

Isadora da Silva Coelho de Sá (63304)

**Características de Vinculação, Sintomas Psicopatológicos e Recursos Internos de
Resiliência em Adolescentes Institucionalizados**



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

Isadora da Silva Coelho de Sá (63304)

Características de Vinculação, Sintomas Psicopatológicos e Recursos Internos de Resiliência em Adolescentes Institucionalizados

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Dissertação efetuada sob a orientação de Prof.^a Doutora Ida Lemos



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

Título do trabalho:

Características de Vinculação, Sintomas Psicopatológicos e Recursos Internos de Resiliência em Adolescentes Institucionalizados

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.

(Isadora da Silva Coelho de Sá)

Copyright by

Isadora da Silva Coelho de Sá

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 de 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 dado crédito ao autor e editor.

Todos os trabalhos que se encontram presentes nesta dissertação foram referenciados de acordo com o Manual de Publicação da APA – 6.^a Edição (2010)

Dedico este trabalho a todos meninos e meninas que tiveram suas infâncias e juventudes permeadas por violência e abandono, mas encontram razões para seguir em frente e não desistirem de si. Que a força de vocês possa transformar o mundo em um lugar melhor e mais justo.

Agradecimentos

Começo agradecendo a Prof. Doutora Ida Lemos pela parceria e orientação durante todo o processo de construção e escrita da dissertação. Agradeço pelas respostas rápidas e pela disponibilidade de sempre.

Agradeço também as minhas colegas de mestrado com quem pude dividir tanto trabalho e aprendizado, por terem compartilhado felicidades e angústias e principalmente por termos apoiado umas as outras através da sororidade. Agradeço especialmente ao grupo de alunas brasileiras que além de dividirem o percurso acadêmico, também dividiram os sentimentos de saudades do nosso país e das nossas famílias. Vou lembrar com carinho os momentos de diversão e felicidade que compartilhamos ao longo destes dois anos.

Agradeço aos meus amigos portugueses e brasileiros que estando perto ou a mais de sete mil quilómetros de distância, me apoiaram incondicionalmente durante esta jornada. Agradeço todas as ligações, mensagens e abraços virtuais. Aos amigos que fiz em Faro, não consigo imaginar como teria sido sem vocês. Meu coração fica em paz sabendo que agora tenho um segundo lar do outro lado do Atlântico.

Aos meus pais, que não desistiram de mim até quando eu mesma desisti. Obrigada pelas ligações diárias, muitas vezes com mais de horas de duração. Obrigada por escutarem minha angústias, dúvidas e reclamações. Compreendo que meu temperamento difícil muitas vezes é meu maior inimigo.

Aos familiares, a minha madrinha e padrinho, aos meus primos, tias, tios e avós que torceram pelo meu sucesso e me apoiaram nas minhas decisões.

Por fim, agradeço a todos os meninos e meninas que disponibilizaram seu tempo para me ajudar na construção deste estudo. Agradeço as instituições e os técnicos por terem sido tão generosos e atenciosos comigo. No fim, o que mais importa é que este trabalho tenha a possibilidade de impactar positivamente a vida de tantos que vivem em grande vulnerabilidade.

Epígrafe

“O pouco que sei não dá para compreender a vida, então a explicação está no que desconheço e que tenho a esperança de poder vir a conhecer um pouco mais”

Clarisse Lispector

Resumo

O acolhimento institucional é uma política pública que ocorre em diversos países do mundo como estratégia de proteção para crianças e adolescentes que se encontram em contextos potencialmente danosos para a sua saúde física e mental. Em Portugal, apesar do esforço das instituições em promover boas práticas institucionais e assegurar condições adequadas de desenvolvimento aos adolescentes sob a tutela do Estado, esse grupo-alvo ainda é pouco estudado. A adolescência é uma fase de desenvolvimento marcada por maior instabilidade e pela aquisição de diversas competências emocionais, sociais e cognitivas, reforçando-se a importância dos processos de intervenção precoce.

Neste estudo participaram um total de 68 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 19 anos, que residiam em cinco Lares de Infância e Juventude do Algarve. O principal objetivo foi o de investigar a associação entre as características de resiliência, a vulnerabilidade da vinculação e a sintomatologia psicopatológica nesta população. Utilizou-se para esse efeito os seguintes instrumentos: *Healthy Kids Resilience Assessment Module* (HKRAM); *Vulnerable Attachment Style Questionnaire* (VASQ); o *Brief Symptom Inventory* (BSI) e um questionário de dados sociodemográficos e familiares.

Os resultados confirmaram a prevalência de vinculação insegura entre os adolescentes institucionalizados. Os jovens que apresentaram vinculação segura apresentaram também índices de perceção de resiliência maiores quando comparados com sujeitos com vinculação insegura. Ademais, rapazes e raparigas são afetados diferentemente pela vinculação vulnerável, reportando as raparigas índices mais elevados de sintomatologia psicopatológica. Apesar disso, os resultados também apontam para fatores de proteção como bons níveis de resiliência percebida.

Atendendo aos resultados obtidos, verificamos a importância de estimular o relacionamento com a família e com os técnicos que trabalham nas instituições, gerando um ambiente de acolhimento que também seja sensível as demandas emocionais dos residentes. Conclui-se que apesar dos adolescentes residirem em instituições, os recursos que este ambiente oferece pode impactar positivamente no desenvolvimento dos jovens, sendo um espaço de recuperação e segurança.

Palavras-Chave: Institucionalização; Adolescência; Vinculação; Psicopatologia; Resiliência.

Abstract

Institutional care is a public policy that takes place in several countries of the world as a protection strategy for children and adolescents who find themselves in contexts potentially harmful to their physical and mental health. In Portugal, despite the institutions' efforts to promote good institutional practices and ensure adequate development conditions for adolescents under the tutelage of the State, this target group is still little studied. Adolescence is a developmental phase marked by instability and the acquisition of different emotional, social, and cognitive skills, reinforcing the importance of early intervention.

A total of 68 adolescents of both sexes, aged between 12 and 19 years, living in five childhood and youth homes in the Algarve participated in this study. The main objective was to investigate the association between resilience characteristics, vulnerable attachment, and psychopathological symptomatology in this population. To achieve these objectives, it was used as instruments the Healthy Kids Resilience Assessment Module (HKRAM); Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ); The Brief Symptom Inventory (BSI) and a questionnaire of sociodemographic and family data.

The results confirmed the prevalence of insecure attachment among institutionalized adolescents. Young people who presented safe attachment also presented higher resilience perception rates when compared to subjects with insecure attachment. In addition, boys and girls are affected differently by vulnerable attachment, with girls reporting more psychopathological symptoms. Nevertheless, the results also pointed to protective factors such as good levels of perceived resilience.

In view of the results obtained, we verified the importance of stimulate the relationship with the family and with the staff who work in the institutions, generating a welcoming environment that is also sensitive to the emotional demands of the residents. It is concluded that although adolescents live in institutions, the resources that this environment offers can positively impact the development of young people, being a space for recovery and security.

KeyWords: Institutionalization; Adolescence; Attachment; Psychopathology; Resilience.

Índice

Introdução.....	1
<i>Parte I- Enquadramento Teórico</i>	3
1. A institucionalização: uma panorâmica	4
1.1. A institucionalização em Portugal: dados e caracterização.....	7
2. A teoria do apego e suas implicações no processo de desenvolvimento em adolescentes institucionalizados.....	9
3. A Resiliência: sua relação com o apego e sua importância para jovens em vulnerabilidade psicossocial.....	11
<i>Parte II- Estudo Empírico</i>	15
1. Objetivos	16
1.1 Objetivo Geral.....	16
1.2 Objetivos Específicos.....	16
2. Método.....	17
2.1 Desenho do Estudo.....	17
2.2 Técnica de Amostragem.....	17
2.3 Participantes.....	17
2.3.1 Características gerais dos participantes.....	17
2.4 Instrumentos.....	18
2.4.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares.....	18
2.4.2 <i>Healthy Kids Resilience Assessment Module (HKRAM)</i>	8
2.4.3 <i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i>	19
2.4.4 <i>Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ)</i>	19
2.5 Procedimentos.....	20
2.5.1 Procedimentos de recolha de dados.....	20
2.5.2 Procedimentos de análise de dados.....	22
3. Resultados.....	23
3.1 Dados sociodemográficos dos participantes.....	23
3.2 Associação entre as escalas e subescalas do HKRAM, BSI e VASQ.....	26
3.3 Relação entre as variáveis Sociodemográficas e as Subescalas do HKRAM, BSI e VASQ.....	27

3.4 Análise da relação entre os estilos de vinculação e a presença de sintomas psicopatológicos.....	33
3.5 Preditores da presença e intensidade de sintomas psicopatológicos em adolescentes institucionalizados.....	34
4. Discussão	36
5. Considerações Finais.....	45
6. Referências Bibliográficas.....	47
7. Anexos.....	52

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e o grupo etário.....</i>	17
Tabela 2. <i>Caracterização da amostra de acordo com a presença e tipo de maus tratos.....</i>	23
Tabela 3. <i>Caracterização da amostra de acordo com a presença de psicopatologia e comportamentos de risco.....</i>	23
Tabela 4. <i>Caracterização dos adolescentes referente ao grau de escolaridade e ao aproveitamento escolar.....</i>	24
Tabela 5. <i>Caracterização familiar da amostra.....</i>	25
Tabela 6. <i>Correlações de Pearson entre as subescalas do HKRAM e VASQ com BSI na amostra total.....</i>	26
Tabela 7. <i>Correlação de Spearman entre subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e duração da institucionalização.....</i>	27
Tabela 8. <i>Médias, desvios-padrão das subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e teste de Mann-Whitney em função do grupo etário.....</i>	28
Tabela 9. <i>Médias, desvios-padrão das subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e teste de Mann-Whitney em função sexo.....</i>	29
Tabela 10. <i>Médias, desvios-padrão das subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e teste de Kruskall- Wallis para comparações entre os grupos com presença de maus tratos (negligência ou outros) e o grupo sem presença de maus tratos.....</i>	30
Tabela 11. <i>Médias, desvios-padrão das subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e teste de Mann-Whitney em função da motivação escolar.....</i>	31
Tabela 12. <i>Médias, desvios-padrão das subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e teste de Mann-Whitney em função do envolvimento parental.....</i>	32
Tabela 13. <i>Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e o estilo de vinculação</i>	33
Tabela 14. <i>Médias, desvios-padrão do HKRAM e BSI e Teste de Kruskal- Wallis em função do estilo de vinculação prevalente</i>	34

Tabela 15. <i>Contributo do sexo e da VASQ no Índice geral de sintomas (IGS)</i>	34
Tabela 16. <i>Contributo do sexo e da VASQ no Índice geral de sintomas (IGS)</i>	35
Tabela 17. <i>Contributo do sexo masculino no Índice geral de sintomas (IGS) através do VASQ</i>	35

Índice de Anexos

Anexo A. Proposta de recolha de dados enviada para cada instituição participante.....55

Anexo B. Consentimento Informado.....56

Introdução

Não existe uma definição clara e universal sobre o que é a adolescência (Rodgers & Bard, 2003). A complexidade da definição existe exatamente pela grande influência do contexto no desenvolvimento de cada indivíduo, o que impossibilita uma definição que não considere os sistemas históricos, culturais, étnicos e religiosos como implicitamente intrínseco a essa definição (Rodgers & Bard, 2003). Desta forma, o que a adolescência e o que é ser adolescente varia de acordo com o momento histórico e o lugar social do indivíduo (Bronfenbrenner, 1996).

Pelo facto de ser uma fase do desenvolvimento marcada pela instabilidade, o contexto tem um papel essencial no desenvolvimento adaptativo do adolescente (Elder, 1996). A família é uma ferramenta muito importante para o desenvolvimento saudável das crianças, uma vez que é nela em que se aprendem as primeiras normas sociais e os modos de relacionar com as outras pessoas e com o mundo (Newman, Harrison, Dashiff & Davies, 2008). Porém, nem sempre as famílias possuem as ferramentas necessárias para auxiliar no amadurecimento e crescimento dos filhos. As famílias sofrem influências externas do contexto que afetam nas suas competências, podendo tanto favorecer ou serem fatores de risco para o desenvolvimento das crianças e jovens (Bronfenbrenner, 1986).

Uma dessas influências externas são as transições de vida. As transições de vida podem ser normativas ou não-normativas: as normativas são consideradas comuns, apesar de serem potenciais estressores, como o casamento, início da universidade e o nascimento de um filho. As mudanças não-normativas representam acontecimentos com grande potencial desestabilizador, principalmente para famílias vulneráveis. Toda transição de vida é um processo, ou seja, exige uma reorganização qualitativa interna do indivíduo e também da família, uma vez que os próprios papéis sociais são modificados (Bronfenbrenner, 1996).

Nesta classificação, a institucionalização é considerada uma transição de vida não-normativa. Transições de vida não-normativas exigem uma maior atenção pelo seu potencial danoso (Bronfenbrenner, 1996). As instituições de acolhimento para crianças e adolescentes estão presentes globalmente como resposta de política pública e compromisso com os direitos humanos, de forma a preservar o bem-estar de menores que estão sob a tutela do Estado (Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Duschinsky, Fox, Goldman, Gunnar, Johnson, Nelson, Reijman, Skinner, Zeanah & Sonuga-Barke, 2020).

Entretanto existem diversas críticas relativas à sua eficácia e se de facto essas medidas protegem os menores que estão sob tutela institucional (Van Ijzendoorn et al., 2020). As principais razões para a institucionalização de crianças e jovens são a presença de maus tratos, falecimento dos progenitores ou dificuldades económicas graves (Van Ijzendoorn et al., 2020).

A Unicef (2020) estima que 2,2 milhões de crianças e adolescentes estejam em situação de acolhimento residencial ao redor do mundo. Cada país possui sua própria rede de proteção para crianças e adolescentes criadas através de políticas públicas legisladas especificamente para esta população. Em Portugal esta função compete principalmente às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e à Segurança Social.

No decurso do ano de 2019, em Portugal foram aplicadas 14249 medidas de promoção e proteção a crianças e jovens, sendo que desses 7 % foram encaminhados para acolhimento residencial (CNPDPJC, 2020).

Os jovens que residem em instituições possuem demandas específicas e diferentes dos jovens que residem com famílias intactas. Existem ainda poucos estudos empíricos relacionados ao tema, principalmente na região do Algarve. A literatura aponta para diversos fatores protetivos e de risco para esta população, mas por questões geográficas e socioculturais não é possível realizar generalizações.

Neste trabalho, primeiramente será apresentado uma breve caracterização da institucionalização em Portugal. De seguida, também será discutida a influência do apego e da resiliência como indicadores de bem-estar fundamentais para esta população e a sua importância a nível teórico e empírico para compreensão e intervenção junto aos jovens institucionalizados.

