais motivadas fase à escola apresentarem um menor índice geral de sintomas e menos problemas de comportamento, comparativamente às adolescentes institucionalizadas menos motivadas fase à escola (Tabela 22).

**Tabela 22** - Comparação entre adolescentes institucionalizadas com e sem motivação escolar

	Sem motivação		Com motivação		F	p	$\eta^2$
	(N = 12)		(N = 36)				
	M	DP	M	DP			
Recursos externos	3,13	0,42	2,93	0,45	1,77	n.s.	-
Recursos internos	3,27	0,41	3,08	0,44	1,50	n.s.	-
Total de resiliência	3,18	0,37	2,96	0,42	2,54	n.s.	-
Índice Geral de Sintomas	3,19	0,82	2,49	0,80	6,28	,016	,137
Problemas de comportamento	3,54	1,86	1,14	1,40	21,04	,000	,286

## 8. Discussão de resultados

Este estudo teve como principal objetivo analisar a existência de diferenças entre adolescentes do sexo feminino institucionalizadas e não institucionalizadas, em relação aos recursos de resiliência (externos e internos) e à existência de indicadores de psicopatologia. Tendo em consideração as variáveis em estudo, verificou-se que, de uma forma geral, os resultados obtidos apontam para a existência de diferenças entre os dois grupos de sujeitos.

Podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas no que concerne às escalas resiliência total, recursos externos e recursos internos. Este resultado vai ao encontro ao obtido por Silva e colaboradores (2013) no seu estudo, no qual não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação aos adolescentes institucionalizados e não institucionalizados em relação ao total de resiliência, ao total de recursos externos e ao total de recursos internos. Também Martins e Neto (2016) não encontraram diferenças no total de resiliência entre adolescentes institucionalizados e não institucionalizados.

No entanto, nas subescalas de recursos externos, podemos verificar que as adolescentes não institucionalizadas apresentam um maior envolvimento em casa, quando comparadas às adolescentes institucionalizadas. É compreensível que, dado o facto de se encontrarem afastadas da família, as adolescentes institucionalizadas tenham um menor envolvimento em casa, uma vez que o envolvimento que se possui com a família não é o mesmo que o relacionamento contruído com os técnicos e funcionários de uma instituição. Também podemos compreender este resultado com o facto de muitas destas adolescentes terem sido institucionalizadas devido a abusos ou negligência por parte dos progenitores, o que leva a que estas tenham maior dificuldade em estabelecer novas relações de confiança e afeto com outros adultos.

Mota e Matos (2015) verificaram num estudo realizado com adolescentes institucionalizados em território nacional que a qualidade da relação que estes adolescentes estabelecem com adultos significativos se relaciona com a resiliência e bem-

estar, realçando uma vez mais a importância de uma relação de confiança e cumplicidade entre os adolescentes institucionalizados e os adultos que trabalham nas instituições.

Também na subescala de envolvimento na escola verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, com as adolescentes institucionalizadas a apresentarem um maior envolvimento com a escola. Encontramos na literatura dados que nos indicam que adolescentes em maior risco psicossocial podem encontrar na escola uma base de apoio e segurança que não lhes é fornecido em casa. Alguns autores sugerem ainda que os professores e funcionários da escola podem ser adotados pelas crianças e jovens em maior risco psicossocial como figuras de referência e modelos de comportamento (Anaut, 2005; Mota & Matos, 2010). Também no estudo de Martins e Neto (2016) os adolescentes institucionalizados apresentaram um maior envolvimento com a escola do que os adolescentes não institucionalizados.

Em relação às subescalas de recursos externos envolvimento com o grupo de pares e envolvimento com a comunidade não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em análise.

Os resultados sugerem ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas no que se refere às subescalas de recursos internos empatia e metas e aspirações, com as adolescentes não institucionalizadas a apresentarem maior empatia e maior índice de metas e aspirações, quando comparadas às adolescentes institucionalizadas. Podemos encontrar alguns estudos que vão neste sentido e afirmam que os adolescentes institucionalizados ou em risco psicossocial apresentam uma menor capacidade de empatia (e.g. Ferronha, Almeida, Oliveira, Sousa, & Sousa, 2014; Oril, Sala-Roca, & Filella, 2014) e aspirações e metas mais baixas (e.g. Zappe, Moura, Dell'Aglio, & Sarriera, 2013; Martins & Neto, 2016) comparativamente a adolescentes que não se encontram em situação de risco.

