

**INÊS SOFIA CAMÕES SILVA**

**CARACTERÍSTICAS DE EMPATIA, PSICOPATOLOGIA, E  
VINCULAÇÃO EM ADOLESCENTES COM MEDIDA DE  
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

2019

**INÊS SOFIA CAMÕES SILVA**

**CARACTERÍSTICAS DE EMPATIA, PSICOPATOLOGIA, E VINCULAÇÃO  
EM ADOLESCENTES COM MEDIDA DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

**Mestrado em Psicologia  
(Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde)**

**Trabalho efetuado sobre a orientação de:  
Professora Doutora Ida Lemos**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**2019**

# **Características de Empatia, Psicopatologia, e Vinculação em Adolescentes com Medida de Acolhimento Institucional**

## **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.

Assinatura

---

(Inês Sofia Camões Silva)

*Copyright* Inês Sofia Camões Silva. A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos

*Dedico este trabalho à minha prima Ana Sofia que foi institucionalizada aos onze anos.*

*Que consigas um dia perdoar o Mundo.  
Perdoar a falta de amor.*

## **Agradecimentos**

Primeiramente, quero deixar o meu agradecimento à Professora Ida por este ano e meio de orientação. Por toda a sabedoria, por todo o bom-senso e transparência com que sempre pensou sobre as questões da psicologia, do dia-a-dia, da vida.

A todos os meninos e meninas dos locais onde recolhi os dados, que disponibilizaram o seu tempo e atenção para responderem aos questionários longos e “chatos”. Foram fantásticos.

Aos técnicos das instituições, pelo tempo disponibilizado para acompanhar e auxiliar na recolha de dados, um bem-haja.

Ao Tiago, pela preciosa e imprescindível ajuda na recolha de dados, pelo tempo disponibilizado, muito te agradeço.

Ao meu namorado João, por toda a paciência, pelo amor incondicional. Pela força que sempre me transmitiste nos momentos de maior desânimo. Sem ti, não sei como teria chegado até aqui.

À minha avó Ana, que foi a pessoa que ao longo destes cinco anos mais sofreu pelo meu cansaço, pela minha falta de tempo para a vida pessoal, pelos obstáculos que surgiram. Que mesmo doente, fez e faz o que pode para me ajudar. Conseguimos avó, obrigada.

Ao meu pai, ao meu irmão, à Helena, à minha tia e à minha avó Bia por pela forma como cada um de vocês me ajudou ao longo destes cinco anos.

Às minhas queridas amigas e colegas Sofia e Mariana, pela amizade, pela força e companheirismo ao longo do Mestrado. Que bom foi partilhar esta etapa convosco.

Aos meus amigos e colegas da EVA que tanto estimo, por terem sido uma segunda família nestes últimos anos. Aos meus chefes, Sr. Teixeira e Teresa por sempre terem facilitado o conciliar do trabalho com o Mestrado.

Aos meus amigos de sempre, Rui e Pedro, pelos momentos mais divertidos e pelas gargalhadas mais sinceras, pela ajuda sempre que precisei.

Aos meus colegas de Mestrado e Licenciatura com quem pude aprender e crescer ao longo destes anos.

A todos os professores da FCHS que me inspiraram com a sua sabedoria, que me desafiaram a querer saber mais, a ver mais além. O meu muito obrigado por terem sido professores excepcionais, dos quais guardarei as melhores recordações.

## Resumo

Em Portugal, milhares de crianças e adolescentes encontram-se anualmente ao abrigo do sistema de acolhimento institucional. Quando a criança ou adolescente é sinalizada como estando em perigo, o tribunal ou as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens podem requerer o seu acolhimento residencial. Seja por motivos anteriores ou posteriores ao acolhimento, este grupo-alvo manifesta particularidades clínicas que importa conhecer melhor. Procurou-se, num primeiro estudo com uma amostra de 77 adolescentes do sexo feminino (12- 19 anos), investigar a associação entre características de empatia e sintomatologia psicopatológica na presença de fatores de vulnerabilidade psicossocial. Utilizou-se para esse efeito os instrumentos *Interpersonal Reactivity Index* (IRI), o *Brief Symptom Inventory* (BSI) e um questionário de dados sociodemográficos e familiares. Num segundo estudo, pretendeu-se comparar duas amostras de adolescentes de ambos os sexos: um grupo de 35 adolescentes com medida de acolhimento institucional, e outro grupo de 59 adolescentes que residiam com as famílias, com o objetivo conhecer a prevalência de diferentes estilos de vinculação segundo o *Vulnerable Attachment Style Questionnaire* (VASQ).

Os resultados do primeiro estudo sugeriram que as adolescentes com menos características empáticas são provenientes de famílias monoparentais, apresentam historial de problemas de comportamento na infância, têm diagnóstico psicopatológico, e vivenciam conflito na relação com o pai. Ainda, as adolescentes em conflito com o pai, e/ou que sofreram negligência e abuso físico simultâneo, revelam mais sintomas psicopatológicos. O segundo estudo indicou que os adolescentes institucionalizados manifestam predominantemente estilos de vinculação de tipo Inseguro-Ansioso e Inseguro-Evitante. Os resultados salientam a importância de respostas sociais adequadas em situações de monoparentalidade e maus-tratos, e destacam a influência da relação com o pai na saúde mental das adolescentes. A elevada prevalência de estilos de vinculação vulnerável nos adolescentes institucionalizados alerta para as consequências psicossociais a médio e longo-prazo, nesta população.

**Palavras-chave:** Empatia; Psicopatologia; Vinculação; Acolhimento Institucional; Vulnerabilidade Psicossocial.

## **Abstract**

Every year, thousands of children and teenagers are protected by the foster care system in Portugal. When a child or teenager is in danger, the family court or the child protective services may request to place them at a residential foster care. In result of situations that happened before or after the foster care, this target group shows clinical peculiarities that must be investigated. In the first study with a sample of 77 female teenagers (12-19 years old), the main aim was to explore the association between empathy features and psychopathological symptoms in the presence of psychosocial vulnerability factors. With that purpose, it was used the *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*, the *Brief Symptom Inventory (BSI)* and a sociodemographic data questionnaire. In the second study it was compared two teenager's samples, both females and males: the first group consists of 35 teenagers in residential foster care, and in the other 59 teenagers living with their families. The main goal was to understand the prevalence of the different attachment styles according to the *Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ)*.

The results of the first study suggested that teenagers with less empathic features belong to single parent families, showed behavior problems during infancy, have a current psychopathological diagnosis, and maintain a conflictual relationship with their father. Plus, teenagers that maintain a conflictual relationship with their father and/or that suffered neglect and physical abuse simultaneously in the past, show evidence of more psychopathological symptoms. The results of the second study indicated that teenagers in residential foster care manifest mainly Insecure Anxious style and Insecure Avoidant style attachment. The results point out the importance of appropriate social responses for single parent families and in situations of maltreatment, and also highlights the influence of the teenager-father relationship for the teenager's mental health. The high prevalence of vulnerable attachment styles showed by teenagers in foster care alerts for the mid and long-term psychosocial consequences for this population.

**Keywords:** Empathy, Psychopathology; Attachment; Residential Foster Care; Psychosocial Vulnerability.

## Índice

<i>Parte I - Enquadramento Teórico</i> .....	4
1. Vulnerabilidade psicossocial na infância e adolescência.....	5
1.1 Maus-tratos.....	5
1.2 Problemas na relação pais-criança .....	7
1.3 Problemas psicopatológicos nos adolescentes institucionalizados .....	9
2. A relação entre empatia e psicopatologia nos adolescentes.....	10
3. As perturbações da vinculação nos adolescentes institucionalizados.....	12
<i>Parte II – Estudos Empíricos</i> .....	15
1. Objetivos .....	16
1.1 Objetivos gerais.....	16
1.1.1. Objetivos específicos do Estudo 1 .....	16
1.1.2. Objetivos específicos do Estudo 2 .....	17
2. Metodologia .....	18
2.1 Desenho do estudo .....	18
2.2 Técnica de amostragem.....	18
2.3 Procedimentos .....	18
2.3.1 Procedimentos de recolha de dados .....	18
2.3.2 Procedimentos de análise de dados .....	19
2.4 Participantes .....	19
2.4.1 Características gerais da amostra do Estudo 1: Vulnerabilidade psicossocial, psicopatologia e características de empatia num grupo de raparigas em acolhimento institucional .....	19
2.4.2 Características gerais da amostra do Estudo 2: Vinculação vulnerável em adolescentes institucionalizados: comparação com o grupo não institucionalizado	21
2.5 Instrumentos.....	23
2.5.1. Estudo 1: Vulnerabilidade psicossocial, psicopatologia e características de empatia num grupo de raparigas em acolhimento institucional.....	23

2.5.1.1	<i>Questionário de dados sociodemográficos e familiares</i> .....	23
2.5.1.2	<i>Interpersonal Reactivity Index (IRI)</i> .....	23
2.5.1.3	<i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i> .....	24
2.5.2	Estudo 2: Vinculação vulnerável em adolescentes institucionalizados: comparação com o grupo não institucionalizado .....	25
2.5.2.1	<i>Questionário de dados sociodemográficos e familiares</i> .....	25
2.5.2.2	<i>Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ)</i> .....	25
3.	Resultados .....	27
3.1	Estudo 1: Vulnerabilidade psicossocial, psicopatologia e características de empatia num grupo de raparigas em acolhimento institucional .....	27
3.1.1	Distribuição das adolescentes segundo as variáveis escolares.....	27
3.1.2	Comparação entre adolescentes ao nível da empatia e sintomatologia, segundo a idade .....	28
3.1.3	Comparação entre adolescentes ao nível da empatia e sintomatologia, segundo o tipo de estrutura familiar .....	29
3.1.4	Comparação entre adolescentes ao nível da empatia e sintomatologia, segundo os problemas de comportamento na infância.....	30
3.1.5	Comparação entre adolescentes ao nível da empatia e sintomatologia, segundo o relato de problemas na relação com os pais.....	32
3.1.6	Comparação entre adolescentes ao nível da empatia e psicopatologia, segundo o tipo de maus-tratos sofridos .....	35
3.1.7	Associação entre empatia, sintomatologia e duração da institucionalização .	37
3.2	Estudo 2: Vinculação vulnerável em adolescentes institucionalizados: comparação com o grupo não institucionalizado .....	38
3.2.1	Comparação entre adolescentes institucionalizados e não institucionalizados ao nível do estilo de vinculação .....	38
4.	Discussão de Resultados .....	41
4.1	Estudo 1: Vulnerabilidade psicossocial, psicopatologia e características de empatia num grupo de raparigas em acolhimento institucional .....	41