O estudo empírico será apresentado na segunda parte da dissertação. A recolha de dados foi realizada com adolescentes institucionalizados de ambos os sexos que residiam em Lares de infância e de juventude do Algarve. Logo após, são expostos os objetivos da dissertação; o método, no qual está incluso, o desenho de estudo, a caracterização da amostra, assim como os procedimentos de recolha e análise de dados. Por fim, são apresentados os resultados e a discussão, assim como assinaladas as limitações do estudo.

Parte I-
Enquadramento Teórico

1. A institucionalização: Uma panorâmica.

As instituições de acolhimento para crianças e adolescentes (em Portugal: Lares de infância e juventude) normalmente são associadas a lugares que oferecem condições inadequadas para o desenvolvimento das crianças e adolescentes que estão sob sua tutela (Van Ijzendoorn et al., 2020). As crianças e adolescentes institucionalizados apresentaram diversos atrasos no seu desenvolvimento físico, cognitivo e emocional exibindo uma melhora efetiva nestes marcadores após o processo de desinstitucionalização (Van Ijzendoorn et al., 2020). Um dos principais fatores que agravam os danos provocados pela institucionalização é o tempo em que o menor permanece na instituição. Por isso, diversos países estão investindo em políticas públicas que favoreçam outras formas de intervenção sem ser residencial (Van Ijzendoorn et al., 2020).

Flannery, Gabard-Durnam, Shapiro, Goff, Caldera, Louie, Gee, Telzer, Humphreys, Lumian & Tottenham (2017) observaram que crianças residindo com famílias adotivas por um curto período, mas com história prévia de institucionalização, apresentavam um nível de cortisol baixo durante o dia e níveis altos de cortisol durante a noite, padrão reconhecido por estar associado a maiores taxas de transtornos psiquiátricos. Quando o mesmo estudo foi replicado com uma amostra de adolescentes que já estavam residindo com famílias adotivas por um período maior, identificou-se que os padrões de cortisol estavam normalizados e equivalentes a outros adolescentes sem histórico de institucionalização. Estes resultados indicam que ser adotado precocemente, o convívio familiar e o próprio processo de desenvolvimento favorecem a recuperação de crianças em vulnerabilidade psicossocial (Flannery et al., 2017).

Kennedy, Kreppner, Kumsta, Knights, Rutter & Sonuga-Barke (2015) estudaram crianças romenas que foram adotadas por famílias inglesas após passarem por situação de extrema privação de recursos materiais e afetivos em instituições do leste europeu. Os autores concluíram que um contexto altamente aversivo durante a primeira infância (típico de crianças que são institucionalizadas) resultam em significados déficits na cognição e comportamento social, com muitos aspetos semelhantes aos sintomas de crianças dentro do espectro autistas e normalmente acompanhados de transtorno de atenção e hiperatividade. O contexto familiar, as condições de pré-adoção e as características individuais influenciam na diminuição das consequências negativas

resultante dos maus tratos e privações durante o processo de desenvolvimento (Kennedy et al., 2015).

No estudo realizado por Zappe & Dell’Aglío (2016) comparando adolescentes em diferentes contextos (natural, institucionalizados e cumprindo medidas socioeducativas) os adolescentes institucionalizados possuíam mais comportamentos de risco e percebiam o seu ambiente como menos favorável ao seu próprio desenvolvimento. Além disso, também apresentavam uma autoestima mais baixa, relataram maior vivência de violência intrafamiliar, uma maior frequência de comportamentos suicidas e uma menor satisfação com a convivência familiar. Num estudo mais antigo, Dell’Aglío e Hutz (2002) concluíram que devido as situações constantes de abusos, os adolescentes institucionalizados apresentavam índices maiores de depressão quando comparados com adolescentes que viviam com as famílias.

Quando comparados os níveis de autorregulação entre crianças e adolescentes a residir com a família e crianças e adolescentes institucionalizados, foi encontrada uma grande disparidade entre os grupos, principalmente no que se refere à capacidade de regular os próprios afetos (Hrbackova & Safrankova, 2016). No ambiente familiar, os jovens encontram mais oportunidades para a comunicação dos seus afetos, aprendendo a melhor identificá-los e criar estratégias adequadas para os gerir, resultando em comportamentos de coping mais adaptáveis do que os que se encontram institucionalizados (Hrbackova & Safrankova, 2016). Ademais, a falta de figuras-chave de apoio durante o desenvolvimento modifica a percepção de apoio e os comportamentos sociais nas crianças (Hrbackova & Safrankova, 2016).

No que se refere aos comportamentos pró-sociais em crianças institucionalizadas, Fernandes e Monteiro (2017) concluíram que quanto menor o tempo de instituição maior é a frequência dos comportamentos de cuidado e empatia. Os participantes mostraram maior dificuldade em dividir objetos pessoais e de valor com os pares, principalmente pela tentativa de fomentar um espaço individual, uma vez que em espaços comunitários como uma instituição de acolhimento existe pouco espaço para o desenvolvimento particular de cada acolhido.

Quando se examina o perfil das famílias de adolescentes institucionalizados, encontramos uma predominância de baixa rendimento familiar, baixa escolaridade e emprego mais indiferenciado (Król, Kliś, Kustra, & Szymański, 2019). No que concerne à história familiar, os adolescentes institucionalizados sabem menos sobre o passado dos seus familiares e sobre as suas origens étnicas e culturais do que os adolescentes em

ambiente natural. Os conteúdos destas histórias influenciam a autoestima dos adolescentes, sendo que famílias com passados sociais inadequados podem suscitar sentimentos de vergonha entre os adolescentes institucionalizados (Król, Kliś, Kustra, & Szymański, 2019). Ainda assim, a retirada violenta e brusca do ambiente familiar pode causar uma desorganização no jovem que se percebe como desvinculado do seu sistema familiar, um sentimento que procura restabelecer na instituição através dos pares e funcionários (Rodarte et al., 2015).

Quando comparados adolescentes institucionalizados com adolescentes em risco psicossocial a viver nas famílias de origem (desemprego parental, baixo status socioeconômico, moradia em situação de risco), Wendt, Costa, Poletto, Cassepp-Borges, Dell'aglio & Koller (2019) constataram que cada grupo possuía fatores de risco e de proteção diferenciados. Para os adolescentes institucionalizados houve um menor índice de satisfação familiar, autossatisfação, experimentando ainda maiores prejuízos a nível de saúde mental. Além disso, os jovens institucionalizados reportaram uma frequência maior de eventos estressantes ao longo da vida. Os adolescentes que sofriam situações de violência intrafamiliar tiveram resultados semelhantes aos que estavam institucionalizados, revelando o impacto que os maus tratos têm no bem-estar e no desenvolvimento, independente de se estar em instituição ou em ambiente natural.

Para Kaufman & Charney (2001), maus tratos, principalmente durante o início da vida, são responsáveis por mudanças estruturais no cérebro, alterando os mapas de sinapses, de forma muito semelhante ao que ocorre com adultos com depressão crônica. Segundo os autores, no entanto, esses mapas podem ser modificados pela plasticidade cerebral, uma vez que os estressores são retirados do ambiente e são introduzidos novos modelos de relacionamento mais adaptativos.

Desta forma, crianças retiradas de situações de maus tratos precocemente e que são inseridas em ambientes seguros e adequados tem grandes chances de se recuperar psicologicamente, socialmente e fisicamente (Ali, Silveira, & Lunardelli, 2004).

Ainda, é preciso considerar que as instituições podem ser consideradas quer como fatores protetores como, quer como fatores de risco para o desenvolvimento dos jovens, dependendo de características específicas de cada organização (Ali, Silveira, & Lunardelli, 2004).

No estudo realizado por Poletto, Koller e Dell'Aglio (2009) com crianças em ambiente natural e em institucionalização, apesar das crianças institucionalizadas indicarem uma frequência maior de eventos estressores, as crianças que estavam em

ambiente natural reportaram uma maior perceção de estresse emocional e maiores dificuldades ao nível de resolução de problemas.

Na pesquisa realizada por Magalhães e Lopes (2011) sobre o autoconceito em raparigas institucionalizadas e raparigas não institucionalizadas, as raparigas institucionalizadas apesar de apresentam níveis globais menores de autoconceito positivo quando comparadas ao grupo controle, obtiveram resultados satisfatórios e sem diferenças significativas nos aspetos intelectuais, escolares e comportamentais. Os resultados apontam para a presença de fatores protetores neste grupo de adolescentes institucionalizadas (Magalhães & Lopes, 2011).

A relação entre os funcionários e os residentes apresenta-se como factor fundamental de proteção dentro das instituições de acolhimento (McCall, Groark, Hawk, Julian, Merz, Rosas, Muhamedrahimov, Palmov & Nikiforova, 2018). Após intervenções que promoviam uma melhor relação entre os cuidadores (funcionários da instituição) e os residentes (crianças e adolescentes) verificou-se uma melhora considerável nos indicadores de saúde física, capacidade cognitiva e bem-estar emocional, mesmo sem intervenção noutros contextos (estrutura física, nutrição, entre outros). McCall et al., (2018) identificaram ainda benefícios a longo prazo após uma intervenção realizada junto às instituições, ressaltando a importância do investimento emocional e das relações de vinculação seguras para o desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados.

Além da relação dos funcionários com as crianças e com os adolescentes, as competências técnicas e organizacionais da instituição são um dos fatores de proteção mais importantes, afetando consideravelmente os níveis de saúde psicológica dos residentes (Ali, Silveira, & Lunardelli, 2004).

1.1 A institucionalização em Portugal: dados e caracterização.

De acordo com a legislação portuguesa o dever de prover para crianças e jovens ambientes saudáveis e favoráveis ao seu desenvolvimento pleno é um dever social inicialmente ligado ao privado (família) e, ao mesmo tempo, dividido com a esfera do poder governamental através de políticas públicas coerentes que favoreçam a comunidade (CNPDPJ, 2020). Quando a esfera privada não consegue cumprir com tais responsabilidades, é dever do estado intervir para garantir a segurança física e psicológica de crianças e jovens (CNPDPJ, 2020). Em Portugal, tal responsabilidade é gerida por

diversos órgãos e instituições (ministério público, escolas, creches, IPSS, forças de segurança), mas são as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJs) as principais articuladoras na defesa dos direitos de crianças e adolescentes no país (CNPDPCCJ, 2020).

Em 2019 foram comunicadas às CPCJs 43.796 situações de perigo, sendo realizadas 13 825 avaliações diagnósticas. As principais situações de perigo identificadas foram: a negligência (34,5%), a violência doméstica (22,14%) e os comportamentos de perigo na infância e juventude (20,96%) (CNPDPCCJ, 2020)

Existem dois tipos de medidas: as medidas em meio natural de vida e as medidas de colocação. As medidas de apoio em meio natural de vida são: apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea e apoio para a autonomia de vida e as medidas de colocação são: acolhimento familiar e acolhimento residencial (CNPDPCCJ, 2020). O envio para residências é a última medida aplicada pelo Estado, que sempre preza pela convivência familiar, sendo a institucionalização acionada em casos graves quando há risco iminente de maus tratos ao jovem ou os maus tratos já foram diagnosticados pela comissão (CNPDPCCJ, 2020). O apoio junto aos pais foi a medida de proteção mais aplicada em 2019 com um total de 81,74% dos casos (CNPDPCCJ, 2020).

No Algarve foram feitas 2486 comunicações e 723 diagnósticos pela CPCJ em 2019 (CNPDPCCJ, 2020). A taxa de incidência nacional de crianças acompanhadas pelas CPCJ em 2019 foi de 3,5 crianças e jovens por cada 100 residentes infantojuvenis no país, na região de Faro está taxa está em 4,48 crianças e jovens por cada 100 residentes, se configurando como a segunda maior do país (CNPDPCCJ, 2020).

Relativo as características dos jovens acompanhados pela CPCJ, 54% são do sexo masculino e 46% do sexo feminino. Em relação ao grupo etário, 12% é constituído por crianças entre 0 e 2 anos, 22% por crianças entre 4 e 10 anos, 24% entre 11 jovens entre 11-14 anos e 25% entre 15-17 anos. A nacionalidade dos jovens acompanhados é na sua grande maioria portuguesa, seguido por brasileiros e angolanos (CNPDPCCJ, 2020).

Em relação as características dos familiares ou cuidadores, 69% das crianças e adolescentes eram cuidados por mulheres, enquanto os cuidadores homens representam 31%. A prevalência de escolaridade é do 3.º ciclo completo entre as mulheres e o 1.º ciclo completo entre os homens. As crianças e jovens com medidas aplicadas de proteção no ano de 2019 viviam maioritariamente com a mãe biológica (CNPDPCCJ, 2020).

Durante todo o processo, a partir das reavaliações realizadas pela Comissão é possível que haja a cessação da intervenção uma vez que as crianças e jovens não se encontrem mais em condições de vulnerabilidade (CNPDPCCJ, 2020). Este é um indicador

importante da taxa de sucesso das intervenções realizadas. Em 2019, 15.266 casos foram encerrados pela CPCJ, sendo o principal motivo a não subsistência da situação de perigo.

2. A teoria do apego e suas implicações no processo de desenvolvimento em adolescentes institucionalizados.

A teoria do apego (Bowlby, 1989) oferece um modelo psicológico para compreender o funcionamento dos adultos através das suas experiências infantis com os seus cuidadores primários. O apego tem sido um factor importante na compreensão do desenvolvimento humano e as suas consequências (Mikulincer & Shaver, 2007). A partir de um contexto de institucionalização e separação da família natural, é essencial entender as variáveis ligadas ao apego e como elas se desenvolvem em contextos não normativos (Bifulco et al, 2003).

A Teoria do Apego, desenvolvida pelo psicólogo norte-americano John Bowlby, é baseada na premissa da necessidade de vinculação dos seres humanos para o desenvolvimento psicológico saudável e adequado, através da proteção e segurança (Bowlby, 1989). Com o passar do tempo, a criança utiliza o cuidador como uma base segura para explorar o ambiente e se desenvolver, conceito posteriormente estudado pela psicóloga norte-americana Mary Ainsworth.

Assim, as experiências infantis de relacionamento com os pais implicam padrões diferenciados de apego nas crianças (Ainsworth et al.,1978). Durante sua pesquisa, através do experimento da “situação estranha”, Ainsworth delimitou três categorias básicas de apego, cada uma com suas características, sendo elas: o apego seguro, o apego inseguro do tipo ansioso, o apego inseguro do evitante (Dalbem & Dell'Aglio ,2005). Adiante, Main & Hesse (1990) adicionaram a categoria do apego desorganizado, finalizando a classificação utilizada atualmente (Dalbem & Dell'Aglio ,2005).

Determinados estilos relacionais estão associados a características específicas de funcionamento psicológico da criança, cada um oferecendo seus fatores de risco e proteção (Newman et al, 2008). O padrão de seguro, refere-se a um padrão de comportamento no qual a criança utiliza o cuidador como uma base segura enquanto explora o ambiente; já o padrão inseguro- ansioso revela uma ambivalência no comportamento da criança, provavelmente pelo facto do cuidador não ter um padrão estável de resposta; o padrão inseguro- evitante revela que a criança não confia no cuidador e não o busca como fonte de conforto, por último, o padrão desorganizado reage

de forma diferente em cada situação, não se adequando em nenhuma das categorias acima descritas (Dalbem & Dell'Aglio, 2005).