De acordo com Zappe e colaboradores (2013) as aspirações e metas fase ao futuro são um dos fatores de proteção mais importantes em crianças e adolescentes institucionalizados, uma vez que refletir sobre o futuro influencia o comportamento quotidiano e motiva as escolhas e decisões que afetarão a realização futura. Estes autores

sublinham ainda o facto de que adolescentes com mais expectativas face ao futuro se envolvem muito menos em comportamentos de risco.

Uma vez que as maiores dificuldades apresentadas pelas adolescentes institucionalizadas são ao nível da empatia e das metas e aspirações em relação ao futuro, torna-se fundamental que estes aspetos sejam trabalhados pelos técnicos das instituições com estas jovens. É assim imprescindível estimular estas competências, por exemplo, através de programas de orientação escolar e profissional destinados a auxiliar estas jovens no estabelecimento de metas e objetivos para o futuro concretos.

No que toca às subescalas de recursos internos: cooperação e participação, autoeficácia, resolução de problemas, e autoconsciência, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adolescentes.

Verifica-se ainda que as adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação ao índice geral de sintomas e ao total de problemas de comportamento, com as adolescentes institucionalizadas e apresentarem um maior índice geral de sintomas e mais problemas de comportamento comparativamente às adolescentes não institucionalizadas. Estes resultados estão de acordo com os estudos realizados com este tipo de amostra que nos indicam que as adolescentes institucionalizadas tem uma maior propensão a desenvolver sintomatologia psicopatológica (e.g. Dell'Aglio & Hutz, 2004; Erol et al., 2010; Silva et al., 2013; Wathier & Dell'Aglio, 2007) e a ter problemas de comportamento (e.g. Erol et al., 2010; Daza & Parra, 2013; Silva et al., 2013).

O maior desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (de tipo internalizado ou externalizado) nas adolescentes institucionalizadas é compreensível pelo facto de estas terem na sua história de vida numerosos fatores de risco, que culminaram com a sua colocação numa instituição. Muitas destas adolescentes foram ainda vítimas de negligência ou abusos (físicos, sexuais ou psicológicos) por parte dos seus progenitores, ou passaram por situações de risco social graves (por exemplo, pobreza extrema, alcoolismo/toxicodependência de um dos progenitores, exposição à violência doméstica, prisão de um dos pais, etc.) durante uma fase precoce do seu desenvolvimento, o que aumenta exponencialmente a probabilidade de sofrer de algum tipo de psicopatologia durante a adolescência (Silva et al., 2013; Wathier & Dell'Aglio, 2007).

Neste estudo verificou-se ainda que, no caso das adolescentes não institucionalizadas, quando os recursos de resiliência são superiores, o total de sintomas psicopatológicos e de problemas de comportamento diminui. No entanto, no caso das adolescentes institucionalizadas, não observamos a existência de uma relação entre a resiliência e o índice geral de sintomas e o total de problemas de comportamento.

Em relação às variáveis sociodemográficas verificámos nas adolescentes institucionalizadas que o facto de serem provenientes de uma família monoparental ou biparental (intacta ou de recasamento) não influenciou a capacidade de resiliência, o índice de sintomas e a presença de problemas de comportamento. Assim sendo, no caso das adolescentes institucionalizadas a estrutura familiar em si, parece não ser um fator de risco, talvez devido ao facto das mesmas se encontrarem afastadas da sua família de origem.

Já no grupo de adolescentes não institucionalizadas verificou-se que as adolescentes que vivem em famílias biparentais apresentam mais recursos de resiliência (internos e externos) e uma maior resiliência total, bem como menos problemas de comportamento e um índice geral de sintomas mais baixo, comparativamente às adolescentes que vivem com famílias monoparentais. A literatura indica-nos que pertencer a uma família monoparental constitui um fator de risco para os adolescentes, uma vez que um dos progenitores acaba por ficar como o principal responsável pela educação do adolescente, o que pode levar à sobrecarga do mesmo e conseqüentemente a uma monitorização mais precária do adolescente em diversos aspetos da sua vida (Cardoso, Rodrigues, & Vilar, 2004; Melo & Marim, 2016). De destacar ainda que não foram encontradas diferenças entre as famílias biparentais intactas ou reconstruídas, pelo que podemos deduzir que é o facto de possuir uma estrutura familiar estável que traz benefícios ao adolescente e não o facto deste se encontrar com a sua família de origem. Este resultado é congruente com outros estudos realizados, que mostram que o facto de os adolescentes viverem numa família reconstruída não parece constituir um fator de risco para o desenvolvimento (e.g. Wagner, Ribeiro, Arteche, & Bornholdt, 1999).