4.2 Estudo 2: Vinculação vulnerável em adolescentes institucionalizados: comparação com o grupo não institucionalizado .....	45
Considerações Finais .....	48
Referências Bibliográficas.....	51

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Distribuição das adolescentes em acolhimento institucional segundo a idade agrupada.....	19
<b>Tabela 2.</b> Distribuição das adolescentes em acolhimento institucional segundo o tipo de estrutura familiar e nível socioeconómico.....	20
<b>Tabela 3.</b> Distribuição das adolescentes em acolhimento institucional segundo o nível de escolaridade .....	20
<b>Tabela 4.</b> Distribuição dos adolescentes institucionalizados e não institucionalizados segundo a idade agrupada.....	21
<b>Tabela 5.</b> Distribuição dos adolescentes institucionalizados e não institucionalizados segundo o sexo .....	21
<b>Tabela 6.</b> Distribuição dos adolescentes institucionalizados e não institucionalizados segundo o tipo de estrutura familiar e nível socioeconómico .....	22
<b>Tabela 7.</b> Distribuição dos adolescentes institucionalizados e não institucionalizados segundo o nível de escolaridade .....	22
<b>Tabela 8.</b> Distribuição das adolescentes em acolhimento institucional segundo as reprovações, fugas à escola e abandono escolar.....	27
<b>Tabela 9.</b> Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de <i>Mann-Whitney</i> em função da idade agrupada das adolescentes em acolhimento institucional .....	28
<b>Tabela 10.</b> Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de <i>Mann-Whitney</i> em função da estrutura familiar das adolescentes em acolhimento institucional.....	29
<b>Tabela 11.</b> Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de <i>Mann-Whitney</i> em função da presença de problemas de comportamento na infância nas adolescentes em acolhimento institucional.....	30
<b>Tabela 12.</b> Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de <i>Mann-Whitney</i> em função da presença de diagnóstico psicopatológico nas em acolhimento institucional .....	31
<b>Tabela 13.</b> Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de <i>Mann-Whitney</i> em função do conflito com a mãe nas adolescentes acolhimento institucional.....	32
<b>Tabela 14.</b> Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de <i>Mann-Whitney</i> em função do conflito com o pai nas adolescentes em acolhimento institucional .....	33
<b>Tabela 15.</b> Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de <i>Kruskal-Wallis</i> em função do envolvimento parental nas adolescentes acolhimento institucional .....	34

<b>Tabela 16.</b> Distribuição das adolescentes em acolhimento institucional segundo a história de maus-tratos e tipo de maus-tratos .....	35
<b>Tabela 17.</b> Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de <i>Kruskal-Wallis</i> em função do tipo de maus-tratos experienciado nas adolescentes em acolhimento institucional .....	36
<b>Tabela 18.</b> Correlação de <i>Pearson</i> entre subescalas do IRI, IGS, e duração da institucionalização nas adolescentes acolhimento institucional .....	37
<b>Tabela 19.</b> Médias, desvios-padrão das subescalas do VASQ e <i>Independent Sample t Test</i> para amostras independentes em função do grupo (institucionalizado vs. não institucionalizado) .....	38
<b>Tabela 20.</b> Teste de Independência do Qui-Quadrado em função do estilo de vinculação e grupo (institucionalizado vs. não institucionalizado) .....	39

## Introdução

A UNICEF estima que 2,2 milhões de crianças se encontrem atualmente em situação de acolhimento no mundo. No entanto, estes valores poderão estar subestimados, uma vez que existem muitos casos não denunciados e falta de regulação legislativa em alguns países (Save The Children, 2016). Em Portugal, o Relatório CASA-2017 permitiu a caracterização de 10 410 crianças e adolescentes (entre os 0 e os 20 anos), integrantes do sistema de acolhimento institucional. Deste universo, 2857 dos jovens tinham saído da situação de acolhimento, 2202 iniciaram esta medida de proteção e 7553 mantiveram-se institucionalizados durante o ano de 2017 (Instituto de Segurança Social [ISS], 2018).

No nosso país, as intervenções junto das crianças e jovens em situação de perigo estão legisladas pela *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo* (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, alterada pela Lei n.º 26/2018, de 5 de julho). Ao abrigo da lei citada, a criança ou adolescente que se encontre numa (ou mais) das seguintes situações, estará em potencial situação de perigo:

Está abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; está ao cuidado de terceiros, durante período de tempo em que se observou o estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas funções parentais; é obrigada a atividade ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional, e ainda; assume comportamentos ou entrega-se a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de factos lhes oponham de modo adequado a remover essa situação (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPJ], 2019).

Tal como designado na lei supramencionada, compete às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) ou ao Tribunal de Família e Menores a aplicação da medida de promoção dos direitos e de proteção, quando a criança ou jovem é sinalizada como

estando em situação de perigo. Assim, as entidades designadas podem requerer: apoio junto dos pais; apoio junto de outro familiar; confiança a pessoa idónea; apoio para a autonomia de vida; acolhimento familiar; ou acolhimento residencial. As medidas aplicadas integram um acordo de promoção e proteção.

Dados recentes (ISS, 2018) indicam que os jovens em situação de acolhimento residem na sua maioria em Casa de Acolhimento Generalista (87%), e que mais de metade são do sexo masculino (53%). A faixa etária com maior representatividade neste grupo-alvo situa-se entre os 15 e os 17 anos (36%).

De um modo geral, sabe-se que práticas de parentalidade severa,<sup>1</sup> *bullying* e violência sexual, constituem importantes riscos para a saúde mental dos adolescentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS,2018) reportou que a nível mundial, entre 10- 20% dos adolescentes experienciam perturbações mentais. A perturbação de ansiedade é a oitava causa de doença e de incapacidade nos adolescentes, seguida dos transtornos depressivos. Os dados da OMS (2018) referentes a 2016 estimam que 62 000 adolescentes tenham morrido em resultado de comportamentos autolesivos, constituindo o suicídio a terceira causa de morte nos adolescentes mais velhos (15-19 anos), a seguir da violência interpessoal.

O presente estudo tem como grupo-alvo os adolescentes que apresentam a medida acolhimento residencial, doravante também designados por adolescentes “institucionalizado(a)s” ou “em acolhimento institucional”. De acordo com o artigo 49.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, a medida referida “consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações, equipamento de acolhimento e recursos humanos permanentes, devidamente dimensionados e habilitados, que lhes garantam os cuidados adequados”, e tem como finalidade “contribuir para a criação de condições que garantam a adequada satisfação de necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens e o efetivo exercício dos seus direitos, favorecendo a sua integração em contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral”.

---

<sup>1</sup> *Harsh parenting*, no original.

Com base nas estatísticas e na legislação anteriormente mencionadas, consideramos relevante estudar alguns dos fenômenos psicológicos vivenciados pelos adolescentes em acolhimento institucional. Deste modo, o primeiro estudo tem como objetivo principal investigar a associação entre as características de empatia e a sintomatologia psicopatológica reportada pelas adolescentes institucionalizadas, na presença das variáveis de vulnerabilidade psicossocial selecionadas (e.g., estrutura familiar, diagnóstico psicopatológico, história de maus-tratos na infância). Num segundo estudo, de menor dimensão, planeamos conhecer a prevalência dos diferentes estilos de vinculação vulnerável nos adolescentes institucionalizados, por comparação com uma amostra de adolescentes não institucionalizados.

***Parte I - Enquadramento Teórico***

## **1. Vulnerabilidade psicossocial na infância e adolescência**

### **1.1 Maus-tratos**

Cada jovem institucionalizado apresenta particularidades que tornam o sistema de acolhimento consideravelmente heterógeno e complexo. Contudo, poderemos realçar uma constante no percurso de vida da quase totalidade destes jovens: a presença, em dado momento das suas vidas, de uma ou mais formas de maus-tratos, que estão muitas vezes na origem da sua sinalização.

São múltiplas as definições de maus-tratos, contudo, alguns conceitos e ideias-chave são transversais a todas elas. Para Magalhães (2005), por exemplo:

Os maus-tratos podem ser definidos como qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e/ou afetos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e/ou dignidade (p.33).

Os fatores de risco sociofamiliares, mais frequentemente associados à ocorrência de maus tratos, são: antecedentes de maus-tratos infantis nas figuras parentais (Breslau, Davis & Peterson, 1997); baixo nível socioeconómico, falta de experiência e de conhecimentos sobre o processo de desenvolvimento da criança (Breslau, Davis & Peterson, 1997; Breslau, Kessler & Chilcoat, 1998); vulnerabilidade em termos de idade e de necessidades da criança (Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber & Van Kammen, 1998); família desestruturada (Furniss, 1991; Gallardo, 1994); e ainda os fatores de intensificação do trauma (Briere, 1992; Furniss, 1991), tais como o início precoce do abuso e o grau de secretismo estabelecido entre o agressor e a criança/jovem.