Esses padrões são encenados ao longo da vida nas relações com os outros, podendo ser adaptativos ou não. Por exemplo, padrões relacionais de tipo inseguros com presença de agressividade têm sido associados a maiores probabilidades de depressão e ansiedade (Bretherton, 1985).

Quando se observa a relação entre os estilos de apego durante a infância com marcadores de bem-estar durante a vida adulta, o estilo de apego seguro tem os melhores índices e o estilo de apego desorganizado os piores (Karreman & Vingerhoets, 2012). Ainda, é preciso reiterar que o estilo de apego não determina os níveis de saúde mental do adulto, mas atua como um fator de risco (Karreman & Vingerhoets, 2012).

No estudo realizado com adolescentes institucionalizados e adolescentes em ambiente natural, Guyon-Harris, Humphreys, Nelson & Zeanah (2019) perceberam a prevalência de perturbações de vinculação entre os adolescentes institucionalizados, exibindo menores competências sociais e menor engajamento, principalmente entre os jovens com mais tempo de institucionalização. Os jovens demonstraram ser particularmente afetados pelas perturbações de vinculação durante o início da adolescência, com grandes prejuízos a nível das relações interpessoais (Guyon-Harris, 2019).

No estudo conduzido por Protic, Wittmannb, Taubner & Dimitrijevic (2020) compararam adolescentes institucionalizados cumprindo medidas socioeducativas com adolescentes institucionalizados sem histórico criminal, os autores verificaram que ambos os grupos demonstraram altos níveis de apego inseguro e evitante. Além disso, os rapazes com percurso delinquente apresentaram os piores resultados relativos a capacidade de reproduzir comportamentos reflexivos. O grupo não delinquente também apresentou resultados pouco satisfatórios nesse aspeto, indicando a necessidade de desenvolver intervenções focadas nestas competências (Protic et al., 2020).

A investigação realizada por Zaccagnino, Cussino, Preziosa, Veglia & Carassa (2015) apresentou resultados semelhantes quando comparou crianças institucionalizados com crianças em famílias intactas. As crianças institucionalizadas apresentaram prevalência de estilos de apego inseguro e desorganizado e obtiveram resultados mais baixos nas escalas que avaliaram os comportamentos reflexivos (Zaccagnino, 2015).

Já o estudo produzido por Torres-Gomez, Alonso-Arbiol & Gallarin (2018) procurou compreender como a agressividade e o estilo de apego influenciam diferentes

grupos de adolescentes. Os adolescentes institucionalizados que nunca foram adotados apresentaram a menor frequência de estilo de apego seguro e os maiores índices de agressividade entre os grupos do estudo. Os adolescentes com história de institucionalização e posterior adoção não tiveram resultados significativamente diferentes de jovens em famílias naturais, indicando que houve uma segurança adquirida para a amostra de adoção junto aos novos cuidadores (Torres- Gomez et al., 2018).

Por último, além dos relacionamentos dentro das famílias ou dentro das instituições, a qualidade dos relacionamentos com outras pessoas, sejam professores, pares, líderes comunitários representa um fator de proteção importante para os adolescentes em situação de vulnerabilidade social/ institucionalizado, devendo ser valorizado e desenvolvido (Haskett et al., 2006). O envolvimento emocional com os pares e as relações afetivas com a família influenciam consideravelmente a auto- estima de jovens adultos que durante a infância e a juventude sofreram situações de maus tratos (Haskett et al., 2006)

Mota e Matos (2013) constaram o papel mediador das habilidades sociais entre a qualidade de relacionamento com os pares e estratégias de coping ativas em jovens institucionalizados. As autoras ressaltam a importância das relações com os pares quando não existe o apoio familiar, situação frequente entre adolescentes em instituições, contribuindo para a criação de uma base segura. Dessa forma, é possível diminuir as consequências negativas ligadas as perturbações de vinculação na infância (Mota e Matos, 2013).

Virat & Dubreil (2020) estudaram a percepção de adolescentes e jovens adultos em risco psicossocial sobre os funcionários que atuam nos serviços sociais destinados a esta população. Os colaboradores foram percebidos como uma parte fundamental do desenvolvimento servindo com uma base segura através de apoio instrumental, validação, suporte, disponibilidade e envolvimento afetivo. Os autores concluem ressaltando a importância do vínculo entre os jovens e funcionários como forma de reconstruir os vínculos perdidos com a família.

3. A Resiliência: sua relação com o apego e sua importância para jovens em vulnerabilidade psicossocial.

A resiliência é um construto teórico quem tem sido estudado de forma diferente ao longo dos anos (Constantine, Bernard & Diaz, 1999). Inicialmente, o facto de vários

pesquisadores perceberem que crianças em contextos de vulnerabilidade social possuíam diferentes padrões de desenvolvimento e que umas quantidades significativas delas, apesar do contexto desafiador, conseguiram ter bons índices de saúde mental, constituiu-se como determinante para o desenvolvimento do construto da resiliência (Bernard, 1991). De facto, o próprio conceito de resiliência foi sendo alterado ao longo dos anos, mudando de um traço fixo e inato da personalidade do indivíduo para se transformar uma competência dinâmica adquirida através de um processo ligado ao um certo tempo e espaço (Constantine et al., 1999). A partir desta abordagem, o ambiente passa a ter uma influência significativa na capacidade do jovem desenvolver melhores ou piores competências de resiliência (Bernard, 1991).

Um bom ambiente consegue prover para o sujeito que suas necessidades básicas de afeto, pertencimento, respeito, identidade, poder e significado sejam satisfeitas (Constantine et al., 1999). Todas essas necessidades podem adequar-se a três categorias principais: relações de afeto e cuidado; expectativas altas; e participação significativa. A soma das três categorias resulta na completude das necessidades básicas individuais, sendo que elas podem ser desenvolvidas em diferentes contextos como na família, escola ou instituição (Bernard, 1991). Uma vez que os fatores ambientais são responsáveis por favorecer o desenvolvimento de competências específicas, a resiliência é vista como o resultado deste processo através das competências sociais, autonomia, autoimagem e senso de propósito, ou seja, os traços internos de resiliência surgem quando as necessidades básicas de um desenvolvimento normativo são asseguradas (Constantine et al., 1999).

A resiliência é um dos melhores preditores de sucesso na vida adulta de jovens que foram submetidos a maus tratos (Ben-David & Jonson-Reid, 2017). A junção dos aspectos internos da resiliência com os aspectos externos da mesma influência diretamente no aumento da probabilidade de bem-estar geral, melhorando áreas como o rendimento acadêmico, competências sociais e estratégias adaptativas de coping (Constantine & Bernad, 2001).

O conceito de resiliência também pode se estender para além de indivíduos (Hawley & Dehaan, 1996). Famílias, por exemplo, são consideradas resilientes mesmo quando em contextos adversos conseguem se adaptar aos eventos estressores, protegendo os seus membros (Hawley & Dehaan, 1996).

Em situações em que a família não consegue prover um ambiente seguro, o relacionamento positivo com os pares pode ser explorado através de ambientes seguros,

como a escola e instituições, e servem como uma medida protetiva para favorecer a resiliência dos jovens em vulnerabilidades sociais (Oldfield, Stevenson, Ortiz, & Haley, 2018).

Mota e Matos (2015) notaram que a resiliência atua como mediadora entre a qualidade dos relacionamentos dos jovens e as percepções de bem-estar em adolescentes institucionalizados. Uma vez que os cuidadores primários não conseguem estabelecer relações de apego seguro com as crianças, a comunidade através das suas instituições de acolhimento e escolas cumprem esse papel de estabelecer uma base segura para o desenvolvimento emocional saudável (Mota & Matos, 2015).

O apego é uma característica essencial para a promoção da resiliência (Rasmussen, Storebo, Voss, Goetz, Bojesen, Simonsen & Bilenberg, 2019). Uma vez que os cuidadores primários são ineficazes neste processo, é possível que, em circunstâncias favoráveis, as crianças e adolescentes possam ter a chamada “segurança adquirida” através do relacionamento com outras figuras importantes, resultando na competência da resiliência (Rasmussen et al., 2019).

Bender & Ingram (2018) perceberam que é através da autoeficácia e das práticas de autocuidado que o apego desenvolve sua influência sobre a resiliência. Jovens com apego seguro tem maiores percepções de autoeficácia, o que influencia na frequência dos seus comportamentos de autocuidado, resultado numa maior resiliência (Bender & Ingram, 2018). Assim, a percepção de autoeficácia e os comportamentos de autocuidado mediam parcialmente a relação entre a qualidade do apego e as competências de resiliência (Bender & Ingram, 2018).

Mota & Matos (2016) notaram que uma boa relação com os funcionários das instituições (figuras significativas) foi associada a índices mais altos de resiliência e uma frequência menor de comportamentos transgressores em adolescentes portugueses institucionalizados. Novamente, o senso de pertencimento e aceitação foi essencial para uma reorganização emocional dos jovens da amostra.

Num estudo com adolescentes institucionalizados em Israel, Davidson-Arad & Navaro-Bitton (2015) encontraram altos índices de resiliência percebida entre os adolescentes, sendo tal índice explicado principalmente por três fatores: sexo (feminino), idade (mais velho) e ser aceito pelo pai. Estes resultados reforçam a importância das relações familiares e os autores ressaltam que a percepção positiva de resiliência entre os residentes denota fatores de proteção institucionais.

Por último, no estudo conduzido com adolescentes institucionalizados na Índia, Mishra & Sondhi (2018) identificaram o papel que os cuidados institucionais possuem na percepção de resiliência dos seus residentes. Os jovens reportaram uma diminuição da ansiedade sobre seu futuro e a descoberta de propósitos e objetivos como os principais fatores que influenciaram no aumento da resiliência e no bem-estar.

A partir de toda a literatura levantada e alta taxa de institucionalização na região do Algarve percebe-se a necessidade de analisar o bem-estar psicológico dos adolescentes institucionalizados, e em particular um eventual impacto da vulnerabilidade da vinculação nos recursos internos de resiliência e na sintomatologia psicopatológica, de forma a contribuir para um melhor conhecimento das necessidades dos adolescentes.

Parte II-
Estudo Empírico

1. Objetivos

Após a revisão de literatura foram formulados os seguintes objetivos gerais e específicos:

1.1 Objetivos Gerais

Estudar a influência da vinculação vulnerável nos recursos internos de resiliência e nos sintomas psicopatológicos numa amostra de adolescentes institucionalizados.

1.2 Objetivos Específicos

- Descrever a amostra de acordo com as diferentes variáveis sociodemográficas;
- Identificar a presença de fatores de risco e proteção nesta população específica;
- Verificar a prevalência do estilo de vinculação “Inseguro Ansioso” e “Inseguro Evitante” nos adolescentes institucionalizados;
- Determinar preditores da presença e intensidade de sintomas psicopatológicos em adolescentes institucionalizados.

2. Método

2.1 Desenho do Estudo

O estudo configura-se como um desenho transversal, quantitativo e descritivo-correlacional.

2.2 Técnica de Amostragem

Os dados foram coletados através de uma amostra de conveniência de adolescentes residentes em cinco Lares de Infância e Juventude do Algarve, Portugal.

2.3 Participantes

No total, 77 adolescentes participaram do estudo, sendo 9 excluídos do estudo por falta de preenchimento do Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares. Desta forma, a amostra total válida considerada foi de 68 participantes.

Todos os participantes são residentes de Lares de Infância e Juventude do Algarve. A amostra possui 61 adolescentes portugueses (89,7%) e 7 adolescentes de outras nacionalidades (10,3%), porém com domínio da língua portuguesa.

Como critérios de inclusão no estudo consideramos jovens com idades entre 12 e 19 anos, de ambos os sexos e residentes em Lares de Infância e Juventude.

Como critério de exclusão de participação estão os jovens com déficits cognitivos ou sensoriais que pudessem impossibilitar a correta compreensão dos itens dos instrumentos aplicados ou a falta de domínio da língua portuguesa.

2.3.1 Características gerais dos participantes

A Tabela 1 descreve os participantes segundo o sexo e o grupo etário.

Tabela 1
Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e o grupo etário.

		<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	42	61,8
	Feminino	26	38,2
Idade	12-15 anos	40	58,8
	16-19 anos	28	41,2

Relativo ao sexo e idade dos 68 participantes, como infere-se a partir da Tabela 1, a amostra é constituída por 42 rapazes (61,8 %) e 26 raparigas (38,2%). A maior parte da amostra está contida no grupo etário dos 12 aos 15 anos com um total de 40 adolescentes (58,8%).

Além disso, a idade média dos participantes foi de 15,1 anos (DP: 0,49), sendo a idade média dos rapazes 15,24 (DP:1,91) e das raparigas 15 (DP:1,87).

Ainda, a idade média dos adolescentes no momento da primeira institucionalização foi de 12 anos (DP: 2,86) e o tempo médio de institucionalização do grupo foi de 37 meses (DP: 37, 395). O maior período de institucionalização do grupo foi de 156 meses e o menor foi de 3 meses.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares

O questionário utilizado foi adaptado por Lemos (2007) especificamente para crianças e adolescentes em situação de institucionalização. Para isso, conta com perguntas específicas sobre o contexto e recolhe informações acerca de: escolaridade, institucionalização, dados sociodemográficos, estrutura familiar, educação parental, saúde, caracterização do agregado familiar e comportamentos de risco.

Este questionário foi preenchido pelos técnicos responsáveis em cada uma das instituições. Tal decisão se justifica devido aos conteúdos sensíveis presentes no Questionário.

2.4.2 Healthy Kids Resilience Assessment Module (HKRAM) – Versão 6.0

A HKRAM foi desenvolvida por Constantine e Benard (2001), como um módulo opcional do *California Healthy Kids Survey*. Seu intuito principal era ser utilizado na avaliação do desenvolvimento psicossocial de estudantes do secundário nas escolas da Califórnia, Estados Unidos. A HKRAM avalia o construto resiliência através de 58 itens, organizados em três escalas: recursos externos (31 itens), recursos internos (18 itens) e *Response-set Breakers* (7 itens). Os fatores externos são o ambiente escolar, o ambiente familiar, comunidade e interação com os pares. Já os internos são auto-eficácia, empatia, capacidade de resolução de problemas, autoconhecimento, metas e ambições pessoais. Cada afirmação apresentada deve ser respondida utilizando uma escala Likert de 4 pontos, na qual “A” corresponde a discordo totalmente, “B” a discordo, “C” a concordo e “D” a

concordo totalmente. A pontuação da escala é feita pelo somatório dos itens dividido pela quantidade de itens. O mesmo se aplica a cada subescala de resiliência externa ou interna.