De acordo com este estudo a idade não parece ter influência nos recursos de resiliência, nem no total de problemas internalizantes ou externalizantes, quer nas jovens institucionalizadas, quer nas que vivem com as suas famílias. Na literatura ainda não se estabeleceu completamente se a idade tem algum tipo de relação com a psicopatologia.

Apesar disso, existem estudos epidemiológicos que afirmam que algumas psicopatologias específicas são mais frequentes em adolescentes mais velhos do que nos adolescentes mais jovens, tais como as perturbações do humor e da ansiedade (American Psychiatric Association, 2002).

No que concerne à variável sucesso escolar (considerou-se sucesso escolar nunca ter reprovado), as adolescentes institucionalizadas apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao índice geral de sintomas, apresentando um menor índice geral de sintomas as adolescentes que nunca reprovaram. Na literatura podemos encontrar alguns estudos que relacionam o insucesso escolar com a psicopatologia em adolescentes institucionalizados (e.g. Cordovil et al., 2011). No grupo de adolescentes não institucionalizadas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao sucesso escolar. Estes resultados podem ser justificados com o facto de nas adolescentes institucionalizadas a escola funcionar como um fator protetor de especial importância, funcionando como um meio no qual as jovens podem sentir-se competentes e capazes de afirmar as suas capacidades. O sucesso escolar parece funcionar assim como um fator protetor para as adolescentes institucionalizadas.

Em relação a alguns fatores apenas analisados nas adolescentes institucionalizadas verificou-se que a existência de um conflito com um dos progenitores não se revelou estatisticamente significativa para nenhuma das dimensões em estudo, bem como a existência de uma história de maltratos na infância (negligência, abuso físico, sexual ou psicológico). Estes dados são contrários aos encontrados na literatura, que afirma que a existência de uma história de maltratos infantil é um dos principais fatores de risco para a emergência de psicopatologia e de problemas de comportamento (e.g. Davidson et al., 2010; Erol et al., 2010; Maia & Williams, 2005). No entanto, podemos justificar estes dados com o facto de todas as adolescentes institucionalizadas terem uma história de vida bastante complicada e com muitos fatores de risco e, como tal, mesmo quando não tenham sofrido maltratos na infância, se encontrarem já numa situação de risco muito grave. Outra explicação possível para estes resultados prende-se com o facto de a amostra ser pequena e, como tal, não ter a capacidade de detetar pequenos efeitos.

Por sua vez, a motivação escolar parece ser um fator protetor nas adolescentes institucionalizadas, uma vez que as adolescentes mais motivadas face à escola apresentaram um menor índice geral de sintomas e menos problemas de comportamento,

comparativamente às adolescentes institucionalizadas menos motivadas face à escola. Este resultado reforça mais uma vez a importância que a escola possui para os adolescentes em situação de risco que, muitas vezes, encontram no ambiente escolar a estabilidade e a segurança que não possuem no ambiente familiar (Anaut, 2005; Martins & Neto, 2016; Mota & Matos, 2010).

Em suma, os resultados encontrados vão, no global, de acordo com o descrito na literatura e remetem-nos para a existência de características específicas no grupo de adolescentes institucionalizadas, sendo, como tal, importante intervir no sentido de minimizar as diferenças encontradas entre os dois grupos em estudo.

## 9. Considerações Finais

Neste estudo comparativo procurou-se analisar as diferenças entre adolescentes do sexo feminino institucionalizadas e não institucionalizadas, no que se refere aos recursos de resiliência, indicadores de psicopatologia e problemas de comportamento.

Verificou-se que o grupo de adolescentes institucionalizadas apresenta mais indicadores de psicopatologia e mais problemas de comportamento. No entanto, não se verificaram diferenças entre os dois grupos no que se refere ao total de recursos de resiliência, recursos internos e recursos externos.