As diferentes manifestações de maus-tratos conduziram à diferenciação deste fenómeno em tipologias que reúnem algum consenso. Contudo existem ligeiras variações entre autores. Por exemplo, Alberto (2010) identificou as seguintes formas de maus-tratos

infantil: negligência e abandono, abuso psicológico, abuso físico, exposição à violência interpaparental, exploração do trabalho infantil, abuso sexual e maus-tratos institucionais. Por sua vez, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*DSM-5*) surgem também discriminadas as diferentes formas de maus-tratos e a sua definição: abuso físico infantil<sup>2</sup>; abuso sexual infantil<sup>3</sup> e negligência infantil<sup>4</sup> (American Psychiatric Association[APA] ,2014)

No Relatório CASA 2017 (ISS, 2018) foram identificadas 17 600 situações de perigo que originaram medidas de acolhimento (cada criança poderá apresentar mais do que uma situação). De acordo com a tipologia utilizada, ocorreram maioritariamente situações de negligência (71%), seguidas de outras situações (13% - e.g., *bullying*, trabalho infantil), maus-tratos psicológicos (9%), maus-tratos físicos (4%) e abuso sexual (3%).

Uma das metodologias mais eficazes para conhecer o impacto do maus-tratos nas crianças são os estudos longitudinais. Por exemplo, o estudo de Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf e Russo (1998) concluiu que crianças vítimas de maus-tratos na forma de negligência severa ou abuso físico, apresentavam maior probabilidade de serem pais na adolescência. A tendência parece ser ainda mais significativa se a vitimização ocorreu conjuntamente, nas duas formas de maus-tratos. Mais recentemente, Young & Widom (2014) revelaram os resultados de um estudo longitudinal de várias décadas com um grupo de crianças (>11 anos) sinalizadas como vítimas de maus-tratos (abuso físico, sexual e negligência), que foram posteriormente avaliadas na idade adulta (entre os 38-55 anos). Os autores concluíram que os participantes com historial de maus-tratos apresentavam dificuldades no processamento de imagens com conotação afetiva, sugerindo que as vítimas de maus-tratos, particularmente negligência e abuso sexual, tendem a desenvolver uma visão negativa do mundo, que dificulta o reconhecimento de emoções positivas.

---

<sup>2</sup> “(...) lesão física não acidental de uma criança, que pode variar desde pequenas equimoses a fraturas graves ou morte”;

<sup>3</sup> “(...) qualquer ato sexual que envolve uma criança, que tem como intenção dar gratificação sexual a pais, prestador de cuidados ou outro indivíduo que tem responsabilidade para com a criança”;

<sup>4</sup> “(...) qualquer ato ou omissão notórios, pelos pais ou outro cuidador da criança, que a prive das suas necessidades básicas apropriadas para a idade e que, por isso, resulte, ou tenha grande potencial de resultar em lesão física ou psicológica da criança, quer seja confirmado ou suspeitado”.

## 1.2 Problemas na relação pais-criança

É esperado que a relação entre progenitores (ou cuidadores substitutos) e a criança/adolescente seja fonte de segurança, afeto e potencie um crescimento saudável. Contudo, em muitas situações, tal premissa não se verifica. Os pais dos adolescentes em situação de acolhimento institucional apresentam, na sua maioria, défices ao nível da parentalidade, especificamente, ao nível do envolvimento parental. Ainda, estes jovens podem manifestar perturbações ao nível das relações com os pais expressas através da presença de conflito com as figuras parentais.

Lamb, Pleck, Charnov e Levine (1985;1987) caracterizam o envolvimento parental segundo três componentes: compromisso<sup>5</sup>, que se refere ao tempo despendido em interação exclusiva com a criança, através de atividades como ajudar na alimentação ou brincar; acessibilidade, que inclui atividades com menor intensidade de interação, mas que implicam acessibilidade parental, tais como cozinhar enquanto a criança brinca no quarto ao lado; e responsabilidade, que reflete a extensão na qual os pais assumem a derradeira responsabilidade pelo bem-estar e cuidados à criança, o que implica, por exemplo, saber quando a criança precisa de cuidados médicos, marcar uma consulta e garantir que esta comparece.

No que se refere às famílias monoparentais, sabemos que são mais frequentes as famílias nas quais o pai se apresenta como figura ausente (Eurostat, 2011). Malpique (1999), refere que a estrutura familiar monoparental em que o pai está ausente constitui um fator de risco para a estruturação psicológica da criança, na qual parecem estar inerentes à díade mãe/filho(a), sentimentos de abandono e desamparo, grande dependência afetiva e conflitualidade, que se constituem como fatores psicopatologizantes para a criança.

Brown, Callahan, Strega, Walmsley e Dominelli (2009) sugerem que perante a ausência paterna, as crianças em contacto com o sistema de proteção (sinalizadas, em famílias de acolhimento, ou em instituições) não compreendem qual o valor deste na família. Algumas ostracizam o pai, ao apropriarem-se das narrativas depreciativas de

---

<sup>5</sup> *Engagement*, no original.

outros familiares, enquanto outras romantizam a sua ausência, pensando sobre o pai desconhecido como uma figura heroica que as poderá retirar da presente situação

Ainda com referência à figura paterna, Dick e Bronson (2005) constataram que os participantes do sexo masculino que reportavam maior autoestima, caracterizavam os pais como mais implicados, emocionalmente disponíveis e afetuosos. Os homens que mostraram menor autoestima, sentiam os pais como menos acessíveis e protetores. No mesmo sentido, Malpique (1999) refere que a ausência paterna tem uma ação patológica sobre o sistema familiar, por não facilitar a triangulação edipiana na díade mãe/filho ou mãe/filha, que condicionam a autonomização da criança, e propiciam o desenvolvimento de sentimentos depressivos e regressivos. Assim, a ausência paterna (por morte, abandono, pela inexistência de pai, ou por indisponibilidade emocional deste), parece comprometer a capacidade de aprendizagem da criança ao nível do controlo de impulsos, tolerância à frustração e adiamento da gratificação (Target & Fonagy, 2002; Espada, 2019).

O conflito entre pais e filhos pode ser definido como um aspeto da relação entre estes, caracterizado por interações verbais e simbólicas discordantes e insultuosas, durante as quais tanto os pais como os filhos manifestam comportamentos e afetos negativos (Weaver, Shaw, Crossan, Dishion & Wilson, 2014). Estes conflitos ocorrem muitas vezes, na forma de agressão verbal. Este tipo particular de agressão, que não é incluída nas tipologias de maus-tratos anteriormente mencionadas<sup>6</sup>, assume-se como um modo de comunicação que pretende causar dor psicológica no outro, ou que é percebida dessa forma. São exemplos deste tipo de maus-tratos, chamar nomes ou fazer observações depreciativas, bater portas ou esmagar objetos, permanecer em silêncio excessivo, ou amuar (Vissing, Straus, Gelles & Harrop, 1991).

Weymouth, Buehler, Zhou e Henson (2016) constataram, através de um estudo meta-analítico, que o conflito entre adolescentes e os pais está positivamente associado a dificuldades de ajustamento na adolescência. No mesmo sentido, o estudo longitudinal de Sentse e Laird (2010) com 182 díades mãe-adolescente (10-14 anos), sugeriu que, as mães que relatavam mais comportamentos delinquentes no filho ao fim de um ano, experienciavam também uma relação com maior nível de conflito com estes. Ainda, o

---

<sup>6</sup> ver 1.1 Maus-tratos.

autorrelato de sintomas depressivos por parte do adolescente estava associado a uma menor percepção de suporte materno ao fim desse período. Nesta ordem de ideias, o conflito com as figuras parentais constitui um mecanismo através do qual os comportamentos delinquentes são mantidos e reforçados (Gorman-Smith, Tolan & Henry, 2000).

### **1.3 Problemas psicopatológicos nos adolescentes institucionalizados**

A investigação na adolescência permite afirmar que, enquanto a maioria dos adolescentes usufruem de uma boa saúde mental, a exposição a uma multiplicidade de fatores de ordem física, emocional e social (incluindo exposição à pobreza, abuso ou violência) podem tornar os adolescentes vulneráveis a problemas de saúde mental (OMS, 2018). No caso dos adolescentes em situação de acolhimento, estes tendem a apresentar significativamente mais fragilidades psicossociais, seja devido às situações que antecederam o acolhimento, seja pelas dificuldades na adaptação à institucionalização. Assim, importa compreender melhor as características psicológicas e psicossociais destes adolescentes.

Alguns estudos indicam diferenças nos recursos psicossociais e nos níveis de sintomatologia psicopatológica entre adolescentes institucionalizados e adolescentes que residem com as suas famílias. Por exemplo, Silva, Lemos e Nunes (2013), num estudo sobre eventos de vida negativos e sintomatologia psicopatológica desenvolvido com dois grupos de 40 adolescentes cada, de baixo nível socioeconómico, em situação de acolhimento e a residir com as famílias, concluíram que os adolescentes institucionalizados relatavam significativamente mais acontecimentos de vida stressantes e mais problemas psicopatológicos que os não institucionalizados.

Por sua vez, Pilowsky e Wu (2006), analisaram os dados presentes no “*2000 National Household on Drug Abuse*” que comparou 19 430 adolescentes (idades 12-17) que já estiveram envolvidos com o sistema de acolhimento institucional, com os que não apresentavam esse historial, ao nível de sintomas psiquiátricos, consumo/abuso de substâncias e ideação suicida. Estes constataram que os adolescentes com um passado de institucionalização apresentavam mais sintomas psiquiátricos tais como ansiedade, perturbações alimentares, da eliminação, do comportamento, depressão, ideação e

tentativas de suicídio, comparativamente com os outros adolescentes. Segundo Baiborodova, Zhedunova, Posysoev e Rozhkov (1997) e Zhedunova (1997), a explicação para estas diferenças estaria na falta de relações íntimas e de cuidados nas instituições. Além do mais, as estratégias disciplinares nas instituições de acolhimento seriam mais orientadas para o grupo, o que poderia conduzir a mais problemas psicológicos nos residentes, que se manifestariam na forma de desobediência, fugas, somatização, comportamentos autolesivos e/ou de oposição.