De acordo com os autores da escala a resiliência é um processo dinâmico no qual os fatores de resiliência externos são anteriores e necessários para a formação dos fatores de resiliência internos, ou seja, os traços de resiliência internos são resultado de um processo de desenvolvimento saudável e adequado através de suportes sociais, afetivos e materiais em um determinado espaço e tempo (Constantine, Benard & Diaz, 1999). Por esta razão, neste estudo optou-se por utilizar apenas as subescalas de resiliência interna. O resultado esperado é que quanto maiores forem as competências de resiliência interna, maiores são as capacidades para lidar com situações e problemas diversos de forma adaptativa (Constantine, Benard & Diaz, 1999). Quanto aos recursos internos, estes são avaliados em grupos de subescalas, tais como: a cooperação e comunicação, a autoeficácia, a empatia, a resolução de problemas, a autoconsciência e as metas e aspirações.

A escala foi adaptada para a população portuguesa por Martins (2005), revelando boas qualidades psicométricas e resultados satisfatórios em fidelidade e validade.

No presente estudo obtivemos os seguintes índices de fiabilidade: $\alpha = ,707$ para Cooperação e Comunicação; $\alpha = ,726$ para a Autoeficácia; $\alpha = ,842$ para a Empatia; $\alpha = ,728$ para a Resolução de Problemas; $\alpha = ,728$ para a Autoconsciência e $\alpha = ,599$ para as Metas e Aspirações.

2.4.3 *Brief Symptom Inventory (BSI)*

O BSI (Derogatis, 1982; Canavarro, 1999; Lemos, 2007) é um inventário de auto-resposta com o intuito de avaliar sintomas psicopatológicos e desconforto psicológico em populações clínicas e não-clínicas. Ele constitui uma versão reduzida do SCL-90-R (Derogatis, 1977), contendo um total de 53 itens que avaliam nove dimensões de sintomas: somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. Permite ainda a obtenção de três índices gerais sendo eles: o Índice Geral de Sintomas (IGS), relacionado a quantidade de sintomas e sua frequência; o Total de Sintomas Positivos, relacionado ao total de queixas somáticas e o Índice de Sintomas Positivos, relacionado a média da intensidade de todos os sintomas do inventário. Neste estudo, foi utilizado o IGS para a avaliação da sintomatologia dos participantes.

Cada item do BSI é classificado numa escala de cinco pontos do tipo *Likert*, no qual “0” corresponde a nunca, “1” a poucas vezes, “2” a algumas vezes, “3” a muitas vezes e “4” a muitíssimas vezes, sendo que o participante deve responder de acordo com a frequência que sentiu cada sintoma durante a última semana. O cálculo do IGS é feito pelo somatório dos itens dividido pela quantidade de itens.

O BSI foi adaptado à população portuguesa por Canavarro (1999) e posteriormente o instrumento foi adaptado para a população portuguesa de adolescentes por Lemos (2007), ambos os estudos apresentaram características psicométricas satisfatórias¹.

No presente estudo o Índice Geral de Sintomas (IGS) apresentou a seguinte fiabilidade: $\alpha = ,97$.

2.4.4 Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ)

O VASQ é um questionário de autorrelato desenvolvido por Bifulco, Mahon e Kwon (2003) que permite avaliar a vulnerabilidade de vinculação em adolescentes e adultos, focando principalmente em aspetos da vinculação insegura. Os itens refletem comportamentos, emoções e atitudes relacionados com a vinculação. Seu intuito inicial era relacionar as características de vinculação com o diagnóstico de depressão, sendo utilizado tanto como um instrumento científico como clínico.

O questionário apresenta vinte e dois itens que transitam por duas subescalas: Insegurança e Proximidade. Os itens são pontuados através de uma escala do tipo *Likert* de cinco de pontos, sendo “1” discordo fortemente”, “2” discordo, “3” não tenho a certeza, “4” concordo e a “5” concordo fortemente. A versão portuguesa do instrumento foi traduzida por Lemos e Silva (2019)

Através da soma da pontuação de todos os itens obtém-se o *score* de vinculação do sujeito, sendo considerado o ponto de corte acima de 57 para vinculação vulnerável. A partir dos *scores* obtidos em cada dimensão é possível estabelecer ao sujeito um estilo de vinculação insegura. Se o participante pontua alto em ambas as dimensões, Insegurança e Proximidade, o estilo é do tipo Inseguro- Ansioso. Agora caso o participante pontue alto em Insegurança e baixo em Proximidade, o estilo é do tipo Inseguro- Evitante. Como

¹ Os estudos de consistência interna do BSI realizados por Canavarro (1999) obtiveram valores situados entre 0,62 e 0,79 e os estudos realizados por Lemos (2007) entre 0,70 e 0,84.

critério para pontuação alta, os autores definiram como ponto de corte *scores* maiores que 30 para a dimensão Insegurança e pontuação maior que 27 para a dimensão Proximidade.

Ainda, existem casos nos quais os *scores* apontam para uma grande dependência emocional através de *scores* muito altos para Proximidade e, ao mesmo tempo, *scores* relativamente baixos para Insegurança, sendo também considerado um estilo de apego vulnerável. Neste estudo identificamos este grupo como Vulnerável Dependente. A obtenção de pontuações baixas nas duas dimensões denota um estilo de vinculação Seguro.

No presente estudo, encontramos os seguintes índices de consistência interna: $\alpha = .79$ para a dimensão Insegurança e $\alpha = .68$ para a dimensão Procura por Proximidade.

2.5 Procedimentos

2.5.1 Procedimento de recolha de dados

Relativo à recolha de dados, foram contactados cinco Lares de infância e juventude localizados no Algarve, especificamente em Faro, Olhão, Albufeira, Portimão e Lagos.

Para cada instituição foram enviados *emails*, endereçados aos diretores técnicos, com a proposta de recolha de dados e um pedido para uma reunião presencial junto à instituição. A partir de uma resposta positiva, foram agendadas as reuniões presenciais nas quais foram esclarecidos todos os objetivos da pesquisa e os procedimentos necessários para a realização da mesma.

A partir disso, foram realizados dois procedimentos diferentes de acordo com a preferência de cada instituição. No primeiro procedimento, foi agendado um dia para que o pesquisador fosse em cada instituição aplicar presencialmente os questionários de auto-relato com os participantes, enquanto os técnicos preenchiam o Questionário de dados sociodemográficos e familiares em outro ambiente. O segundo procedimento foi inteiramente realizado pelos próprios técnicos das instituições, no qual foram disponibilizados todos os inquéritos necessários para serem preenchidos de forma faseada, de acordo com a disponibilidade dos adolescentes. Após o término da aplicação pelos técnicos, o pesquisador retornou à instituição para buscar os inquéritos.

O segundo procedimento foi utilizado principalmente devido as diferentes rotinas de horários de cada adolescente. Durante a reunião inicial, cada questionário foi explicado para os técnicos e foram retiradas todas as dúvidas sobre o procedimento.

A participação no estudo foi voluntária e cada participante assinou o Consentimento Informado assegurando os seus direitos ao sigilo e a desistência da participação a qualquer momento. A recolha de dados ocorreu entre dezembro de 2019 e março de 2020 seguindo todos os procedimentos éticos necessários.

2.5.2 Procedimento de análise de dados

O tratamento dos dados foi realizado utilizando os recursos do *software* de análise estatística IBM-SPSS *Statistics* 25. Após a criação da base de dados relativa à pesquisa, foram utilizados procedimentos de estatística descritiva para encontrar frequências absolutas e relativas, média aritmética e desvio-padrão com o intuito de descrever a amostra e para detalhar as variáveis de estudo.

Para se determinar o tipo correto de teste para cada variável recorreu-se ao Teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Liliefors para determinar se cada variável se conformava minimamente à curva normal. Para as variáveis que não se comportam como uma curva normal, foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para comparar dois grupos e o teste de *Kruskall-Wallis* para a comparação de diversos grupos.

Para avaliar a relação entre as variáveis, utilizou-se o coeficiente de *Pearson*, quando em uma distribuição normal, e o coeficiente de *Spearman* em distribuições não normais.

De modo a compreender os efeitos diretos das variáveis na sintomatologia psicopatológica, recorreu-se a regressões lineares múltiplas.

Para o cálculo de tamanho de efeito utilizou-se a medida do *d* Cohen através do cálculo para variáveis não paramétricas através do *site*:

https://www.psychometrica.de/effect_size.html

Foi também avaliada a magnitude de efeito, através do cálculo de *d* de Cohen. Os parâmetros utilizados para a interpretação foram $d \geq 0.01$ indica muito pequeno; $d \geq 0.20$ indica pequeno; $d \geq 0.50$ indica médio; $d \geq 0.80$ indica grande; $d \geq 1.20$ indica muito grande (Cohen, 1988).

A escolha de calcular o tamanho de efeito apenas para resultados estatisticamente significativos se justifica pelo facto de que quando o poder estatístico é baixo, o *d* de Cohen não é considerado uma medida confiável (Gelman & Carlin, 2014).

Por fim, foi definido o nível de significância *p* menor que 0.05 para as análises a efetuar.

3. Resultados

De seguida, apresentamos os resultados obtidos de acordo com os objetivos do presente estudo.

3.1. Dados sociodemográficos dos participantes.

A Tabela 2 caracteriza a amostra de acordo com suas vivências de maus tratos.

Tabela 2
Caracterização da amostra de acordo com a presença e tipo de maus tratos

		<i>n</i>	%
Maus Tratos ^a	Sim	52	76,5
	Não	10	14,7
Tipos de Maus tratos	Negligência	36	69,2
	Abuso Físico	5	9,6
	Abuso Sexual	2	3,8
	Negligência e Abuso Físico	6	11,5
	Negligência e Abuso sexual	3	5,7

^a não se obteve informação para 6 sujeitos (8.8%).

Verifica-se através da Tabela 2 que um total de 52 adolescentes (76,5%) foram vítimas de maus tratos durante a infância, sendo 36 destes (69,2%) vítimas de negligência, 5 (9,6%) vítimas de abuso físico, 2 (3,8%) vítimas de abuso sexual, 6 (11,5%) vítimas de negligência e abuso físico e, por fim, 3 jovens (5,7%) vítimas de negligência e abuso sexual.

A Tabela 3 descreve a amostra em termos da presença de psicopatologia e comportamentos de risco.

Tabela 3
Caracterização da amostra de acordo com a presença de psicopatologia e comportamentos de risco.

		<i>n</i>	%
Diagnóstico Psicopatológico	Sim	10	14,7
	Não	58	85,3
Problemas de Comportamento na Infância	Sim	14	20,6
	Não	54	79,4

Fugas de casa	Sim	4	5,9
	Não	64	94,1
Abuso de Álcool	Sim	0	0
	Não	68	100
Abuso de Drogas	Sim	1	1,5
	Não	67	98,5
Antecedentes Criminais	Sim	1	1,5
	Não	67	98,5

Conforme a Tabela 3 assinala, 10 jovens (14,7%) tiveram um diagnóstico psicopatológico confirmado por um profissional da saúde, sendo a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção o diagnóstico mais comum acometendo 8 jovens (80%), seja de forma isolada ou em conjunto com outras comorbidades. Em relação a problemas de comportamento na infância, 14 jovens (20,6%) foram descritos desta forma.

Em relação à comportamentos de risco, 4 jovens (5,9%) possuem histórico de fugas de casa, 1 jovem (1,5%) possui histórico de abuso de drogas, também 1 jovem (1,5%) possui antecedentes criminais e, por fim, nenhum jovem possui comportamentos de abuso de álcool.

Já a Tabela 4 descreve a amostra em termos da escolaridade e desempenho escolar.

Tabela 4
Caracterização dos adolescentes referente ao grau de escolaridade e ao aproveitamento escolar

		<i>n</i>	%
Escolaridade	2 Ciclo	20	29,4
	3 Ciclo	38	55,9
	Secundário	10	14,7
Histórico de Reprovação ^a	Sim	41	60,3
	Não	22	32,4
Dificuldades de Aprendizagem ^b	Sim	36	52,9
	Não	27	39,7
Motivação Escolar ^c	Sim	34	50
	Não	28	41,2
Fugas da Escola ^d	Sim	4	5,9

	Não	58	85,3
Abandono Escolar ^e	Sim	1	1,5
	Não	61	89,7

a não se obteve informação para 5 sujeitos (7,4%).

b não se obteve informação para 5 sujeitos (7,4%)

c não se obteve informação para 6 sujeitos (8,8%)

d não se obteve informação para 6 sujeitos (8,8%)

e não se obteve informação para 6 sujeitos (8,8%)

Como é indicado na tabela 4, referente a escolaridade, 20 adolescentes (29,4 %) frequentam o segundo ciclo, 38 (55,9%) encontram-se no terceiro ciclo e 10 (14,7%) estão no secundário. Sobre o rendimento escolar, 41 alunos (60,3%) tiveram ao menos uma reprovação ao longo do colegial, 36 adolescentes (52,9%) apresentam dificuldades de aprendizagem e 28 (41,2%) encontram-se desmotivados frente o percurso acadêmico. Ainda sim, apenas 4 adolescentes (5,9%) apresentam comportamentos de fuga a escola e 1 adolescente (1,5%) com comportamento de abandono escolar.

Por fim, a Tabela 5 define as características familiares da amostra.

Tabela 5
Caracterização familiar da amostra

		<i>n</i>	%
Estrutura Familiar ^a	Monoparentais	16	23,5
	Intactas	14	20,6
	Divórcio	21	30,9
	Recasamento	6	8,8
Envolvimento Parental ^b	Sim	30	44,1
	Não	20	29,4
Disciplina Parental ^c	Sim	17	25
	Não	33	48,5

a não se obteve informação para 11 sujeitos (16,2%).

b não se obteve informação para 18 sujeitos (26,5%)

c não se obteve informação para 18 sujeitos (26,5%)

Sobre a estrutura familiar, a Tabela 5 revela que 16 (23,5%) participantes provêm de famílias monoparentais, 14 participantes (20,6%) de famílias intactas, 21 participantes

(30,9%) de divórcio e 6 participantes (8,8%) de recasamento. Existe envolvimento parental em 30 casos (44,1 %) e disciplina parental em 17 casos (25%).

Além disso, 18 jovens (26,5%) possuem problemas de conflitos com a mãe e 13 jovens (19,1%) possuem problemas de conflitos com o pai, ademais, 13 jovens (19,1%) convivem com a presença de conflitos entre os progenitores.

3.2 Associação entre as escalas e subescalas do HKRAM, BSI e VASQ.

Para analisar as eventuais relações significativas ao nível das escalas HKRAM, BSI e VASQ recorreremos ao teste de correlação de Pearson (Tabela 6).

Tabela 6.

Correlações de Pearson entre as subescalas do HKRAM e VASQ com BSI na amostra total.

	BSI (IGS)
Total de Recursos Internos	0,196
CC	0,195
AE	0,083
E	0,278*
RP	-0,005
AC	0,249*
MA	0,171
VASQ: Total	0,482**
VASQ: Insegurança	0,542**
VASQ: Proximidade	0,881

Nota. CC= Comunicação e Cooperação; AE= Autoeficácia; E= Empatia; RP= Resolução de Problemas; AC= Autoconsciência; MA= Metas e Aspirações; IGS= Índice Geral de Sintomas; VASQ: Vinculação vulnerável.