Apesar disso, as adolescentes institucionalizadas apresentam significativamente menos empatia e menos metas e aspirações do que as adolescentes não institucionalizadas, apresentando igualmente menos envolvimento em casa. Em relação ao envolvimento com a escola as adolescentes institucionalizadas apresentam uma maior pontuação do que as adolescentes não institucionalizadas.

No que concerne aos fatores protetores encontrados, verificou-se que pertencer a uma família biparental constitui um fator de proteção para as adolescentes não institucionalizadas e que possuir sucesso escolar e motivação fase à escola constitui um fator protetor para as adolescentes institucionalizadas.

Atendendo aos resultados presentes neste estudo é importante que as instituições que acolhem jovens em risco desenvolvam algumas medidas, nomeadamente:

- a) O desenvolvimento e a implementação de estratégias que estimulem a empatia nas crianças e jovens, uma vez que esta parece ser uma área na qual os adolescentes institucionalizados apresentam maior fragilidade;
- b) A utilização de Programas de Orientação Escolar e Profissional adequados que permitam aos jovens projetarem-se no futuro de forma objetiva e positiva e criarem assim metas e objetivos face ao futuro;
- c) A monitorização e acompanhamento psicológico das jovens institucionalizadas, uma vez que são um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações psicológicas de tipo quer internalizado, quer externalizado;

- d) A motivação das jovens face à escola, uma vez que esta parece ser um fator protetor altamente importante para adolescentes em situação de maior vulnerabilidade social;
- e) A estimulação do envolvimento dos profissionais que trabalham diariamente com estas adolescentes na vida das mesmas, na partilha de experiências e na criação de uma relação de proximidade que permita a estas jovens possuírem adultos de referência que sirvam como modelos de comportamento no interior da instituição.

Apesar dos resultados obtidos estarem, no global, de acordo com o esperado, este estudo possui algumas limitações, nomeadamente o tamanho da amostra e o facto de ter sido recolhida, exclusivamente, na região do Algarve, pelo que os resultados obtidos não podem ser generalizados.

Outra limitação deste estudo consiste no facto da amostra ser constituída, unicamente, por participantes do sexo feminino. Também é possível referir como limitação o facto da escala de resiliência HKRAM, utilizada neste estudo, não se encontrar adaptada à população de adolescentes institucionalizados.

Assim sendo, é fundamental que se realizem futuramente estudos sobre este tema com amostras maiores, especialmente no contexto nacional. Importa ainda que sejam contruídas ou adaptadas e validadas escalas que meçam a resiliência em contexto institucional, a fim de compreender que recursos de resiliência estes adolescentes efetivamente possuem. É ainda importante realizar estudos longitudinais sobre a resiliência, que permitam compreender de que modo esta se desenvolve ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, bem como estabelecer relações causais entre as variáveis analisadas.

Concluo este estudo com uma frase de C. S. Lewis que refere que “*as dificuldades preparam pessoas comuns para destinos extraordinários*”, ou seja, graças à capacidade de resiliência é possível para as adolescentes institucionalizadas superar as adversidades que a vida lhes impôs numa idade ainda muito precoce e serem pessoas felizes e realizadas.

---

## **Referências Bibliográficas**

---

## 10. Referências Bibliográficas

- Alberto, I. M. (2003). Como pássaros em gaiolas – Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In C. Machado & R. Gonçalves (Orgs.), *Violência e vítimas de crimes – Volume 2 – Crianças*. Coimbra: Quarteto.
- Alvarez, F., Carvalho, I., & Baptista, M. (2014). Adolescentes em contexto institucional. In T. S. Mendes & P. V. Santos (Orgs.), *Acolhimento de Crianças e Jovens em Perigo* (pp. 49-71). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amaral, I. & Martins, P. C. (2014). Os problemas de comportamento das crianças em Centros de Acolhimento Temporário – Um contributo para a compreensão da realidade portuguesa. In M. M. Calheiros & M. V. Garrido (Orgs.), *Crianças em Risco e Perigo: Contextos, Investigação e Intervenção – Vol. 4* (pp. 49-75). Lisboa: Edições Sílabo.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência – Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Arad, B. D. & Bitton, I. N. (2015). Resilience among adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review, 59*, 63-70.
- Benard, B. (2003). *Resiliency - What We Have Learned*. San Francisco: WestEd.
- Browne, K. (2009). *The Risk of Harm to Young Children in Institutional Care*. London: Save the Children.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B. S. I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 95-110). Braga: APPORT/SHO.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica, 4* (21), 667-675.
- Carvalho, M. J. L. (2013). *Sistema Nacional de Acolhimento de Crianças e Jovens*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (s.d.). *Sistema de Proteção Português*, from <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?12.02>.