Relativamente aos episódios de maus-tratos anteriores à institucionalização, Kolko, Kazdin, Thomas e Day (1993) estudaram as características psicossociais das famílias classificadas como em elevado risco de exercerem agressão física na criança com 113 díades mãe- criança (idades 6-13), comparativamente com famílias de risco médio/baixo. Os resultados demonstraram que as mães com elevado potencial de agressão reportaram que os filhos apresentavam mais comportamentos externalizantes, bem como, mais sintomas depressivos, e maior rejeição da mãe por parte da criança. Também, estas famílias apresentavam mais eventos de vida stressantes e mais problemas familiares, comparativamente com o grupo controlo. Contudo, não foram assinaladas diferenças ao nível das práticas parentais<sup>7</sup> ou de violência familiar, o que foi corroborado pelos relatos das crianças entrevistadas. No seu estudo com 182 crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, Alberto (1999) concluiu que estas apresentavam maiores níveis de ansiedade e depressão, de perturbação de stress pós-traumático, um *locus* de controlo externo e mais problemas comportamentais.

## **2. A relação entre empatia e psicopatologia nos adolescentes**

Na sequência das dificuldades psicológicas anteriormente mencionadas, tem sido referido que os adolescentes em contextos de risco psicossocial, especificamente, que manifestam comportamento antissocial, tendem a apresentar baixos níveis de empatia (Pechorro et al., 2013).

Davis (1983), definiu empatia como a reação de um individuo às experiências observadas no outro. Para Eisenberg, Eggum, e Di Giunta (2010) a empatia consiste numa

---

<sup>7</sup> *Parent management practices*, no original.

resposta emocional partilhada, que resulta da compreensão e valorização do estado emocional dos demais.

Miller e Eisenberg (1988) referem que respostas empáticas estão negativamente associadas a agressão, sintomatologia externalizante e comportamentos antissociais. Outra das evidências aponta para menores níveis de empatia em crianças vítimas de abuso sexual.

Hawk e colaboradores (2013) analisaram as propriedades psicométricas do *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) numa amostra de 501 adolescentes e as suas mães. Foram encontradas relações positivas entre as dimensões Preocupação Empática e Tomada de Perspetiva (Davis, 1983; Limpo, Alves, & Catro, 2010) e as dimensões pró-sociais dos fatores de personalidade Abertura à Experiência e Agradabilidade do Modelo *Big Five*. Foram ainda verificadas correlações negativas entre Tomada de Perspetiva, Preocupação Empática, e agressividade. Evidenciou-se ainda uma associação positiva entre a dimensão Preocupação Empática, o fator Neuroticismo e ansiedade social, de forma mais acentuada nos adolescentes mais velhos.

Gambin e Sharp (2016) analisaram uma amostra de 507 adolescentes e encontraram relações significativas entre sintomas do tipo internalizante (ansiedade e problemas afetivos) e Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), e níveis mais elevados de empatia afetiva, de forma mais evidente nas raparigas. Ainda, os níveis mais baixos de empatia estavam associados a uma combinação de baixos níveis de ansiedade, baixo autorrelato de sintomas de PHDA, e elevado número de sintomas de perturbação do comportamento em raparigas. Segundo os autores, estas características poderão estar relacionadas com traços nucleares de psicopatia.

Por sua vez, Ridder, Pihet, Suter e Caldara (2016) avaliaram a presença de traços de insensibilidade e afetividade restrita (*Callous-unemotional traits*) numa amostra de 55 adolescentes institucionalizados. Os adolescentes com mais traços de insensibilidade sobrestimam a intensidade da raiva e do desconforto sentidos pelos funcionários da instituição, especialmente em situações de mau comportamento. Sugere-se que os adolescentes com mais traços de insensibilidade utilizavam excessivamente os seus recursos empáticos cognitivos (que estão intactos), de forma a compensarem os défices ao nível das suas capacidades empáticas afetivas. Assim, ao nível cognitivo, estes

adolescentes, quando confrontavam os adultos através de comportamentos disruptivos e/ou desafiantes esperavam mais emoções negativas por parte destes. Em função deste padrão de expectativas, estes adolescentes revelavam, geralmente, mais problemas de comportamento e conflitos interpessoais.

### **3. As perturbações da vinculação nos adolescentes institucionalizados**

Para Bowlby (1984), o vínculo da criança com a mãe é um comportamento instintivo, resultante da ativação de sistemas comportamentais que têm como principal finalidade a proximidade com a mãe (ou principal figura de cuidados). O comportamento de vinculação é considerado um comportamento social tão importante quanto o comportamento de acasalamento e de proteção da descendência, apresentando uma função biológica específica.

O conceito de figura de vinculação foi definido por Bowlby como a base segura a partir da qual a criança pode explorar o mundo (Bretherton, 1992) A escolha desta figura obedece a dois critérios: a sensibilidade da mesma para responder adequadamente aos sinais do bebé, e a quantidade e natureza da interação entre a díade (Bowlby, 1984).

Também Mary Ainsworth estudou a vinculação, mais especificamente, os diferentes padrões de vinculação. A autora postulou o conceito de figura de vinculação como sendo a base segura a partir da qual a criança pode explorar o mundo. No seu estudo clássico (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), simulou uma “Situação Estranha” de forma a observar as reações comportamentais e emocionais de 83 bebés, quando acompanhados pela mãe, na sua ausência, e após o seu regresso. Os resultados das suas observações conduziram a autora a considerar a existência de três padrões principais de vinculação. Os bebés seguramente vinculados à mãe, que constituíam a maioria da amostra. Estes apresentavam como principais características serem ativos no brincar, procurarem contacto numa situação de separação breve, serem rapidamente confortados pela mãe, e voltando a envolver-se com facilidade nas brincadeiras. Foram também identificados os bebés vinculados de forma ansiosa e evitativa. Estes evitavam a mãe no reencontro e alguns interagiam com um estranho de forma mais amistosa do que com a mãe. E por último os bebés vinculados à mãe de forma ansiosa e ambivalente, cujos

comportamentos oscilavam entre a procura de proximidade e contacto com a mãe, e a resistência à interação com esta

Apesar da pertinência e consistência das descobertas de Ainsworth e colaboradores (1978), algumas crianças pareciam não se encaixar em nenhum dos padrões quando expostas à “Situação Estranha”. Solomon e Main (1986, 1990) identificaram crianças cujos comportamentos pareciam desorganizados ou desorientados relativamente ao ambiente circundante, apresentando padrões comportamentais contraditórios, movimentos e expressões sem direção, estereotípias e confusão e apreensão perante o cuidador.

Na adolescência, a vinculação que une o indivíduo aos seus principais cuidadores sofre marcadas alterações, com outras figuras adultas a adquirirem importância acrescida, como é o caso dos pares. Contudo, a influência do vínculo com os cuidadores é visível ao longo de toda a vida como referiu Bowlby (1984).

Ao nível da prevalência dos padrões de vinculação nas crianças e adolescentes institucionalizados, a literatura é relativamente escassa. Lecannelier (2006) avaliou os padrões de apego de 126 bebés institucionalizados de forma prematura, distribuídos por dois grupos, constituídos com base na sua idade quando da institucionalização, com o primeiro grupo a apresentar uma média de idades de 155 dias, e o segundo grupo de 331 dias. Os resultados deste estudo foram os seguintes: 42.3% dos bebés apresentava apego de tipo evitante, 37.2% apego de tipo seguro, 2.6% apego de tipo desorganizado e 1.3% apego de tipo ambivalente.

Também Tapia e Bravo (2002) estudaram a prevalência de padrões de apego disfuncionais<sup>8</sup> em 58 crianças e adolescentes (idades 6-16) institucionalizados com problemas de comportamento. Verificaram que o padrão mais prevalente é o de tipo ansioso, presente em 38.3% dos participantes. Destes, 66.7% apresentam problemas de comportamento e 22.2% Perturbação da Atenção com Déficit de Hiperatividade. O segundo padrão mais comum identificado foi de tipo ambivalente (25.5%), seguido de tipo misto (23.4%) e de tipo evitativo (12.8%).

---

<sup>8</sup> Avaliados através do instrumento *Randolph Attachment Disorder Questionnaire (RADQ)*.

O estilo de vinculação de tipo Desorganizado surge com mais frequência em crianças vítimas de maus-tratos (Shemmings & Shemmings, 2011). Para além do maus-tratos infantis, outros fenómenos como traumas ou perdas que não foram elaboradas por um ou ambos os pais, vulnerabilidades genéticas e temperamentais da criança, e separações significativas ou repetidas, podem ser preditores deste estilo de vinculação (Granqvist et al., 2017).

Por exemplo, um estudo longitudinal realizado por O'Connor, Rutter, e a *English and Romanian Adoptees Study Team* (2000) com crianças órfãs da Roménia, adotadas nos primeiros meses de vida e até aos 3 anos e meio, e posteriormente avaliadas aos 4 e aos 6 anos, revelou uma forte associação entre a duração da privação de cuidados e a severidade da perturbação no estilo de vinculação, problemas atencionais e comportamentais, e menores competências cognitivas. Os autores referiram que estes défices de vinculação tendiam a manter-se nos dois anos seguintes.