Nota * $p < .05$; ** $p < .01$

Os resultados obtidos na escala de vinculação, especificamente VASQ total ($r=0,482$, $p=0,00$) e o VASQ Insegurança ($r=0,542$, $p=0,00$) correlacionam-se de forma moderada e positiva com o relato de sintomatologia (BSI). Este resultado sugere que na amostra em estudo, a presença de sintomatologia psicopatológica está significativamente associada com uma pontuação mais elevada ao nível da vinculação de tipo insegura, o que sugere que um relato mais elevado de vulnerabilidade do apego está associado a um índice mais elevado de problemas psicopatológicos.

Em relação aos Recursos de Resiliência Internos- escala total ($r= 0,196, p= 0,109$), não foi encontrada uma relação significativa com a presença de sintomas psicopatológicos. Uma análise mais detalhada das subescalas do HKRAM indica uma correlação positiva de fraca intensidade, porém significativa, entre “Empatia” ($r= 0,278, p= 0,022$) e presença de sintomatologia. A mesma correlação de fraca intensidade também é notada na subescala de “Autoconsciência” ($r= 0,249, p=0,041$).

3.3 Relação entre as variáveis Sociodemográficas e as Subescalas do HKRAM, BSI e VASQ.

Neste ponto, pretendemos caracterizar os adolescentes institucionalizados ao nível das variáveis sociodemográficas em estudo, enquanto fatores de risco ou proteção para a expressão de psicopatologia, recursos de resiliência percebidos e tipo de vinculação.

Primeiramente, na Tabela 7 recorreu-se a uma correlação de Spearman para se compreender eventuais relações entre o tempo de institucionalização e as escalas do estudo.

Tabela 7.

Correlação de Spearman entre subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e duração da institucionalização.

	Duração da institucionalização (em meses)	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Total de Recursos Internos	0,140	0,277
CC	0,094	0,468
AE	0,158	0,219
E	0,141	0,274
RP	-0,067	0,606
AC	0,213	0,097
MA	0,123	0,343
BSI: (IGS)	-0,003	0,981
VASQ: Total	-0,071	0,582
VASQ: Insegurança	0,006	0,963
VASQ: Proximidade	-0,169	0,189

Nota. CC= Comunicação e Cooperação; AE= Autoeficácia; E= Empatia; RP= Resolução de Problemas; AC= Autoconsciência; MA= Metas e Aspirações; IGS= Índice Geral de Sintomas; VASQ: Vinculação vulnerável.

Como podemos observar na tabela 7 não observámos correlações significativas entre o tempo de institucionalização categorizado em meses e as Subescalas do HKRAM, VASQ e BSI.

Em seguida, comparámos as pontuações obtidas nas escalas HKRAM, BSI e VASQ segundo o grupo etário dos adolescentes (Tabela 8). Assim, os adolescentes foram categorizados em dois grupos etários (o primeiro entre os 12 e os 15 anos e o segundo entre os 16 e os 19 anos). O primeiro grupo é composto por 40 adolescentes, o que representa 58,8% da amostra e o segundo grupo é composto por 28 adolescentes, o que representa da 41,2% da amostra.

Tabela 8.

Médias, desvios-padrão das subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e teste de Mann-Whitney em função do grupo etário.

	Idade agrupada				Z	p	d
	12- 15 (n =40)		16- 19 (n= 28)				
	M	DP	M	DP			
Total de Recursos Internos	2,98	0,51	2,90	0,59	-0,49	0,61	-
CC	2,93	0,78	2,73	0,62	-1,27	0,20	-
AE	2,85	0,69	2,89	0,82	0,26	0,79	-
E	3,05	0,74	2,90	0,28	-0,76	0,44	-
RP	2,99	0,66	2,78	0,86	-0,88	0,37	-
AC	3,18	0,61	3,06	0,76	-0,70	0,48	-
MA	3,00	0,76	3,02	0,82	-0,25	0,80	-
BSI: (IGS)	1,11	0,87	0,86	0,73	-0,84	0,39	-
VASQ: Total	68,05	9,59	64,86	7,86	-1,36	0,17	-
VASQ: Insegurança	32,53	8,57	32,79	7,12	-0,12	0,90	-
VASQ: Proximidade	35,52	5,19	32,36	6,22	-2,136	0,03	0,54*

Nota. CC= Comunicação e Cooperação; AE= Autoeficácia; E= Empatia; RP= Resolução de Problemas; AC= Autoconsciência; MA= Metas e Aspirações; IGS= Índice Geral de Sintomas; VASQ: Vinculação vulnerável.

*Os valores de tamanho de efeito só foram calculados para resultados estatisticamente significativos.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos de participantes categorizados segundo a idade somente na variável “VASQ: Proximidade”,

U (68) = 389, $p = 0,03$, $d = 0,54$, sendo que adolescentes mais velhos (grupo 2) reportaram menos necessidade de proximidade do que adolescentes mais novos (grupo 1).

Na Tabela 9, buscou-se analisar eventuais diferenças entre os grupos categorizados segundo o sexo ao nível das escalas e subescalas HKRAM, BSI e VASQ.

Tabela 9.

Médias, desvios-padrão das subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e teste de Mann-Whitney em função sexo.

	Sexo				Z	p	d
	Masculino (n= 42)		Feminino (n= 26)				
	M	DP	M	DP			
Total de Recursos Internos	2,78	0,55	3,20	0,43	-2,99	0,00	0,80*
CC	2,56	0,66	3,31	0,56	-4,19	0,00	1,22*
AE	2,80	0,76	2,97	0,80	-0,85	0,39	-
E	2,72	0,73	3,40	0,62	-3,71	0,00	1,04*
RP	2,90	0,70	2,92	0,84	-0,70	0,94	-
AC	3,00	0,71	3,35	0,54	-2,00	0,04	0,53*
MA	2,76	0,78	3,39	0,62	-3,19	0,00	0,87*
BSI: (IGS)	0,81	0,78	1,33	0,79	-2,76	0,00	0,70*
VASQ: Total	64,59	7,40	70,19	10,34	-2,57	0,01	0,65*
VASQ: Insegurança	31,78	6,98	34,00	9,29	-1,17	0,24	-
VASQ: Proximidade	33,00	5,75	36,19	5,44	-2,13	0,03	0,57*

Nota. CC= Comunicação e Cooperação; AE= Autoeficácia; E= Empatia; RP= Resolução de Problemas; AC= Autoconsciência; MA= Metas e Aspirações; IGS= Índice Geral de Sintomas; VASQ: Vinculação vulnerável.

*Os valores de tamanho de efeito só foram calculados para resultados estatisticamente significativos.

No que se refere à variável sexo do adolescente institucionalizado, foram encontradas diferenças significativas em quase todas as subescalas do HKAM. É importante destacar que em todas as variáveis com resultados estatisticamente significativos no parâmetro da resiliência, as raparigas apresentaram resultados mais elevados quando comparadas com os rapazes, com destaque para as variáveis “Cooperação e Comunicação” U (68) = 216, $p = 0,00$, $d = 1,22$ e “Empatia” U (68) = 255, $p = 0,00$, $d = 1,04$. Ainda sim, apesar de as raparigas reportarem maiores índices gerais de resiliência U (68) = 309, $p = 0,00$, $d = 0,80$; também apresentaram um maior índice de

sintomatologia psicopatológica (BSI) $U(68) = 440, p = 0,00, d = 0,7$ e ao nível da variável “apego vulnerável” (VASQ total) $U(68) = 342, p = 0,01, d = 0,65$.

Na Tabela 10 procedemos à categorização dos participantes segundo a presença de maus tratos e ainda tipo de maus tratos, de forma a analisar eventuais diferenças entre estes três grupos ao nível das subescalas do HKHAM, BSI e VASQ. O primeiro grupo é constituído por 37 adolescentes (59,6%) que foram vítimas de negligência. O segundo grupo é composto por 15 adolescentes (24,1%) que foram vítimas de outros tipos de maus tratos, nomeadamente abuso físico e/ou abuso sexual. O último grupo é formado por 10 adolescentes (16,1%) que representam os jovens que não foram vítimas de maus tratos. De salientar que o principal motivo para a institucionalização desses menores sem a presença de maus tratos foi o falecimento dos progenitores sem que outros familiares pudessem assumir o cuidado junto aos adolescentes.

Tabela 10.

Médias, desvios-padrão das subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e teste de Kruskal- Wallis para comparações entre os grupos com presença de maus tratos (negligência ou outros) e o grupo sem presença de maus tratos.

	Presença e tipos de maus tratos ^a						KW (gl= 2)	p	d
	Negligência		Outros tipos de maus tratos		Sem a presença de maus tratos				
	(n= 37)		(n= 15)		(n= 10)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
Total de Recursos Internos	3,06	0,54	2,95	0,40	2,55	0,50	7,60	0,02	0,80*
CC	3,06	0,66	2,93	0,60	2,03	0,50	15	0,00	1,18*
AE	3,02	0,78	2,59	0,69	2,56	0,60	5,33	0,07	-
E	3,07	0,79	3,19	0,60	2,63	0,61	3,99	0,13	-
RP	2,97	0,86	2,79	0,61	2,76	0,47	1,10	0,57	-
AC	3,25	0,65	3,22	0,49	2,66	0,70	6,08	0,04	0,71*
MA	3,14	0,72	3,04	0,61	2,63	0,89	3,47	0,17	-
BSI: (IGS)	1,12	0,87	1,17	0,89	0,62	0,54	3,23	0,01	0,53*
VASQ: Total	66,32	8,55	69,12	9,40	67,10	10,66	0,93	0,62	-
VASQ: Insegurança	32,24	8,17	33,60	7,79	33,00	9,10	0,21	0,89	-
VASQ: Proximidade	34,16	6,22	35,53	5,24	34,60	4,42	1,13	0,56	-

Nota. CC= Comunicação e Cooperação; AE= Autoeficácia; E= Empatia; RP= Resolução de Problemas; AC= Autoconsciência; MA= Metas e Aspirações; IGS= Índice Geral de Sintomas; VASQ: Vinculação vulnerável.

^a não se obteve informação para 6 sujeitos (8.8%).

*Os valores de tamanho de efeito só foram calculados para resultados estatisticamente significativos.

Os jovens vítimas de maus tratos pontuaram mais alto no “Total de Recursos Internos” $KW(62) = 7,60, p = 0,02, d = 0,80$, indicando um tamanho de efeito significativo. Analisando as subescalas da resiliência, encontramos também uma diferença significativa na subescala “Comunicação e Cooperação” $KW(62) = 15, p = 0,00, d = 1,18$, e na subescala “Autoconsciência” $KW = 6,08, p = 0,04, d = 0,71$, sendo que em ambas, os jovens vítimas de maus tratos pontuaram mais elevado nestas subescalas do que os jovens que não sofreram maus tratos.

Por sua vez, os adolescentes que não foram vítimas de maus tratos apresentaram menor frequência de sintomatologia psicopatológica do que os jovens que sofreram maus tratos $KW = 3,23, p = 0,01, d = 0,53$.

De seguida, reportamos a análise das variáveis em estudo (HKRAM, BSI e VASQ) segundo a motivação escolar reportada (Tabela 11).

Tabela 11.

Médias, desvios-padrão das subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e teste de Mann-Whitney em função da motivação escolar.

	Motivação Escolar ^a				Z	p	d
	Sim (n=34)		Não (n=28)				
	M	DP	M	DP			
Total de Recursos Internos	3,01	0,51	2,82	0,57	-1,17	0,24	-
CC	3,10	0,68	2,52	0,68	-3,26	0,00	0,87*
AE	2,77	0,70	2,91	0,81	-0,76	0,44	-
E	3,14	0,79	2,80	0,69	-1,79	0,07	-
RP	2,82	0,79	2,98	0,71	-0,75	0,45	-
AC	3,19	0,56	3,03	0,79	-0,57	0,56	-
MA	3,12	0,73	2,83	0,78	-1,48	0,13	-
BSI: (IGS)	1,05	0,84	1,05	0,86	0,11	0,91	-
VASQ: Total	66,29	8,86	68,85	8,05	-0,92	0,35	-
VASQ: Insegurança	31,97	7,96	34,17	7,63	-0,78	0,43	-

VASQ:	34,32	6,30	34,96	4,81	-0,08	0,93	-
Proximidade							

Nota. CC= Comunicação e Cooperação; AE= Autoeficácia; E= Empatia; RP= Resolução de Problemas; AC= Autoconsciência; MA= Metas e Aspirações; IGS= Índice Geral de Sintomas; VASQ: Vinculação vulnerável.

^a não se obteve informação para 6 sujeitos (8.8%).

*Os valores de tamanho de efeito só foram calculados para resultados estatisticamente significativos.

A Tabela 11 ilustra os resultados encontrados indicando que houve diferença significativa apenas no recurso interno de resiliência “Comunicação e Cooperação” $U(62) = 264, p = 0,00, d = 0,87$. Porém, é preciso ressaltar que o “Total de Recursos Internos” $U(62) = 393, p = 0,24$, permaneceu sem apresentar diferenças significativas entre os grupos.

Por fim, foi analisado se os adolescentes institucionalizados cujos pais apresentavam envolvimento parental (visitas a instituição, contato com o menor) apresentavam diferenças ao nível das variáveis do estudo, comparativamente com os menores cujo pais não estavam de algum modo envolvidos nos seus projetos de vida (Tabela 12).

Tabela 12.

Médias, desvios-padrão das subescalas do HKRAM, BSI, VASQ e teste de Mann-Whitney em função do envolvimento parental.

	Envolvimento Parental ^a				Z	p	d
	Sim (n=30)		Não (n=20)				
	M	DP	M	DP			
Total de Recursos Internos	3,13	0,48	2,80	0,56	-2,07	0,03	0,64*
CC	3,07	0,79	2,76	0,56	-1,68	0,09	-
AE	3,11	0,70	2,64	0,77	-2,10	0,03	0,61*
E	3,15	0,79	2,78	0,86	-1,53	0,12	-
RP	3,06	0,75	2,79	0,81	-1,09	0,27	-
AC	3,33	0,64	3,13	0,62	-1,21	0,22	-
MA	3,16	0,72	2,84	0,64	-1,48	0,13	-
BSI: (IGS)	1,17	0,80	1,09	0,91	-0,68	0,49	-
VASQ: Total	68,86	9,57	64,50	7,99	-1,52	0,12	-
VASQ: Insegurança	33,93	8,83	31,70	6,89	-0,85	0,39	-
VASQ: Proximidade	35,20	5,28	32,80	6,92	-0,84	0,39	-

Nota. CC= Comunicação e Cooperação; AE= Autoeficácia; E= Empatia; RP= Resolução de Problemas; AC= Autoconsciência; MA= Metas e Aspirações; IGS= Índice Geral de Sintomas; VASQ: Vinculação vulnerável.

^a não se obteve informação para 18 sujeitos (26.5%).

* Os valores de tamanho de efeito só foram calculados para resultados estatisticamente significativos.