- Constantine, N., Benard, B., & Diaz, M. (1999). *Measuring Protective Factors and Resilience Traits in Youth: The Healthy Kids Resilience Assessment*. New Orleans: Healthy Kids Resilience Assessment Development Team.
- Constantine, N. & Benard, B. (2001). *California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module: Technical Report*. Berkeley: Public Health Institute.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2009). *Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Autor.
- Cordovil, C., Crujo, M., Vilariça, P., & Caldeira da Silva, P. (2011). Resiliência em crianças e adolescentes institucionalizados. *Acta Medica Portuguesa*, 24 (S2), 413-418.
- Davidson, G., Devaney, J., & Spratt, T. (2010). The Impact of Adversity in Childhood on Outcomes in Adulthood: Research Lessons and Limitations. *Journal of Social Work*, 10 (4), 369-390.
- Daza, M. P. F. & Parra, A. F. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12 (3), 797-810.
- Dell'Aglio, D. D. & Hutz, C. S. (2004). Depressão e Desempenho Escolar em Crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 341-350.
- Diário da República (1999). Lei 147/99, de 1 de setembro, nº 204/99, série I-A, de 1 de setembro de 1999.
- Dumais, M., Cyr, C., & Michel, G. (2014). L'attachement chez les enfants institutionnalisés: une recension narrative et méta-analytique des études sur les facteurs de risque. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 64, 181-194.
- Erol, N., Simsek, Z., & Munir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 113-124.
- Eurochild (2010). *Children in alternative care – National Surveys*. S.l.: Eurochild Secretariat.
- Fernandes, A. O. & Monteiro, N. R. (2016). Psychological Indicators and Perceptions of Adolescents in Residential Care. *Paidéia*, 26 (63), 81-89.
- Ferronha, J., Almeida, A., Oliveira, L., Sousa, J., & Sousa, V. (2014). Estudo da vinculação e da empatia em adolescentes institucionalizados com acompanhamento

- psicológico no PIAC. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 327-338.
- leming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer – Psicologia da Adolescência*. Porto: Edições Afrontamento.
- García, C. G., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Del Valle, J. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care - Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73, 100-106.
- Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466.
- Institute of Education Sciences (2007). *Measuring resilience and youth development: the psychometric properties of the Healthy Kids Survey*. S.l.: U.S. Department of Education.
- Instituto da Segurança Social. (2015). *Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto Para o Desenvolvimento Social. (2000). *Lares de Crianças e Jovens – Caracterização e Dinâmicas de Funcionamento*. S.l.: Autor.
- Jozefiak, T., Kaye, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrom, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 33-47.
- Kendrick, A. (2013). Relations, relationships and relatedness: residential child care and the family metaphor. *Child and Family Social Work*, 18, 77-86.
- Lemos, I. (2007). *Família, Psicopatologia e Resiliência na Adolescência: Do Risco Psicossocial ao Percurso Delinvente*. Tese para a obtenção do grau de doutor no ramo de Psicologia, especialidade de Psicologia Clínica, Universidade do Algarve, Faculdade de ciências Humanas e Sociais.
- Lemos, I. (2009). Adversidade psicossocial, resiliência e saúde mental na adolescência. In S. Jesus, C. Nunes, & J. P. Cruz (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp. 206-227). Lisboa: Editora Textiverso.
- Lemos, I. (2014). Crise ou bonança? Perspetivas clínicas sobre o desenvolvimento na adolescência. *Cadernos do GREI*, 12 (3), 1-21.