Assim, a revisão da literatura conduz-nos na tentativa de compreender se os adolescentes institucionalizados reportam níveis superiores de queixas psicopatológicas, menos empatia, e menor prevalência de vinculação de tipo Seguro, por comparação com os adolescentes que não apresentam historial de institucionalização.

## *Parte II – Estudos Empíricos*

## **1. Objetivos**

### **1.1 Objetivos gerais**

Após a revisão da literatura foram formulados os seguintes objetivos gerais:

1. Analisar as relações entre a sintomatologia psicopatológica reportada e as características da empatia numa amostra de adolescentes em acolhimento institucional<sup>9</sup> (Estudo 1).
2. Estudar uma amostra de adolescentes institucionalizados<sup>9</sup> relativamente à prevalência de vinculação vulnerável, comparando-os com uma amostra de adolescentes não institucionalizados<sup>10</sup> (Estudo 2).

#### **1.1.1. Objetivos específicos do Estudo 1**

1. Caracterizar os participantes no estudo (adolescentes em acolhimento institucional) relativamente a idade, estrutura familiar, nível socioeconómico, nível de escolaridade, reprovações, fugas à escola, abandono escolar, história de maus-tratos e tipo de maus tratos
2. Estudar as relações entre as características de empatia e a história de vulnerabilidade psicossocial na infância e adolescência (estrutura familiar, problemas de comportamento na infância, diagnóstico psicopatológico, conflito com as figuras parentais<sup>11</sup>, envolvimento parental, e tipos de maus-tratos), e ainda as variáveis idade e duração da institucionalização, nas adolescentes em acolhimento institucional.
3. Analisar as relações entre sintomatologia psicopatológica e a história de vulnerabilidade psicossocial na infância e adolescência (estrutura familiar, problemas de comportamento na infância, diagnóstico psicopatológico, conflito com as figuras parentais, envolvimento parental, e tipos de maus-tratos), e ainda as variáveis idade e duração da institucionalização nas adolescentes em acolhimento institucional.

---

<sup>9</sup> Consideram-se adolescentes em acolhimento institucional ou institucionalizados os participantes que apresentam a medida de promoção e proteção “acolhimento residencial”.

<sup>10</sup> Consideram-se adolescentes não institucionalizados os participantes que não apresentam a medida de promoção e proteção “acolhimento residencial”.

<sup>11</sup> Consideram-se figuras parentais os pais biológicos ou cuidadores substitutos.

### **1.1.2. Objetivos específicos do Estudo 2**

1. Caracterizar os participantes no estudo (adolescentes institucionalizados e não institucionalizados) relativamente a idade, sexo, estrutura familiar, nível socioeconómico e nível de escolaridade.
2. Comparar os adolescentes institucionalizados e os não institucionalizados relativamente ao tipo de vinculação, de forma a verificar se os adolescentes em acolhimento institucional apresentam maior prevalência de vinculação vulnerável (estilo Inseguro-Ansioso *vs.* Inseguro-Evitante).

## **2. Metodologia**

### **2.1 Desenho do estudo**

Investigação de tipo quantitativa, descritivo-correlacional e com um desenho transversal.

De seguida apresentamos a técnica de amostragem e os procedimentos comuns aos dois estudos

### **2.2 Técnica de amostragem**

Os dados foram recolhidos através de uma amostragem de conveniência, ou intencional. Foram formados dois grupos: um de adolescentes institucionalizados em Casas de Acolhimento ou Lares de Infância e Juventude, e outro de adolescentes que residem com as famílias. Como critérios de inclusão considerámos idades estipuladas entre os 12 e 19 anos, do sexo feminino ou masculino.

### **2.3 Procedimentos**

#### **2.3.1 Procedimentos de recolha de dados**

Num primeiro momento foram contactados os diretores técnicos das Casas de Acolhimento e Lares de Infância e Juventude a fim de se solicitar autorização escrita para a recolha de dados. O contacto foi realizado via telefónica e *e-mail*, tendo sido disponibilizado um consentimento informado a todos os diretores das instituições contactadas. A aplicação dos instrumentos decorreu na presença da investigadora e de um dos técnicos. Alguns foram aplicados de forma faseada consoante a disponibilidade dos jovens, outros num dia e hora marcados para o efeito nas diversas instituições. Todos os adolescentes assinaram previamente um consentimento informado.

A recolha junto dos adolescentes que residem com as famílias foi realizada junto de estudantes do 2º, 3º ciclo, ensino secundário e primeiro ano do ensino superior. Foi efetuado um pedido de consentimento informado a todos os participantes, e ainda aos responsáveis legais dos menores. A recolha de dados decorreu entre outubro de 2018 e janeiro de 2019.

### 2.3.2 Procedimentos de análise de dados

O tratamento dos dados recolhidos foi realizado com recurso ao programa de análise de dados estatísticos IBM-SPSS *Statistics* 25. Em ambos os estudos foram utilizados procedimentos de estatística descritiva (frequências absolutas e relativa, média aritmética, desvio-padrão) para um conhecimento detalhado das variáveis em estudo.

Para o Estudo 1, recorremos a metodologias de comparação de grupos com testes não paramétricos (*Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis*), e para o estudo da associação entre duas variáveis recorremos ao coeficiente de *Pearson*.

Para o Estudo 2, utilizámos metodologias de comparação de grupos com testes paramétricos (*Independent samples t test*), e não paramétricos (Qui-Quadrado).

Foi definido o nível de significância de 0.05 para as análises a efetuar.

## 2.4 Participantes

### 2.4.1 Características gerais da amostra do Estudo 1: Vulnerabilidade psicossocial, psicopatologia e características de empatia num grupo de raparigas em acolhimento institucional

Tabela 1

*Distribuição das adolescentes em acolhimento institucional segundo a idade agrupada*

	<i>n</i>	%
Idade	12-14	28.6
	15-19	71.4

A amostra final é constituída por 77 adolescentes do sexo feminino, residentes em seis Casas de Acolhimento e Lares de Infância e Juventude no Algarve (concelhos de Tavira, Olhão, Faro e Portimão). Como se observa na tabela 1, apresentam idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos ( $M=15.34$ ;  $DP=2.02$ ).

Tabela 2

*Distribuição das adolescentes em acolhimento institucional segundo o tipo de estrutura familiar e nível socioeconómico*

		<i>n</i>	%
Estrutura familiar <sup>a</sup>	Monoparental	48	62.3
	Biparental	23	29.9
Nível socioeconómico <sup>b</sup>	Baixo	66	85.7
	Médio	1	1.3%
	Elevado	1	1.3%

<sup>a</sup> não se obteve informação para 6 sujeitos (7.8%).

<sup>b</sup> não se obteve informação para 9 sujeitos (11.7%).

Como se constata na tabela 2, a maioria das jovens são oriundas de famílias monoparentais (62.3%), e as restantes de famílias biparentais (29.9%). A quase totalidade das adolescentes pertencem a famílias de nível socioeconómico baixo (85.7%).

Tabela 3

*Distribuição das adolescentes em acolhimento institucional segundo o nível de escolaridade*

		<i>n</i>	%
Nível de escolaridade	1º e 2º ciclo	15	19.5
	3º ciclo	37	48.1
	Secundário	23	29.9
	Universitário	2	2.6

Na tabela 3 é apresentado o nível de escolaridade das adolescentes: 48.1% das jovens frequentam o 3º ciclo, 29.9% frequentam o ensino secundário, e 19.5% o 1º e 2º ciclo. Com menor frequência encontram-se as jovens que frequentam o ensino universitário (2.6%).

#### 2.4.2 Características gerais da amostra do Estudo 2: Vinculação vulnerável em adolescentes institucionalizados: comparação com o grupo não institucionalizado

Tabela 4

*Distribuição dos adolescentes institucionalizados e não institucionalizados segundo a idade agrupada*

		Institucionalizados		Não institucionalizados	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Idade	12-14	7	20.0	12	20.3
	15-19	28	80.0	47	79.7

A amostra final do estudo 2 é constituída por 94 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, 35 (37.2%) residentes em três Casas de Acolhimento e Lares de Infância e Juventude no Algarve (concelhos de Olhão e Faro), e 59 adolescentes (62.8%) que residem com as famílias. Como se observa na tabela 4, o grupo institucionalizados apresenta uma média de idade de 16.11 ( $DP= 2.03$ ) e o grupo não institucionalizados de 17.32 ( $DP= 2.45$ ).

Tabela 5

*Distribuição dos adolescentes institucionalizados e não institucionalizados segundo o sexo*

		Institucionalizados		Não institucionalizados	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo	Feminino	27	77.1	43	72.9
	Masculino	8	22.9	16	27.1

Na tabela 5 verifica-se que cerca de dois terços dos adolescentes institucionalizados são do sexo feminino (77.1%), de modo semelhante ao grupo não institucionalizado (72.9%).

Tabela 6

*Distribuição dos adolescentes institucionalizados e não institucionalizados segundo o tipo de estrutura familiar e nível socioeconómico*

		Institucionalizados		Não institucionalizados	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estrutura familiar <sup>a</sup>	Intacta	3	8.6	41	69.5
	Monoparental	23	65.7	13	22.0
	Recasamento	5	14.3	5	8.5
Nível socioeconómico <sup>b</sup>	Baixo	25	71.4	12	20.3
	Médio	1	2.9	43	72.9
	Elevado	1	2.9	4	6.8

<sup>a</sup> não se obteve informação para 4 sujeitos institucionalizados (11.4%).

<sup>b</sup> não se obteve informação para 8 sujeitos institucionalizados (22.9%).