A Tabela 12 demonstra que o grupo de adolescentes cujos pais apresentavam envolvimento parental reportaram índices maiores de “Recursos Internos de resiliência” $U(50) = 195, p = 0,03, d = 0,64$, ao nível da subescala “Autoeficácia” $U(50) = 405, p=0,03, d = 0,61$.

3.4 Análise da relação entre os estilos de vinculação e a presença de sintomas psicopatológicos.

Inicialmente, estabeleceu-se a frequência de cada estilo de vinculação na amostra, segundo o sexo, como demonstrado na Tabela 13.

Tabela 13.

Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e o estilo de vinculação.

	Sexo			
	Masculino (n:42)		Feminino (n:26)	
	n	%	n	%
Inseguro-ansioso	24	57,1	16	61,5
Inseguro-Evitante	3	7,1	1	3,8
Vulnerável Dependente	9	21,4	7	26,9
Seguro	6	14,2	2	7,6

Percebe-se que para ambos os sexos, a maior frequência de estilo de vinculação foi Inseguro Ansioso, enquanto o estilo Inseguro Evitante foi o que teve a menor frequência. A vinculação Vulnerável Dependente aparece com frequências relativamente próximas. É importante destacar que a pontuação na escala de vinculação segura foi baixa em ambos os grupos, especialmente no grupo das raparigas.

Posteriormente, procurou-se perceber se o estilo de vinculação está relacionado com a sintomatologia psicopatológica, como demonstra a Tabela 14.

Tabela 14.

Médias, desvios-padrão do HKRAM e BSI e Teste de Kruskal- Wallis em função do estilo de vinculação prevalente.

	Inseguro- Ansioso (n=40)		Inseguro- Evitante (n=4)		Vulnerável Dependente (n=16)		Seguro (n=8)		KW (gl=3)	p	d
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Total de Recursos Internos	2,90	0,53	2,50	0,40	2,95	0,61	3,37	0,31	8,41	0,03	0,8*
BSI: (IGS)	1,23	0,88	1,24	1,09	0,60	0,51	0,59	0,43	6,76	0,08	-

Nota. IGS= Índice Geral de Sintomas.

* Os valores de tamanho de efeito só foram calculados para resultados estatisticamente significativos.

No que se refere a Tabela 14, foram encontradas diferenças significativas entre os Estilos de Vinculação e o resultado do “Total de Recursos Internos” KW (68) =8,41, $p = 0,03$, $d = 0,8$, sendo que os adolescentes com um Estilo de Vinculação Segura foram os que obtiveram resultados mais elevados na percepção de Resiliência Interna.

3.5 Preditores da presença e intensidade de sintomas psicopatológicos em adolescentes institucionalizados.

De seguida, consoante exposto na Tabela 15, utilizámos um teste de regressão linear para investigar se as variáveis sexo e vinculação predizem o relato de sintomatologia psicopatológica. Foram incluídas no modelo as variáveis Sexo e VASQ total por estarem correlacionadas de forma significativa com o IGS e terem um tamanho de efeito alto, além de serem fatores frequentemente mencionados na literatura da área.

Tabela 15.

Contributo do sexo e da VASQ no Índice geral de sintomas (IGS).

	Índice geral de Sintomas (IGS)	
Sexo	β -0,188	R^2 0,260
VASQ Total	β 0,443**	

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado; R^2 = Coeficiente de determinação

* $p < .05$ ** $p < .01$

O modelo foi estatisticamente significativo, $F(2, 65) = 12,751$, $p < 0,001$, com explicação de 26% da variância. O VASQ foi um bom preditor de IGS, mas através do teste t ($p=0,09$) verificou-se que sexo ser feminino ou masculino não altera significativamente essa predição.

Porém, tendo em vista os seguintes pontos:

- 1- O efeito significativo do Sexo no IGS;
- 2- O efeito significativo do Sexo na VASQ;
- 3- O não-efeito do Sexo no IGS, quando VASQ está presente;

Sugerimos que a variável sexo poderá mediar a relação entre o VASQ e o IGS. Para confirmar esta hipótese, foram feitas regressões lineares separadas para o sexo feminino (Tabela 16) e para o sexo masculino (Tabela 17).

Tabela 16.

Contributo do sexo feminino no Índice geral de sintomas (IGS) através do VASQ.

Índice geral de Sintomas (IGS)		
VASQ Total	β 0,564**	R^2 0,289

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado; R^2 = Coeficiente de determinação

* $p < .05$ ** $p < .01$

Este modelo foi significativo, $F(1, 24) = 11,175$, $p = 0,003$, $R^2 = 0,289$, ou seja, um modelo que inclua a vulnerabilidade da vinculação (VASQ Total) explica 28,9% da variância dos sintomas (BSI-IGS) no sexo feminino.

Tabela 17.

Contributo do sexo masculino no Índice geral de sintomas (IGS) através do VASQ.

Índice geral de Sintomas (IGS)		
VASQ Total	β 0,344*	R^2 0,097

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado; R^2 = Coeficiente de determinação

* $p < .05$ ** $p < .01$

Este modelo foi significativo, $F(1, 40) = 5,385$, $p = 0,02$, $R^2 = 0,097$, ou seja, um modelo que inclua a vulnerabilidade (VASQ Total) explica 9,7% da variância dos sintomas (BSI-IGS) no sexo masculino.

Conclui-se então que o sexo parece ter influência na intensidade do impacto do VASQ sobre o BSI, sendo maior para raparigas (28,9%) do que para rapazes (9,7%).

4. Discussão

O objetivo geral desta investigação foi estudar a influencia da vinculação vulnerável nos recursos internos de resiliência e nos sintomas psicopatológicos numa amostra de adolescentes institucionalizados.

O estudo empírico efetuado indica existência de prevalência de vinculação vulnerável insegura entre os adolescentes institucionalizados em ambos os sexos e grupos etários. A vinculação do tipo “Insegura- Ansiosa” foi a mais prevalente dentro da amostra. Os adolescentes com vinculação “Segura” apresentaram maiores índices de resiliência interna percebida em comparação com os adolescentes com vinculação vulnerável insegura, independente do tipo. Não houve diferenças significativas no relato de sintomatologia psicopatológica nos grupos categorizados segundo os tipos de vinculação.

No que se refere aos estilos de vinculação de crianças e adolescentes institucionalizados, Bifulco, Mahon, Kwon, Moran & Jacobs (2003) reportaram que os padrões do tipo inseguro e desorganizado têm sido associados a depressão e que são maioritários em diversos estudos com participantes institucionalizados. Num outro estudo, Bifulco, Jacobs, Ilan-Clarke, Spence & Oskis (2016) também encontraram uma prevalência de estilos de apego do tipo vulnerável numa amostra de 277 adolescentes ingleses institucionalizados, sendo estes resultados consistentes com os achados deste estudo.

Outro factor que favorece a vinculação insegura de adolescentes institucionalizados é que devido à grande exigência ao nível de práticas educativas, no sentido lato, requeridos nesta fase de desenvolvimento e ao facto de que frequentemente, se observa um número insuficiente de funcionários, as interações em grupo são favorecidas em detrimento das interações individuais (Siqueira & Dell’Aglío, 2006). Tal como mencionaram Siqueira & Dell’Aglío (2006), apesar de as instituições responderem do ponto de vista das condições habitacionais e de projetos educativos as necessidades de acolhimento institucional, muitas vezes os jovens são negligenciados no âmbito emocional, sendo que as instituições não são capazes de responder adequadamente as necessidades afetivas dos jovens que ali residem.

Se o adolescente é exposto a novos ambientes que ofereçam oportunidades para que ele possa desenvolver empatia, sentido de pertença, reciprocidade e acolhimento incondicional, aumenta-se consideravelmente as suas possibilidades de recuperação através de uma vinculação segura com outras figuras chave, mesmo com um passado

traumático (Zortea, Dickson, Gray, & Connor, 2019). Este processo é chamado de segurança adquirida (Zortea et al., 2019). Uma vez que os cuidadores primários não conseguem estabelecer relações de apego seguro com as crianças, a comunidade através das suas instituições de acolhimento e escolas cumprem esse papel de estabelecer uma base segura para o desenvolvimento emocional saudável (Mota & Matos, 2015).

Na amostra do estudo somente 8 jovens (11,7%) estão na categoria de vinculação segura, o que demonstra que a institucionalização não favorece o desenvolvimento de padrões de vinculação segura.

No presente estudo não encontramos diferenças significativas entre os grupos segundo a sintomatologia psicopatológica. Tal resultado é contrário aos achados de diversos estudos (Bretherton & Waters, 1985; Karreman & Vingerhoets, 2012; Shibue & Kasai, 2014; Zortea, Dickson, Gray, & Connor, 2019) nos quais estilos de vinculação inseguro- ansioso e inseguro- evitante estão mais comumente relacionados a uma tendência de adoecimentos psíquico.

Quando se avalia apenas o resultado total da escala de vinculação vulnerável, sem a divisão entre os tipos de vinculação (Insegura- ansiosa, Insegura- evitante e insegura- dependente), percebe-se uma relação significativa entre o valor total de vinculação insegura e a sintomatologia psicopatológica, ou seja, os adolescentes que tiveram maiores resultados na escala total de vinculação insegura, seja de qualquer tipo, também apresentaram uma maior frequência de sintomas. O excesso de insegurança dentro da vinculação pode ser um factor mais proeminente para o adoecimento psíquico do que a busca exacerbada por proximidade. De acordo com Bifulco et al. (2003), a dimensão vinculação insegura está associada a maiores prevalências de perturbações mentais, baixo apoio social e baixa autoestima. Já a dimensão de busca por proximidade está mais associada a relações fusionais com os cuidadores.

No que se refere especificamente a resiliência, Shibue & Kasai (2014) perceberam que os adolescentes com o estilo de apego seguro demonstraram ter maiores índices de resiliência e os jovens com estilos de vinculação inseguras tiveram resultados mais baixos na percepção de resiliência. Os resultados do presente estudo são consonantes com os destes, no qual os adolescentes institucionalizados com estilo de vinculação segura também apresentaram índices mais elevados de resiliência interna percebida. Assim, relações inseguras com os cuidadores primários durante a infância contribuem para maior vulnerabilidade psicológica que aliada a eventos de vida estressantes e outros fatores

negativos ambientais, reforçam a percepção negativa do jovem sobre si e sobre os outros (Zortea et al., 2019) .

Concluimos ainda que ao contrário do esperado inicialmente, algumas dimensões da resiliência avaliadas não se comportaram como um fator de proteção nos participantes, aliás as subescalas de empatia e autoconsciência surgiram positivamente relacionadas com uma maior frequência de sintomas psicológicos.

Um grau de empatia alto pode provocar estresse emocional por sensibilizar excessivamente os indivíduos aos sentimentos e situações negativas experimentados por terceiros (Chikovani, Babuadze, Iashvili, Gvalia & Surguladze, 2015). O estresse empático parece afetar mais as mulheres do que os homens pelo facto das primeiras possuírem graus de empatia mais elevados que favorecem o melhor reconhecimento de expressões negativas (Chikovani et al., 2015). Na amostra de adolescentes institucionalizados, as raparigas tiveram resultados mais elevados ao nível da empatia do que os rapazes e apresentaram mais sintomatologia psicopatológica, sendo semelhantes com os achados de Chikovani et al., (2015).

No que se refere a autoconsciência, quando em demasia, esta pode ser associada a uma tendência de perfeccionismo clínico por favorecer traços de neuroticismo (Ferrari, 1992). Dessa forma, o indivíduo tende a ficar hipervigilante no que se refere aos seus comportamentos, com o intuito de manipular positivamente sua imagem social (Ferrari, 1992).

Podemos concluir, portanto, que a empatia e a autoconsciência podem ser associadas a sintomatologia psicopatológica quando os graus são elevados o suficiente para gerar stress empático e favorecer traços de neuroticismo, fatores que podem justificar os resultados obtidos neste estudo.

Ademais, a relação entre a resiliência e o bem-estar é influenciada por diferentes fatores, como a regulação emocional, estratégias de coping adaptativas, a espiritualidade e competências sociais (Constantine & Bernad, 2001; Kumpfer & summerhays, 2006; (Kim & Esquivel, 2011; Bender & Ingram, 2018). Como tais características não foram avaliadas neste estudo, é possível que tenham interferido nos resultados obtidos.

Num segundo momento, com o intuito de identificar fatores de risco e de proteção a nível psicossocial para a população específica de adolescentes institucionalizados, foram investigadas diferentes variáveis, nomeadamente, a duração da institucionalização, a idade, o sexo dos participantes, a presença e o tipo de maus tratos, a presença de diagnóstico psicopatológico, a motivação escolar e o envolvimento parental. Com a

finalidade de alcançar tal resposta, analisámos a percepção das características de resiliência, sintomatologia psicopatológica e vinculação vulnerável nos adolescentes institucionalizados, a partir da presença, ausência ou tipologia dos fatores psicossociais citados.

Neste estudo, a variável duração da institucionalização não se mostrou um fator de risco para a população dos adolescentes. Estes resultados são contrários aos achados de Hecker Hermenau, Elbert e Ruf-leuschner (2014) no qual o tempo de institucionalização e a idade durante a primeira institucionalização estavam diretamente relacionada a uma maior presença de sintomas psicopatológicos, principalmente quando as instituições não ofereciam o suporte físico e emocional necessário para as crianças. Hrbakova e Safrankova (2016), perceberam que quanto mais tempo a criança ou adolescente permanece na instituição, menor é seu controlo sobre os afetos e, por conseguinte, sua reintegração ao ambiente social natural encontra mais barreiras. Estes resultados podem ser parcialmente explicados pelas características das próprias instituições, indicando que nesta amostra as instituições apresentam fatores de proteção aos adolescentes.

Em relação ao grupo etário, os adolescentes com idades entre 16 e 19 anos mostraram ter menor necessidade de proximidade do que os adolescentes entre 12 e 15 anos. Já em relação a insegurança dentro da vinculação não houve diferenças significativas. Analisando o processo de desenvolvimento humano, a adolescência é uma fase do desenvolvimento intermediária entre a infância e a adultez, no qual o sujeito deve adquirir uma diversidade de competências individuais e sociais, principalmente ligadas ao processo de individuação e autorregulação (Steinberg & Morris, 2001). Dessa forma, quanto mais velho o adolescente fica, menor sua necessidade de interferência externa nos seus processos de autorregulação (Steinberg & Morris, 2001). Logo, a relação com as figuras chave também são modificadas, assim como o investimento emocional nos pares, valorizando a individualidade ao invés da conformidade de grupo (Steinberg & Morris, 2001). Portanto, é manifesto que quanto mais velho o adolescente menor sua necessidade relatada de proximidade.

Nesta investigação também se procurou compreender se o sexo dos participantes tinha alguma influência significativa nos níveis de resiliência interna, no relato da vinculação vulnerável e na presença de sintomatologia psicopatológica. Os resultados demonstraram que raparigas apresentam um índice mais alto de resiliência interna total, mas em contrapartida, também apresentaram um maior índice de sintomas

psicopatológicos. As raparigas também apresentaram uma vinculação mais vulnerável do que os rapazes.