- Lemos, I. T., Faísca, L. M., Valadas, S. T. (2011). Assessment of Psychopathological Problems in the School Context: The Psychometric Properties of a Portuguese Version of the Adolescent Psychopathology Scale-Short Form. *Journal of Psychoeducational Assessment, 29* (1), 63-74.
- Little, M., Axford, N., & Morpeth, L. (2004). Research Review: Risk and protection in the context of services for children in need. *Child and Family Social Work, 9*, 105-117.
- Lopes, C., Abreu, G., Santos, D. F., Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B., Cunha, C. F., Vasconcellos, M. T. L., Bloch, K. V., & Szklo, M. (2016). ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública, 50* (1), 1-9.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development, 71* (3), 543-562.
- Maia, J. M. D. & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia, 13* (2), 91-103.
- Martins, M. H. (2005). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco – Resiliência e Desenvolvimento*. Tese para a obtenção do grau de Doutorado em Psicologia, especialidade em Psicologia Educacional, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Martins, M. H., & Neto, V. C. (2016). Resilience and self-concept of competence in institutionalized and non-institutionalized young people. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia, 30* (2), 61-76.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic – Resilience Processes in Development. *American Psychologist, 56* (3), 227-238.
- Melo, S. C. H., & Marin, A. H. (2016). Influência das composições familiares monoparentais no desenvolvimento da criança - Revisão de Literatura. *Revista da SPAGESP, 17* (1), 4-13.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2010). Adolescentes institucionalizados: o papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrolo. *Análise Psicológica, 2* (28), 245-254.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2015). Adolescents in Institutional Care: Significant Adults, Resilience and Well-Being. *Child Youth Care Forum, 44*, 209-224.

- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- Oril, X., Sala-Roca, J., & Filella, G. (2014). Emotional competences of adolescents in residential care: Analysis of emotional difficulties for intervention. *Children and Youth Services Review*, 44, 334–340.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *O Mundo da Criança – Da infância à adolescência*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Parente, C., Mendes, E., Teixeira, V., & Martins, P. C. (2014). As redes sociais pessoais de crianças e jovens em perigo em regime de acolhimento residencial. In M. M. Calheiros & M. V. Garrido (Orgs.). *Crianças em Risco e Perigo – Contextos, Investigação e Intervenção – Vol. 4* (pp. 77-101). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pessanha, M. (2008). *Vulnerabilidade e resiliência no desenvolvimento dos indivíduos – Influência da qualidade dos contextos de socialização no desenvolvimento das crianças*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rutter, M. (2000). Children in Substitute Care: Some Conceptual Considerations and Research Implications. *Children and Youth Services Review*, 22 (9/10), 685-703.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O., & Yule, M. (1976). Adolescent turmoil: Fact or fiction. *Child Psychology & Psychiatry*, 17, 35-56.
- Silva, C., Lemos, I., & Nunes, C. (2013). Acontecimentos de vida stressantes, psicopatologia e resiliência em adolescentes institucionalizados e não institucionalizados. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (2), 348-355.
- Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., Ferreira, M., & Diniz, J. A. (2009). *Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência*. Queluz de Baixo: Edição Aventura Social e Saúde.
- Siqueira, A. C., & Dell’Aglia, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18 (1), 71-80.
- Soares, I. (2000). Introdução à Psicopatologia do Desenvolvimento – Questões Técnicas e de Investigação. In I. Soares (Ed.). *Psicopatologia do Desenvolvimento – Trajetórias (In) adaptativas ao longo da vida* (pp. 11-42). Coimbra: Quarteto.

- Trigo, L. R., & Alberto, I. (2010). As múltiplas faces da institucionalização de crianças e jovens: risco e/ou oportunidade. In A. T. Almeida & N. Fernandes (Org.), *Intervenção com Crianças, Jovens e Famílias* (pp. 125-143). Coimbra: Edições Almedina.
- Ungar, M. (2004). A Constructionist Discourse on Resilience: Multiple Contexts, Multiple Realities among At-Risk Children and Youth. *Youth & Society*, 35 (3), 341-365.
- Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 218-235.
- Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kokonyei, G., Unoka, Z., Felvinczi, K., Oláh, A., & Demetrovics, Z. (2014). Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. *Psychiatry Research*, 216, 146-154.
- Vugta, E., Lancôtob, N., Paquetteb, G., Collin-Vézinac, D., & Lemieuxba, A. (2014). Girls in residential care - From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38, 114-122.
- Wagner, A., Ribeiro, L., Arteché, A., & Bornholdt, E. A. (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1), 1-9.
- Wathier, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria*, 29 (3), 305-314.
- World Health Organization. (2014). *Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015 – 2020*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Zappe, J. G., Moura, J. F., Dell'Aglio, D. D., & Sarriera, J. C. (2013). Expectativas quanto ao futuro de adolescentes em diferentes contextos. *Acta Colombiana de Psicología*, 16 (1), 91-100.
- Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34, 2295-2303.