Relativamente à estrutura familiar, na tabela 6 observa-se que os adolescentes institucionalizados são oriundos na sua maioria de famílias monoparentais (65.7%), seguido de famílias de recasamento (14.3%). No grupo dos adolescentes não institucionalizados, a tendência surge de forma quase oposta, com a maioria dos adolescentes a pertencer a famílias intactas (69.7%), seguido das famílias monoparentais (22%). No que concerne ao nível socioeconómico, a quase totalidade dos jovens institucionalizados pertencem ao nível baixo (71.4%), e os não institucionalizados na sua maioria ao nível médio (72.9%).

Tabela 7

*Distribuição dos adolescentes institucionalizados e não institucionalizados segundo o nível de escolaridade*

		Institucionalizados		Não institucionalizados	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nível de escolaridade	1º e 2º ciclo	3	8.6	1	1.7
	3º ciclo	17	48.6	11	18.6
	Secundário	14	40.0	2	3.4
	Universitário	1	2.9	45	76.3

Como é indicado na tabela 7, cerca de metade dos jovens institucionalizados encontram-se no 3º ciclo (48,6%), seguido do ensino secundário (40%). Os adolescentes não institucionalizados frequentam na sua maioria o ensino universitário (76.3%), seguido do 3º ciclo (18.6%).

## **2.5 Instrumentos.**

### **2.5.1. Estudo 1: Vulnerabilidade psicossocial, psicopatologia e características de empatia num grupo de raparigas em acolhimento institucional**

#### *2.5.1.1 Questionário de dados sociodemográficos e familiares*

A recolha de dados sociodemográficos e familiares para a amostra institucional foi realizada através de um questionário adaptado de Lemos (2007a; 2010) que pretende recolher informações relativas ao contexto sociofamiliar dos adolescentes (escolaridade, institucionalização, dados sociodemográficos, estrutura familiar, educação parental, saúde, caracterização do agregado familiar).

Um segundo questionário (Lemos (2007b) foi aplicado aos adolescentes que residem com as famílias, também com o intuito de obter de informações relativas ao contexto sociofamiliar (escolaridade, dados sociodemográficos e caracterização do agregado familiar).

#### *2.5.1.2 Interpersonal Reactivity Index (IRI)*

O IRI é um questionário de autorrelato constituído por 24 itens, com respostas numa escala de cinco pontos do tipo Likert, que vão de 1 “Não me descreve bem” a 5 “Descreve-me muito bem” (Davis, 1980). Tem como objetivo a avaliação do construto empatia, definido por Davis (1983) como a reação de um individuo às experiências observadas no outro. Apresenta-se dividido em quatro subescalas, cada uma representando uma dimensão da empatia e constituída por sete itens diferentes:

*Tomada de Perspetiva:* a tendência para adotar de forma espontânea, o ponto de vista dos outros. É avaliada por questões como “Tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de

vista dos outros” ou “Acredito que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos”;

*Fantasia*: considera a tendência dos inquiridos para se transportarem imagetivamente para os sentimentos e ações de personagens fictícios de livros, filmes e peças de teatro. É avaliada através de itens como “Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance” ou “Quando vejo um bom filme, posso facilmente pôr-me no lugar do protagonista”.

*Preocupação Empática*: avalia sentimentos dirigidos ao outro de simpatia e preocupação pelo azar dos que o rodeiam. Exemplo de itens, “Às vezes, não sinto pena quando as pessoas estão a ter problemas” e “Quando ferem os sentimentos de alguém na minha presença fico triste e quero ajudar”.

*Desconforto Pessoal*: mede os sentimentos dirigidos ao próprio de ansiedade e desconforto, em contextos interpessoais de tensão. Algumas das questões que avaliam esta dimensão são, “Quando vejo alguém ficar ferido, tendo a permanecer calmo/calma” e “Estar numa situação emocionalmente tensa assusta-me”.

Foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Limpo, Alves e Catro (2010), tendo sido testado numa amostra de 478 estudantes universitários, com boas características psicométricas no que concerne à validade, fiabilidade e sensibilidade.

No que se refere à consistência interna da adaptação portuguesa do IRI (coeficientes mulheres), os autores obtiveram os seguintes valores para o alfa de Cronbach: Tomada de Perspetiva ( $\alpha=0,74$ ), Preocupação Empática ( $\alpha=0,69$ ), Fantasia ( $\alpha=0,58$ ), e Desconforto Pessoal ( $\alpha=0,83$ ). No presente estudo com as 77 adolescentes, encontrámos fracas características psicométrica nas quatro subescalas: Tomada de Perspetiva ( $\alpha=0,55$ ), Preocupação Empática ( $\alpha=0,51$ ), Fantasia ( $\alpha=0,58$ ) e Desconforto Pessoal ( $\alpha=0,53$ ).

### 2.5.1.3 Brief Symptom Inventory (BSI)

O BSI (Derogatis, 1982; Canavarro, 1999) é um inventário de autorrelato de sintomas, constituído por 53 itens, tendo como objetivo avaliar a presença de sintomatologia psicopatológica em indivíduos de populações clínicas ou da população

geral. O BSI foi construído para avaliar nove dimensões de sintomas (somatização, obsessões/compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo). Permite ainda a obtenção do Índice Geral de Sintomas (IGS), uma medida global de sintomatologia considerada o melhor indicador único da presença desconforto psicológico (exemplo: “Ter impulsos que não se podem controlar”, “Sentires-te sem esperança perante o futuro”). Cada item do BSI é classificado numa escala de cinco pontos do tipo Likert, que varia entre 0 “nunca” e 4 “muitíssimas vezes”.

O estudo de validação portuguesa para adolescentes foi efetuado por Lemos (2007a) com recurso a uma amostra de 628 adolescentes, tendo mostrado características psicométricas satisfatórias no que respeita à sua consistência interna e validade de construto enquanto medida de avaliação global de psicopatologia. No presente estudo, recorreu-se ao Índice Geral de Sintomas para recolher informações sobre problemas psicopatológicos gerais relatados pelos adolescentes,

## **2.5.2 Estudo 2: Vinculação vulnerável em adolescentes institucionalizados: comparação com o grupo não institucionalizado**

### *2.5.2.1 Questionário de dados sociodemográficos e familiares*

Consultar “Questionário de dados sociodemográficos e familiares” na página 23.

### *2.5.2.2 Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ)*

O *Vulnerable Attachment Style Questionnaire* (Bifulco, 2012) é um questionário de autorrelato desenvolvido inicialmente para a avaliação do valor de vinculação vulnerável e insegura, associado ao diagnóstico de depressão em adultos e adolescentes (Bifulco, Mahon, Kwon, Moran & Jacobs, 2003).

Apresenta vinte e dois itens que permitem o cálculo de uma pontuação total de vinculação vulnerável (ponte de corte 57), repartindo-se em duas dimensões. A dimensão Insegurança avalia o conjunto de emoções e atitudes associadas ao desconforto perante a proximidade com os demais, incluindo incapacidade de confiar ou magoar, através de

itens como “É melhor não estar demasiado próximo, emocionalmente, das outras pessoas” e “Tenho dificuldade em confiar nos outros”. A dimensão Procura por Proximidade avalia a interdependência ou comportamentos de aproximação, e é constituída por itens como “Tenho muita vontade de estar só/ desejo estar sozinho” e “Fico ansioso quando pessoas que me são próximas estão longe” (Bifulco et al., 2003).

Os valores obtidos nas dimensões permitem a atribuição ao sujeito um estilo de vinculação Insegura. Os sujeitos que pontuam elevado em ambas as dimensões apresentam um estilo de vinculação de tipo Inseguro-Ansioso<sup>12</sup>, e os indivíduos que pontuam elevado na dimensão Insegurança (ponto de corte 30) e baixo na dimensão Procura por Proximidade (ponto de corte 27), revelam um estilo de vinculação de tipo Inseguro-Evitante<sup>13</sup>. A obtenção de pontuações baixas nas duas dimensões denota um estilo de vinculação Seguro. Os itens refletem comportamentos, emoções e atitudes relacionados com a vinculação, pontuados através de uma escala do tipo Likert de cinco de pontos, desde 1 “discordo fortemente” a 5 “concordo fortemente”. O VASQ pode ser utilizado como ferramenta para monitorização da eficácia das intervenções levadas a cabo no contexto institucional, e também como forma de comparar a perspetiva do adolescente e dos técnicos sobre o padrão de vinculação do primeiro (Bifulco, Jacobs, Ilan-Clarke, Spence, & Oskis, 2016).

Foi solicitada autorização à sua autora para a tradução e utilização do instrumento. O VASQ apresenta na sua versão original boas características psicométricas para os 12 itens da dimensão Insegurança ( $\alpha=.82$ ) e para os 10 itens da dimensão Procura por Proximidade ( $\alpha=.67$ ). No presente estudo, encontramos índices de consistência interna semelhantes aos da versão original para a dimensão Insegurança ( $\alpha=.81$ ) e para a dimensão Procura por Proximidade ( $\alpha=.64$ ).

---

<sup>12</sup> *Insecure Anxious Style*, no original.

<sup>13</sup> *Insecure Avoidant Style*, no original.

### 3. Resultados

#### 3.1 Estudo 1: Vulnerabilidade psicossocial, psicopatologia e características de empatia num grupo de raparigas em acolhimento institucional

##### 3.1.1 Distribuição das adolescentes segundo as variáveis escolares

Tabela 8

*Distribuição das adolescentes em acolhimento institucional segundo as reprovações, fugas à escola e abandono escolar*

		<i>n</i>	%
Reprovações <sup>a</sup>	Não	16	20.8
	Sim	60	77.9
Fugas à escola <sup>b</sup>	Não	48	62.3
	Sim	27	35.1
Abandono Escolar	Não	55	71.4
	Sim	22	28.6

<sup>a</sup> não se obteve informação para 1 sujeito (1.3%).

<sup>b</sup> não se obteve informação para 2 sujeitos (2.6%).