Zanello (2018) argumenta que as estruturas de gênero afetam diretamente na formação subjetiva do indivíduo, modificando o seu processo de individuação. Torna-se homem e torna-se mulher são processos distintos através de diferentes papéis sociais esperados por cada gênero, afetando em diferentes aspetos do desenvolvimento (Zanello, 2018). Principalmente no que se concerne a estudos dentro da área de saúde mental, os papéis de gênero são definidos pela assimetria entre o masculino e feminino em sociedades patriarcais, marcados pelo desenvolvimento e valorização de competências diferentes para rapazes e raparigas, o que afeta diretamente na frequência e no tipo de adoecer psíquico (Zanello & Silva, 2012). As estratégias de *coping* utilizadas por rapazes e raparigas também são diferentes (Pascual, Conejero e Etxebarria, 2016). Rapazes tendem a usar estratégias mais focadas na resolução dos problemas enquanto raparigas utilizam estratégias mais focadas na regulação emocional. Além disso, os rapazes reportaram ter maior percepção de eficácia em relação as suas estratégias de *coping* (Pascual et al., 2016).

De acordo com Oriol & Filella, (2014) quando comparadas as raparigas institucionalizadas e raparigas em ambiente natural, não surgem diferenças significativas nos resultados em relação a competências emocionais. Porém, quando são comparados rapazes institucionalizados e rapazes em ambiente natural, percebe-se um claro déficit nas capacidades emocionais do primeiro grupo (Oriol & Filella, 2014). Os autores concluíram que a institucionalização aumenta a disparidade das competências emocionais quando analisadas através de uma perspectiva de gênero (Oriol & Filella, 2014).

Essas diferenças em relação ao gênero podem ser parcialmente explicadas pelo facto de as raparigas, quando confrontadas com problemas interpessoais com grande impacto estressante (como maus tratos ou outras situações que comumente resultam em institucionalização), lidam de maneira emocionalmente confusa, demonstrando maior tendência a desenvolver condições patológicas ligadas a ansiedade e a depressão (Rudolph, 2002). Estas características surgem devido à importância que as raparigas dão às relações interpessoais, usando como bússolas do seu próprio comportamento, levando a uma busca maior por aceitação e amor incondicional do que os rapazes (Rudolph, 2002).

No presente estudo, o facto de as raparigas apresentarem maior frequência de sintomatologia psicopatológica está possivelmente associada ao facto de também possuírem uma vinculação mais vulnerável do que os rapazes, resultando em maior

dependência emocional. Avaliando as subescalas da resiliência interna total, as raparigas obtiveram resultados especialmente altos nas categorias “Comunicação e cooperação” e “Empatia”, ambas ligadas a competências interpessoais. Apesar de essas competências serem tradicionalmente fatores protetores na literatura, quando a intensidade delas é muito alta somada a uma baixa autoestima e tendência a dependência emocional, eles podem ter um efeito contrário e se tornarem fatores de risco para saúde mental das raparigas (Rudolph, 2002).

Por fim, não se pode desconsiderar os fatores ligados a desejabilidade social. A partir de uma estrutura social patriarcal, os rapazes são desencorajados a expressar suas vulnerabilidades psicológicas, enquanto as raparigas são encorajadas a fazê-lo (Zanello, 2018). Tal facto pode sugerir que as raparigas não possuem maior sintomatologia psicopatológica do que os rapazes, apenas responderam ao questionário com maior sinceridade.

Quando foi avaliada a presença de maus tratos e sua tipologia, os adolescentes que sofreram maus tratos obtiveram pontuações maiores do que os participantes que não sofreram maus tratos no índice de recursos internos totais de resiliência, apresentando estes resultados nas subescalas “Cooperação e Comunicação” e “Autoconsciência”.

A partir de uma avaliação de diferenças individuais, existe a possibilidade de que as crianças que vivem em instituições já terem sido expostas a tantas situações complexas que tal resulta em um desenvolvimento de certas competências de forma mais acentuada e precoce pela própria exigência da situação (Poletto, Koller e Dell’Aglío, 2009). Ademais, é preciso entender como cada indivíduo interpretou a presença dos maus tratos, facilitando ou dificultando o enfrentamento da situação (Poletto et al., 2009).

É preciso reiterar que mesmo instituições com excelentes indicadores de qualidade não conseguem suprir falhas parentais graves, principalmente quando se trata da presença de maus tratos (Tottenham, 2012). Patias, Gil da Silva e Dell’Aglío (2016) identificaram que a exposição de crianças e adolescentes a situações violentas, sejam como vítimas ou como espectadoras, produz consequências negativas a nível de saúde mental, principalmente quando é intrafamiliar. As autoras também encontraram diferenças relativas a tipologia dos maus tratos (negligência, abuso sexual, abuso físico e outros) e os sintomas qualitativos apresentados pelos adolescentes. No presente estudo, fundado em uma análise de frequência de sintomas psicopatológicos dos participantes, não foram encontradas diferenças significativas entre a frequência de sintomas psicopatológicos para jovens que sofreram negligência ou outros tipos de maus tratos. Porém, jovens sem

uma aparente história de maus tratos apresentaram uma frequência de sintomas psicopatológicos consideravelmente menor do que os jovens que foram vítima de maus tratos, independentemente do tipo de violência.

No estudo realizado por Segura, Pereda, Guilera & Hambyb (2017) em que os autores avaliaram a relação entre os recursos de resiliência e sintomatologia psicopatológica em adolescentes institucionalizados com situações de maus tratos graves, os adolescentes com maior percepção de recursos internos e apoio escolar reportaram uma menor externalização de sintomas psicopatológicos. Ainda assim, independente da quantidade de recursos percebidos, todos os adolescentes vítimas de maus tratos apresentaram sintomas psicológicos que indicam sofrimento grave.

Conclui-se, portanto, que as competências de resiliência conseguem amenizar as falhas contextuais durante o curto prazo, mas no longo prazo não são suficientes para evitar consequências negativas à nível psicológico (Tottenham, 2012). Isso explica porque apesar de as crianças vítimas de maus tratos apresentarem maiores níveis de resiliência também apresentam uma frequência maior de sintomas psicopatológicos.

Em relação a presença de diagnóstico psicopatológico, os adolescentes diagnósticos anteriormente por algum profissional de saúde reportaram maior frequência de sintomas psicopatológicos e maior insegurança da vinculação. Porém também revelaram uma maior percepção das suas competências de “Resolução de Problemas” quando comparados aos adolescentes sem diagnóstico prévio. É importante ressaltar os possíveis fatores protetores que estão envolvidos neste contexto. Uma vez que o estigma em relação ao diagnóstico psicopatológico influencia diretamente a forma como os cuidadores e os pares se comportam e percebem o jovem, a autoimagem e a autoestima das crianças e jovens também é afetada por meio da modelagem (Hendersond, Rossettoa, Robinsonc, Reavleya &, 2017). Assim, a diminuição dos conceitos negativos sobre a doença psicopatológica contribui para o melhor desenvolvimento dos jovens (Hendersond, 2017). Desta forma, é importante que as instituições estejam aptas a lidar com as necessidades de cada jovem decorrentes do diagnóstico, porém sem colocá-los em papéis de exclusão. O fato de os jovens da amostra se perceberem como possuindo boas competências de resolução de problemas provavelmente está associada ao modo como eles foram ensinados e acolhidos quando se depararam com situações desafiadoras.

Sobre o fator motivação escolar dos jovens, tal fator foi significativo apenas dentro da subescala “Comunicação e Cooperação” da resiliência interna. O engajamento escolar é influenciado pelo suporte social que o adolescente recebe dos professores,

familiares e pares, cada um reverberando diferentemente no engajamento emocional ou cognitivo /comportamental (Coelho & Dell’Aglío, 2019). Assim, independentemente de estar em ambiente natural ou institucionalizado, o apoio social parece ser um fator importante para explicação do engajamento escolar (Coelho & Dell’Aglío, 2019).

Referente ao envolvimento parental, os adolescentes institucionalizados com a presença de envolvimento parental apresentaram maiores níveis de resiliência interna total do que os jovens nos quais os pais não apresentavam envolvimento parental. Neste contexto, o envolvimento parental é definido como a frequência de visitas na instituição e um contato contínuo com os jovens. Aprofundando a análise desses resultados, percebemos que a resiliência percebida mais alta nos jovens com envolvimento parental reverbera unicamente da categoria de percepção de “Autoeficácia” desses adolescentes. De acordo com a teoria socio cognitiva de Bandura (1997), a autoeficácia é uma competência desenvolvida a partir das experiências pessoais, mediada pelo processo de modelação comportamental de figuras chaves. Dessa forma, crianças que se desenvolveram em situações de vulnerabilidade social ou distantes de sua família de origem/ figuras chaves importantes, têm maiores probabilidades de desenvolver uma percepção de autoeficácia deficitária. A autoeficácia percebida possui um papel significativo na regulação dos comportamentos do indivíduo, afetando sua motivação e sua capacidade de atingir seus objetivos, sendo um fator relevante no processo geral da resiliência (Bandura, 1997).

Além disso, o bom relacionamento com a família é um fator de proteção para diversos comportamentos de risco como uso de drogas, álcool, tabaco e evasão escolar (Siqueira & Dell’Aglío, 2006). Dessa forma, a instituição, quando avaliado que a família tem potencial de recuperação, deve trabalhar como uma ponte relacional entre o jovem e a sua família, mantendo os laços externos ativos (Siqueira & Dell’Aglío, 2006).

Terceiramente, com a intenção de identificar preditores de sintomatologia psicopatológica em adolescentes institucionalizados, foram realizadas regressões lineares com as variáveis sexo e VASQ total.

No estudo de Paixão, Patias e Dell’Aglío (2018) encontram resultados semelhantes na amostra de adolescentes em famílias intactas, porém com vulnerabilidade sociais. As autoras reportaram que as raparigas apresentaram mais sintomas psicopatológicos do que os rapazes, sendo que o conflito, a falta de apoio e a violência intrafamiliar explicaram 23,3% da variância da sintomatologia psicopatológica.

Zanello (2018) reflete que a maior necessidade de vínculo das raparigas existe principalmente pelo “dispositivo materno” que é desenvolvido nas culturas ocidentais, onde as mulheres cumprem um papel social de cuidadoras e constroem sua identidade primordialmente a partir das relações com os outros, negligenciando a individualidade. A autora argumenta que esse mecanismo favorece a dependência emocional e, conseqüentemente, explica parcialmente o fato de as mulheres serem mais suscetíveis a ansiedade e depressão do que os homens. O estudo da sintomatologia não pode ser dissociado do estudo do gênero (Zanello, 2018). Dessa forma, as instituições devem ter programas diferentes que considerem o gênero do adolescente que está sob tutela.

5. Considerações Finais

O presente estudo conseguiu identificar fatores de risco e proteção para a amostra de adolescentes institucionalizados e compreender como as variáveis sociodemográficas, as variáveis de resiliência interna e de vinculação vulnerável atuam na sintomatologia psicopatológica. Concluímos que as instituições são alternativas eficazes principalmente quando se trata de famílias altamente desestruturadas, fornecendo um ambiente minimamente seguro para o desenvolvimento.

O gênero demonstrou ser um fator importante nas implicações dos resultados obtidos. Rapazes e raparigas comportam-se de maneiras diferentes e são impactos de forma diferente em relação a institucionalização e os maus tratos. É essencial que as instituições tenham ciência destas diferenças no intuito de planejar modelos de intervenção que sejam de fato eficazes, principalmente quando se trata de instituições que acolhem tanto rapazes como raparigas.

No presente estudo, poucos participantes apresentaram um estilo de vinculação seguro, o que demonstra uma deficiência das instituições em assegurar um ambiente que favorecesse uma segurança adquirida nos adolescentes. A implementação de novas formas de administração que facilitem o bem-estar dos internos, técnicos e funcionários também seria benéfica.

Além disso, deve-se focar também em fortalecer os pais e as comunidades através de políticas públicas e programas sociais em que se possa oferecer as ferramentas adequadas para o desenvolvimento dos jovens. Uma vez que programas de parentalidade positiva e promoção de resiliência eficazes desenvolvem tanto as competências individuais quanto as competências do meio, ambos são importantes redes de proteção. Concordamos com o princípio de que as medidas institucionais sejam aplicadas apenas com o esgotamento das medidas em meios naturais.

Outro fator importante a ser explorado é favorecimento da motivação e envolvimento escolar dos adolescentes pelas instituições. A escola se configura como um recurso social importante para o desenvolvimento dos adolescentes e desengajamento escolar é maioritário na amostra estudada. Esta falta de motivação é particularmente no que se concerne as metas e aspirações da amostra, principalmente entre os rapazes.

É essencial não estigmatizar tal população e trabalhar para fortalecer os fatores de proteção individuais e institucionais. Os resultados desta pesquisa estão de acordo que

mais importante do que o contexto ser natural ou de ser institucional, são os recursos positivos que esses contextos oferecem que são os verdadeiros fatores de proteção.

Como limitações da pesquisa, primeiramente está a localização geográfica que não permite uma generalização além da população do Algarve. É importante ter pesquisas em outras localidades do país para que se possa compreender como os fatores de cada microsistema (clima organizacional de cada instituição, por exemplo) pode influenciar na proteção desta população.

O facto de os instrumentos utilizados nessa pesquisa serem de autorrelato também influenciam nas respostas obtidas através da desajustabilidade social ou pela omissão de respostas. Também pode ser considerada outra limitação o fato da escala de resiliência HKRAM não se encontrar adaptada à população de adolescentes institucionalizados.

Outra limitação está relacionada com o desenho do estudo. Em investigações futuras seria importante fazer um acompanhamento longitudinal para compreender melhor os processos desenvolvimentos dos adolescentes. Além disso, também seria importante analisar questões que não foram exploradas por esta pesquisa, como os processos de transição de entrada e saídas das instituições, recorrendo a uma metodologia qualitativa ao invés de quantitativa.

O nosso estudo pretendeu dar visibilidade a uma população frequentemente estigmatizada, focando-se não apenas nos fatores de risco, mas nos recursos destes jovens. Em suma, é importante dar continuidade à investigação sobre adolescentes institucionalizados de forma a identificar suas necessidades específicas e propor programas psicossociais que sejam adequados. O investimento no bem-estar destes adolescentes é também um investimento num futuro mais equilibrado para as próximas gerações, com menos desigualdade social e quebrando ciclos de desadaptação psicossocial reportada ao longo de gerações.

6. Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Ali, N. S. A., Silveira, R. S. M., & Lunardelli, M. C. F. (2004). Relato de experiência de estágio com monitores que trabalham em entidade que abriga menores em situação de risco. In E. Goulard Júnior, L. C. Câneo, & M. C. F. Lunardelli (Eds.), *Campo de estágio: Espaço de aprendizagem e diversidade* (pp. 170-179). Bauru, SP: Joarte.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Ben-David, V., & Jonson-Reid, M. (2017). Resilience among adult survivors of childhood neglect: A missing piece in the resilience literature. *Children and Youth Services Review*, 78(5), 93–103. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.05.014>
- Bifulco, A. (2012). *Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ)*. Measurement Instrument Database for the Social Science. Retirado de www.midss.ie.
- Bifulco, A., Jacobs, C., Ilan-Clarke, Y., Spence, R., & Oskis, A. (2016). Adolescent attachment style in residential care: the attachment style interview and vulnerable attachment style questionnaire. *British Journal of Social Work*, 0, 1–14. doi:10.1093/bjsw/bcw117.
- Bifulco, A., Mahon J., Kwon J-H., Moran, P.M., & Jacobs, C. (2003). The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): an interview-based measure of attachment styles that predict depressive disorder. *Psychological Medicine*, 33, 1099–1110. doi: 10.1017/S0033291703008237.
- Benard, B. (1991). *Protective Factors in the Family, School, and Community*. Portland, Western Center for Drug-Free Schools and Communities.
- Bender, A., & Ingram, R. (2018). Connecting attachment style to resilience: Contributions of self-care and self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 130, 18–20. doi:10.1016/j.paid.2018.03.038
- Bowlby, J. (1989) *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bretherton, I. (1985). Attachment Theory: Retrospect and Prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 3. doi:10.2307/3333824
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology*, 6, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979)
- Chikovani, G., Babuadze, L., Iashvili, N., Gvalia, T., & Surguladze, S. (2015). Empathy costs: Negative emotional bias in high empathisers. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 340–346. doi:10.1016/j.psychres.2015.07.001
- Coelho, C. C. de A., & Dell’Aglío, D. D. (2019). School climate and school satisfaction among high school adolescents. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(1), 265-281. doi:10.5963/1980/6906/psicologia.v21n1p265-281
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (CNPDPJC). (2020). *Avaliação da Atividade das CPCJ em 2019*. Retirado de <https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>
- 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. *Journal of Adolescent Health, 28*(2), 122–140.
- Dalbem, J. X., & Dell’Aglío D. D., (2005) Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 57* (1) ,12-24.
- Davidson-Arad, B., & Navaro-Bitton, I. (2015). Resilience among adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review, 59*, 63–70. doi:10.1016/j.chilyouth.2015.09.023
- Dell’Aglío, D. D. e Hutz, C. (2002). Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e adultos. *Psicologia USP, 13* (2), 203-225.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the revised version. John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit. Baltimore.
- Derogatis, L. R. (1982). BSI: Brief Symptom Inventory. Minneapolis: National Computers Systems.
- Elder, G. (1996). Human lives in changing societies: Life course and developmental insights. In R.B. Cairns, G.H. Elder & E.J. Costello (Orgs.). *Developmental science* (pp. 31-62). New York: Cambridge University Press.
- Fernandes, A. O., & Monteiro, N. R. de O. (2017). Comportamentos Pró-Sociais de Adolescentes em Acolhimento Institucional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 33*(0). doi:10.1590/0102.3772e3331
- Ferrari, J. R. (1992). Procrastinators and Perfect Behavior: An Exploratory Factor Analysis of Self - Presentation, Self - Awareness and Self -Handicapping components. *Journal of Research in Personality, 26*,75-84. doi: [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(92\)90060-H](https://doi.org/10.1016/0092-6566(92)90060-H)
- Flannery, J. E., Gabard-Durnam, L. J., Shapiro, M., Goff, B., Caldera, C., Louie, J., Tottenham, N. (2017). Diurnal cortisol after early institutional care—Age matters. *Developmental Cognitive Neuroscience, 25*, 160–166. doi:10.1016/j.dcn.2017.03.006
- Gelman, A., & Carlin, J. (2014). Beyond Power Calculations: Assessing Type S (Sign) and Type M (Magnitude) Errors. *Perspectives on Psychological Science, 9* (6), 641-651. doi: 10.1177/1745691614551642
- Guyon-Harris, K. L., Humphreys, K. L., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2018). Course of Disinhibited Social Engagement Disorder From Early Childhood to Early Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 57*(5), 329–335.e2. doi:10.1016/j.jaac.2018.02.009
- Hawley, D. R., & DeHaan, L. (1996). Toward a Definition of Family Resilience: Integrating Life-Span and Family Perspectives. *Family Process, 35*(3), 283–298. doi:10.1111/j.1545-5300.1996.00283.x
- 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.
- Karreman, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences, 53*(7), 821–826. doi:10.1016/j.paid.2012.06.014
- Henderson, C., Robinson, E., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2017). Relationships between anti-stigma programme awareness, disclosure comfort and intended help-seeking regarding a mental health problem. *British Journal of Psychiatry, 211*(05), 316–322. doi:10.1192/bjp.bp.116.195867

- Haskett, M. E., Nears, K., Sabourin Ward, C., & McPherson, A. V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 796–812. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.03.005>
- Kaufman, J., & Charney, D. (2001). Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Development and Psychopathology*, 13(3), 451–471. <https://doi.org/10.1017/s0954579401003030>
- Hecker, T., Radtke, K. M., Hermenau, K., Papassotiropoulos, A., & Elbert, T. (2016). Associations among child abuse, mental health, and epigenetic modifications in the proopiomelanocortin gene (POMC): A study with children in Tanzania. *Development and Psychopathology*, 28(4pt2), 1401–1412. doi:10.1017/s0954579415001248
- Hrbackova, K., & Safrankova, A. P. (2016). Self-Regulation of Behaviour in Children and Adolescents in the Natural and Institutional Environment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 679–687. doi:10.1016/j.sbspro.2016.02.119
- Kennedy, M., Kreppner, J., Knights, N., Kumsta, R., Maughan, B., Golm, D., Sonuga-Barke, E. (2017). Adult disinhibited social engagement in adoptees exposed to extreme institutional deprivation: examination of its clinical status and functional impact. *British Journal of Psychiatry*, 211(05), 289–295. doi:10.1192/bjp.bp.117.200618
- Król, M. E., Kliś, A., Kustra, M., & Szymański, K. (2018). Is knowledge of family history related to psychosocial functioning? Comparison of adolescents living in institutional care and adolescents living with their biological families. *European Journal of Developmental Psychology*, 1–12. doi:10.1080/17405629.2018.1447460
- Lemos, I. (2007). Família, Psicopatologia e Resiliência na Adolescência: Do Risco Psicossocial ao Percurso Delinquente. 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.
- Silva, I. C. & Lemos, I. (2019). Vulnerabilidade psicossocial, psicopatologia e empatia em adolescentes institucionalizados. V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. Faro, 9-11 maio.
- 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. doi:10.1590/s0102-71822006000100010
- Magalhães, E., & Lopes, J. (2001). Auto-conceito em adolescentes institucionalizadas: um estudo exploratório. *Psicologia*, 25(2), 163-190. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v25i2.292>
- 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 Doutoramento em Psicologia, especialidade em Psicologia Educacional, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- McCall, R. B., Groark, C. J., Hawk, B. N., Julian, M. M., Merz, E. C., Rosas, J. M., ... Nikiforova, N. V. (2018). Early Caregiver–Child Interaction and Children’s Development: Lessons from the St. Petersburg-USA Orphanage Intervention Research Project. *Clinical Child and Family Psychology Review*. doi:10.1007/s10567-018-0270-9
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007) Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Guildford Press, New York.
- Mishra, R., & Sondhi, V. (2018). Fostering Resilience among Orphaned Adolescents through Institutional Care in India. *Residential Treatment for Children & Youth*, 1–

24. doi:10.1080/0886571x.2018.1535286
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2016). Caregivers' attachment and mental health: Effects on perceived bond in institutional care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(2), 110–119. <https://doi.org/10.1037/pro0000047>
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2012). *Peer attachment, coping, and self-esteem in institutionalized adolescents: the mediating role of social skills*. *European Journal of Psychology of Education*, 28(1), 87–100. doi:10.1007/s10212-012-0103-z
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2015). Adolescents in Institutional Care: Significant Adults, Resilience and Well-Being. *Child Youth Care Forum*, 44, 209-224.
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 142–150. doi:10.1590/s0104-11692008000100022
- Oldfield, J., Stevenson, A., Ortiz, E., & Haley, B. (2018). *Journal of Adolescence*, 64, 13–22. doi:10.1016/j.adolescence.2018.01.002
- Oriol, 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. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2014.06.009>
- Paixão, R. F., Patias, N. D., & Dell'Aglio, D. D. (2018). Self-esteem and Symptoms of Mental Disorder in the Adolescence: Associated Variables. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34436. Epub May 16, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34436>
- Pascual, A., Conejero, S., & Etxebarria, I. (2016). Coping strategies and emotion regulation in adolescents: Adequacy and gender differences. *Ansiedad y Estrés*, 22(1), 1–4. doi:10.1016/j.anyes.2016.04.002
- Patias, N. D., Silva, D.G. da, & Dell'Aglio, D. D., (2016). Exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos: relações com a saúde mental. *Temas em Psicologia*, 24(1), 205-218. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-14>
- Poletto, M., Koller, S. H., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 455- 466. doi:10.1590/S1413-81232009000200014
- Protic, S., Wittmann, L., Taubner, S., & Dimitrijevic, A. (2020). Differences in attachment dimensions and reflective functioning between traumatized juvenile offenders and maltreated non-delinquent adolescents from care services. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104420. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104420
- Rasmussen, P., Storebø, O. J., Løkkeholt, T., Voss, L. G., Shmueli-Goetz, Y., Bojesen, A. B., Bilenberg, N. (2018). Attachment as a Core Feature of Resilience: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychological Reports*, 003329411878557. doi:10.1177/0033294118785577
- Rodarte, B. C., Carlos, D. M., Leite, J. T., Beserra, M. A., Oliveira, V. G., & Ferriani, M. das G. C. (2015). Fatores de Proteção sob o Olhar de Adolescentes Vitimizados e Institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(7), 73–80. <https://doi.org/10.12707/RIV15005>
- Rodgers, J.L & Bard, D.E., (2003). Behavior Genetics and Adolescent Development: A Review of Recent Literature. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbooks of developmental psychology*. Blackwell handbook of adolescence (p. 3–24). Blackwell Publishing.
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 3–13. doi:10.1016/s1054-139x(01)00383-4

- Segura, A., Pereda, N., Guilera, G., & Hamby, S. (2017). Resilience and psychopathology among victimized youth in residential care. *Child Abuse & Neglect*, 72, 301–311. doi:10.1016/j.chiabu.2017.08.019
- Shibue, Y., & Kasai, M. (2014). Relations between Attachment, Resilience, and Earned Security in Japanese University Students. *Psychological Reports*, 115(1), 279–295. doi:10.2466/21.02.pr0.115c14z7
- Steinberg, L., & Morris, A.S., (2001). Adolescent Development. *Journal of Cognitive Education and Psychology*. 2. 55-87. doi: 10.1891/194589501787383444.
- Torres-Gomez, B., Alonso-Arbiol, I., & Gallarin, M. (2018). Attachment to Parents and Aggressiveness in Adopted Adolescents: A Multi-Sample Comparison Study. *Journal of Research on Adolescence*. doi:10.1111/jora.12463
- Unicef (2020). Relatório anual 2019. Retirado de <https://unicef.pt/actualidade/publicacoes/relatorio-anual-unicef-2019/>
- Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R. Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*. doi:10.1016/s2215-0366(19)30399-2
- Virat, M., & Dubreil, C. (2020). Building secure attachment bonds with at-risk, insecure late adolescents and emerging adults: Young people’s perceptions of their care workers’ caregiving behaviors. *Children and Youth Services Review*, 104749. doi:10.1016/j.childyouth.2020.104749
- Wendt, G. W., Costa, A. B., Poletto, M., Cassepp-Borges, V., Dellaglio, D. D., & Koller, S. H. (2019). Stressful events, life satisfaction, and positive and negative affect in youth at risk. *Children and Youth Services Review*. doi:10.1016/j.childyouth.2019.04.028
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Preziosa, A., Veglia, F., & Carassa, A. (2014). Attachment Representation in Institutionalized Children: A Preliminary Study Using the Child Attachment Interview. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(2), 165–175. doi:10.1002/cpp.1882
- Zanello, V. (2018). *Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação*. 1. ed. Curitiba: Appris
- Zappe, J. G., & Dell’Aglia, D. D. (2016). Adolescência em diferentes contextos de desenvolvimento: risco e proteção em uma perspectiva longitudinal. *Psico*, 47(2), 99. doi:10.15448/1980-8623.2016.2.21494
- Zortea, T. C., Dickson, A., Gray, C. M., & O’Connor, R. C. (2019). Associations between experiences of disrupted attachments and suicidal thoughts and behaviours: An interpretative phenomenological analysis. *Social Science & Medicine*, 112408.

7. Anexos

Anexo A. Proposta de recolha de dados enviada para cada instituição participante

Proposta para Recolha de Dados

Instituição: Universidade do Algarve
Curso: Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Aluna: Isadora Coelho
Orientadora: Prof^ª. Doutora Ida Lemos
Contatos:
Email: coelho.isadora.sa@gmail.com
Telemóvel: [REDACTED]

Título: Características de vinculação, Sintomas psicopatológicos e Recursos internos de resiliência em adolescentes institucionalizados.

Público alvo: adolescentes residentes em Lares de Infância e Juventude, com idades entre os 12 e os 19 anos, de ambos os sexos

Instrumentos: Questionário sociodemográfico (técnicos); *Healthy Kids Resilience Assessment Module* (HKRAM); *Vulnerable Attachment Style Questionnaire* (VASQ) e *Brief Symptom Inventory* (BSI).

Tempo de aplicação: Em torno de 20 minutos.

Anexo B. Consentimento Informado

A presente investigação tem como objetivo avaliar algumas questões do ambiente institucional que podem estar relacionados com o bem-estar e a qualidade de vida dos adolescentes. Ou seja, queremos perceber que tipo de problemas os adolescentes têm por vezes e que fatores podem ajudá-los a ultrapassar as dificuldades! Este trabalho insere-se no curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve. Venho assim pedir-te que participes neste estudo, uma vez que, com este poderemos ajudar a compreender melhor o desenvolvimento dos adolescentes em Portugal.

Este estudo é anónimo e confidencial, isto é, não será revelada em qualquer circunstância a tua identidade. A tua participação é voluntária pelo que poderás a qualquer momento abandonar a tua participação se assim o desejares.

A aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde,

Isadora Coelho

Compreendo que:

- A participação neste estudo é inteiramente voluntária;
- Ao aceitar colaborar neste estudo estou a possibilitar o avanço do conhecimento nesta área, mas que não me podem ser dadas garantias de qualquer benefício direto ou indireto pela minha participação no estudo;
- Posso recusar-me a colaborar nesta investigação, ou desistir a qualquer momento, sem que isso me traga quaisquer consequências negativas.
- Compreendo ainda que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade e dados confidenciais jamais poderão ser revelados em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa, a não ser com a minha autorização por escrito.

Assinatura do(a) participante: _____

Data: ____/____/____