Organizámos as adolescentes institucionalizadas em dois grupos segundo a existência de reprovações, episódios de fugas à escola, e historial de abandono escolar. Como é possível observar na tabela 8, uma percentagem significativa das jovens reprovou pelo menos um ano (77.9%), 35% apresentou episódios de fugas à escola, e 28.6% apresentou historial de abandono escolar.

### 3.1.2 Comparação entre adolescentes ao nível da empatia e sintomatologia, segundo a idade

Tabela 9

*Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de Mann-Whitney em função da idade agrupada das adolescentes em acolhimento institucional*

	Idade agrupada				Z	p
	12-14 (n=22)		15-19 (n=55)			
	M	DP	M	DP		
<b>IRI</b>						
TP	14.55	5.47	15.87	4.09	-.894	.371
PE	10.95	3.91	11.71	3.39	-.675	.500
F	12.41	5.78	13.65	5.10	-.865	.387
DP	16.23	5.36	16.82	5.48	-.785	.432
<b>BSI<sup>a</sup></b>						
IGS	1.64	1.06	1.61	.74	-.006	.995

*Nota.* TP= Tomada de Perspetiva; PE= Preocupação Empática; F= Fantasia; DP= Desconforto Pessoal; IGS= Índice Geral de Sintomas.

<sup>a</sup> não se obteve resposta ao BSI por parte de 1 dos sujeitos.

Categorizámos as participantes em dois grupos etários (12-14; 15-19) de modo a analisar eventuais diferenças entre os grupos relativamente às quatro subescalas do IRI, e ao Índice Geral de Sintomas do BSI. Contudo, como é possível observar na tabela 9, não encontramos diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das subescalas do IRI bem como para o Índice Geral de Sintomas do BSI, entre as adolescentes pertencentes aos dois grupos etários.

### 3.1.3 Comparação entre adolescentes ao nível da empatia e sintomatologia, segundo o tipo de estrutura familiar

Tabela 10

Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de Mann-Whitney em função da estrutura familiar das adolescentes em acolhimento institucional

	Estrutura Familiar <sup>a</sup>				Z	p
	Monoparental (n=48)		Biparental (n=23)			
	M	DP	M	DP		
<b>IRI</b>						
TP	14.67	4.68	16.35	4.04	- 1.547	.122
PE	11.52	3.61	11.43	3.04	- .185	.853
F	12.25	5.89	15.04	3.81	-2.137	.033*
DP	16.12	5.72	17.26	4.67	-.868	.385
<b>BSI<sup>b</sup></b>						
IGS	1.67	0.84	1.47	.79	-.963	.336

Nota. TP= Tomada de Perspetiva; PE= Preocupação Empática; F= Fantasia; DP= Desconforto Pessoal; IGS= Índice Geral de Sintomas.

<sup>a</sup> não se obteve informação para 6 sujeitos (7.8%).

<sup>b</sup> não se obteve resposta ao BSI por parte de 1 dos sujeitos.

\* $p \leq .05$ .

Quisemos analisar se a pertença a diferentes estruturas familiares (Monoparental vs. Biparental) poderia traduzir-se em diferenças ao nível das subescalas do IRI e/ou do Índice Geral de Sintomas do BSI. Como consta na tabela 10, verificámos que as adolescentes provenientes de famílias monoparentais apresentaram significativamente menor capacidade de Fantasia quando comparadas com as adolescentes de famílias biparentais ( $Z = -2.137$ ;  $p = .033$ ). Não encontrámos diferenças significativas sobre os valores médios das restantes subescalas do IRI, nem ao nível do Índice Geral de Sintomas do BSI, entre as jovens de distintas estruturas familiares.

### 3.1.4 Comparação entre adolescentes ao nível da empatia e sintomatologia, segundo os problemas de comportamento na infância

Tabela 11

*Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de Mann-Whitney em função da presença de problemas de comportamento na infância nas adolescentes em acolhimento institucional*

	Problemas de comportamento na infância				Z	p
	Não (n=58)		Sim (n=17)			
	M	DP	M	DP		
<b>IRI</b>						
TP	15.48	4.61	15.29	4.51	-.152	.879
PE	11.57	3.38	11.71	4.06	-.528	.597
F	13.95	5.24	11.00	5.28	-2.227	.026*
DP	17.21	4.64	14.29	7.24	-1.668	.095
<b>BSI<sup>a</sup></b>						
IGS	1.63	.76	1.57	1.10	-.565	.572

*Nota.* TP= Tomada de Perspetiva; PE= Preocupação Empática; F= Fantasia; DP= Desconforto Pessoal; IGS= Índice Geral de Sintomas.

<sup>a</sup> não se obteve resposta ao BSI por parte de 1 dos sujeitos.

\* $p \leq .05$ .

Como é possível verificar na tabela 11, pretendemos verificar se existiriam diferenças nas participantes relativamente às subescalas do IRI e/ou do Índice Geral de Sintomas do BSI segundo a presença ou ausência de problemas de comportamento na infância. Os resultados indicaram que as jovens sem problemas de comportamento na infância demonstraram significativamente maior capacidade de Fantasia, quando comparadas com as jovens que apresentaram problemas de comportamento na infância ( $Z = -2.227$ ;  $p = .026$ ). No que concerne às restantes subescalas do IRI e ao IGS, não encontramos diferenças significativas entre as jovens.

Tabela 12

*Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de Mann-Whitney em função da presença de diagnóstico psicopatológico nas adolescentes em acolhimento institucional*

	Diagnóstico psicopatológico <sup>a</sup>					
	Não (n= 61)		Sim (n= 13)		Z	p
	M	DP	M	DP		
<b>IRI</b>						
TP	15.31	4.64	15.85	4.47	-.164	.870
PE	12.21	3.37	8.77	3.00	-3,178	.001*
F	13.36	5.45	13.00	5.35	-.441	.659
DP	16.46	5.28	17.92	5.17	-.926	.355
<b>BSI <sup>b</sup></b>						
IGS	1.57	.86	1.94	.66	-1.608	.108

*Nota.* TP= Tomada de Perspetiva; PE= Preocupação Empática; F= Fantasia; DP= Desconforto Pessoal; IGS= Índice Geral de Sintomas.

<sup>a</sup> não se obteve informação para 3 sujeitos (3.9%).

<sup>b</sup> não se obteve resposta ao BSI por parte de 1 dos sujeitos.

\* $p \leq .05$ .

Na tabela 12 classificámos as adolescentes institucionalizadas de acordo com a presença ou ausência de diagnóstico psicopatológico prévio, no sentido de observar possíveis diferenças entre as jovens ao nível das quatro subescalas do IRI e/ou do Índice Geral de Sintomas do BSI. Surge-nos que as participantes que apresentam diagnóstico psicopatológico revelaram significativamente menos Preocupação Empática, por comparação com as jovens sem diagnóstico ( $Z = -3.178$ ;  $p = .001$ ). Não encontramos diferenças significativas ao nível das restantes subescalas do IRI, nem no IGS.

### 3.1.5 Comparação entre adolescentes ao nível da empatia e sintomatologia, segundo o relato de problemas na relação com os pais

Tabela 13

*Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de Mann-Whitney em função do conflito com a mãe nas adolescentes em acolhimento institucional*

	Conflito com a mãe <sup>a</sup>					
	Não (n=29)		Sim (n=23)		Z	p
	M	DP	M	DP		
<b>IRI</b>						
TP	15.97	4.58	14.96	4.61	-.823	.410
PE	11.41	3.63	12.04	3.20	-.435	.663
F	13.59	5.59	13.87	4.87	-.203	.839
DP	16.66	5.22	15.30	5.46	-.730	.465
<b>BSI <sup>b</sup></b>						
IGS	1.49	.87	1.88	.80	-1,731	.083

*Nota.* TP= Tomada de Perspetiva; PE= Preocupação Empática; F= Fantasia; DP= Desconforto Pessoal; IGS= Índice Geral de Sintomas.

<sup>a</sup> não se obteve informação para 25 sujeitos (3.5%).

<sup>b</sup> não se obteve resposta ao BSI por parte de 1 dos sujeitos.

Na tabela 13 procedemos à categorização das participantes segundo dois grupos (em conflito com a mãe vs. sem conflito com a mãe) de forma a analisar eventuais diferenças entre estes dois grupos ao nível das subescala do IRI e/ou do Índice Geral de Sintomas do BSI. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as adolescentes dos dois grupos ao nível das subescalas do IRI nem do IGS.

Tabela 14

*Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de Mann-Whitney em função do conflito com o pai nas adolescentes em acolhimento institucional*

	Conflito com o pai <sup>a</sup>				Z	p
	Não (n=25)		Sim (n=27)			
	M	DP	M	DP		
<b>IRI</b>						
TP	16.92	4.61	13.74	4.72	-2.436	.015*
PE	11.76	3.71	11.70	3.20	-.396	.692
F	13.32	5.14	13.56	5.67	-.367	.713
DP	14.96	5.93	17.07	4.56	-1.267	.205
<b>BSI <sup>b</sup></b>						
IGS	1.40	.87	1.88	.79	-2.067	.039*

*Nota.* TP= Tomada de Perspetiva; PE= Preocupação Empática; F= Fantasia; DP= Desconforto Pessoal; IGS= Índice Geral de Sintomas.

<sup>a</sup> não se obteve informação para 25 sujeitos (32.5%).

<sup>b</sup> não se obteve resposta ao BSI por parte de 1 dos sujeitos.

\* $p \leq .05$ .

Procedemos à mesma categorização efetuada anteriormente, mas neste caso relativa à figura paterna (em conflito com o pai vs. sem conflito com o pai) de forma a analisar eventuais diferenças entre os dois grupos ao nível das subescalas do IRI e/ou do Índice Geral de Sintomas do BSI. Consoante podemos observar na tabela 14, as adolescentes que não relataram conflito com o pai apresentaram maior capacidade de Tomada de Perspetiva quando comparadas com as jovens em conflito com o pai, mostrando-se esta diferença estatisticamente significativa ( $Z = -2.067$ ;  $p = .015$ ). Não encontramos diferenças significativas entre os dois grupos nas outras subescalas do IRI.

Encontrámos diferenças significativas ao nível do IGS ( $Z = -2.067$ ;  $p = .039$ ), com as jovens sem conflito com o pai, a apresentarem menos queixas psicopatológicas ( $M=1.40$ ;  $DP=.87$ ) do que as jovens em conflito com o pai ( $M=1.88$ ;  $DP=.79$ ).

Tabela 15

Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de Kruskal-Wallis em função do envolvimento parental nas adolescentes em acolhimento institucional

	Envolvimento parental <sup>a</sup>											KW (g/4)	p
	Não (n=19)		Só a mãe (n=18)		Só o pai (n=3)		Dos pais (n=11)		Outro adulto (n=8)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>IRI</b>													
TP	14.42	4.69	15.50	3.31	21.00	1.73	14.09	6.70	18.12	4.82	8.930	.063	
PE	12.05	3.57	11.78	2.67	11.33	3.06	11.64	5.59	13.13	3.60	.848	.932	
F	14.11	4.74	13.83	5.56	14.00	6.25	12.45	5.91	14.50	6.59	.629	.960	
DP	15.32	4.74	16.67	4.73	13.67	12.10	17.82	6.03	16.00	7.03	1.264	.868	
<b>BSI <sup>b</sup></b>													
IGS	1.918	.77	1.60	.80	1.38	1.05	1.67	.91	1.60	1.18	2.100	.717	

Nota. TP= Tomada de Perspetiva; PE= Preocupação Empática; F= Fantasia; DP= Desconforto Pessoal; IGS= Índice Geral de Sintomas.

<sup>a</sup> Não se obteve informação para 18 sujeitos (23.4%).

<sup>b</sup> não se obteve resposta ao BSI por parte de 1 dos sujeitos.

Como se pode verificar na tabela 15, categorizámos as jovens em acolhimento institucional em cinco grupos, de acordo com o tipo de envolvimento parental apresentado (não existe envolvimento parental; só por parte da mãe; só por parte do pai; por parte de ambos; por parte de outro adulto), no sentido de observarmos possíveis diferenças entre os cinco grupos ao nível das subescalas do IRI e/ou do Índice Geral de Sintomas do BSI. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os cinco grupos de adolescentes ao nível das subescalas do IRI nem do IGS. Contudo, importa realçar que as adolescentes que não apresentaram envolvimento parental revelaram o valor mais alto de queixas psicopatológicas ( $M= 1.98$ ;  $DP= .77$ ) por comparação com as jovens que experienciaram envolvimento parental (mãe, pai, ambos ou outro adulto).

### 3.1.6 Comparação entre adolescentes ao nível da empatia e psicopatologia, segundo o tipo de maus-tratos sofridos

Tabela 16

*Distribuição das adolescentes em acolhimento institucional segundo a história de maus-tratos e tipo de maus-tratos*

		<i>n</i>	%
História de maus-tratos <sup>a</sup>	Não	27	35.1
	Sim	49	63.6
Tipo de maus-tratos <sup>b</sup>	Negligência	31	40.3
	Abuso físico	4	5.2
	Abuso sexual	3	3.9
	Negligência e abuso físico	6	7.8
	Desconhecido	7	9.1
	Negligência e abuso sexual	4	5.2

<sup>a</sup> não se obteve informação para 1 sujeito (1,3%).

<sup>b</sup> não se obteve informação para 22 sujeitos (28,6%).

Como é demonstrando na tabela 16, verifica-se que 63.6 % das adolescentes sofreram maus-tratos antes da institucionalização, 40.3% na forma de negligência, seguido de negligência em simultâneo com abuso físico (7.8%). Os maus-tratos na forma de abuso físico, e negligência em simultâneo com abuso sexual ocorreram com a mesma frequência na amostra (5.2%).

Tabela 17

Médias, desvios-padrão das subescalas do IRI, IGS, e teste de Kruskal-Wallis em função do tipo de maus-tratos experienciado nas adolescentes em acolhimento institucional

	Tipo de maus-tratos <sup>a</sup>										KW (gl=5)	p		
	Negligência (n=31)		Abuso físico (n=4)		Abuso sexual (n=3)		Negligência e abuso físico (n=6)		Desconhecido (n=7)				Negligência e abuso sexual (n=4)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			M	DP
<b>IRI</b>														
TP	15.74	4.21	17.75	5.06	11.00	6.08	14.17	6.18	14.71	2.56	17.00	6.48	4.08	.538
PE	11.71	3.18	13.25	4.35	7.33	5.51	11.00	2.37	10.86	3.67	12.00	4.90	3.44	.633
F	13.48	5.78	16.25	3.30	7.00	2.65	12.17	4.75	12.57	4.54	13.00	4.55	6.93	.226
DP	15.94	5.87	16.75	5.44	10.00	3.46	16.17	4.40	16.57	3.46	18.00	6.16	4.02	.547
<b>BSI<sup>b</sup></b>														
IGS	1.52*	.83	1.30	.48	1.87	1.48	2.69*	.44	1.30	.52	1.69	.83	11.24	.047
	*						**							*

Nota. TP= Tomada de Perspetiva; PE= Preocupação Empática; F= Fantasia; DP= Desconforto Pessoal; IGS= Índice Geral de Sintomas;

<sup>a</sup> não se obteve informação para 22 sujeitos (28.6%).

<sup>b</sup> não se obteve resposta ao BSI por parte de 1 dos sujeitos.

\* $p \leq .05$ .

\*\* e\*\*\*: os valores assinalados são significativamente diferentes.

Tal como consta na tabela 17, agrupámos as jovens institucionalizadas em seis grupos de acordo com o tipo de maus-tratos experienciado, com base nos relatos dos técnicos (negligência; abuso físico; abuso sexual; negligência e abuso físico; desconhecido; negligência e abuso sexual) de forma a compreender se a experiência de determinado tipo de maus-tratos poderá traduzir-se em diferenças ao nível dos resultados obtidos nas subescalas do IRI e/ou do Índice Geral de Sintomas do BSI.

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos ao nível das subescalas do IRI, contudo surgem diferenças significativas entre os grupos de maus-tratos no que se refere ao IGS ( $KW [5] = 11.24; p = .047$ ). Uma análise *post hoc* e comparações múltiplas *pairwise* permitiram identificar segundo os tipos de maus-tratos, quais as participantes que relataram níveis superiores de sintomatologia psicopatológica. Pudemos assim constatar que as jovens que sofreram negligência e abuso físico em simultâneo, apresentaram níveis significativamente superiores de queixas psicopatológicas, comparativamente com as jovens que sofreram unicamente negligência.

### 3.1.7 Associação entre empatia, sintomatologia e duração da institucionalização

Tabela 18

*Correlação de Pearson entre subescalas do IRI, IGS, e duração da institucionalização nas adolescentes em acolhimento institucional*

<b>IRI</b>	<b>DI</b>
TP	-.070
PE	-.087
F	.130
DP	-.022
<b>BSI<sup>a</sup> (IGS)</b>	.040

*Nota.* TP= Tomada de Perspetiva; PE= Preocupação Empática; F= Fantasia; DP= Desconforto Pessoal; IGS= Índice Geral de Sintomas; DI= Duração da institucionalização (em meses).

<sup>a</sup> não se obteve resposta ao BSI por parte de 1 dos sujeitos.

Procurámos observar a existência de uma associação estatisticamente significativa entre o tempo de duração da institucionalização das adolescentes e as subescalas do IRI e/ou Índice Geral de Sintomas do BSI. Os resultados da correlação de *Pearson* apresentados na tabela 18 demonstram a ausência de correlações significativas.

### 3.2 Estudo 2: Vinculação vulnerável em adolescentes institucionalizados: comparação com o grupo não institucionalizado

#### 3.2.1 Comparação entre adolescentes institucionalizados e não institucionalizados ao nível do estilo de vinculação

Tabela 19

*Médias, desvios-padrão das dimensões do VASQ e Independent Sample t Test para amostras independentes em função do grupo (institucionalizados vs. não institucionalizados)*

	Institucionalizados (n=35)		Não institucionalizados (n=59)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
<b>VASQ</b>						
Insegurança	34.60	9.23	28.98	6,14	-3.204	.001*
Procura proximidade	32.57	5.31	34.58	5,04	1.828	.036*
Pontuação total	67.17	10.95	63.56	7,53	-1.724	.045*

\* $p \leq .05$ .

O Estudo 2 foi conduzido com o objetivo de compreender se existiam diferenças ao nível das dimensões e/ou da pontuação total do VASQ, segundo a presença ou ausência da medida acolhimento residencial (grupo Institucionalizados vs. grupo Não Institucionalizados).

Encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de adolescentes ao nível da subescala Insegurança ( $t = -3.204$ ;  $p = .001$ ), bem como da subescala Procura por Proximidade ( $t = 1.828$ ;  $p = .036$ ). Como consta da tabela 19, observámos que os adolescentes institucionalizados apresentam mais Insegurança comparativamente com o grupo não institucionalizado. De modo inverso, os adolescentes

institucionalizados apresentam menor Procura por Proximidade relativamente ao grupo de adolescentes não institucionalizados.

Pudemos ainda constatar diferenças estatisticamente significativas ao nível da pontuação total de vinculação vulnerável ( $t = -1.724$ ;  $p = .045$ ), com os adolescentes institucionalizados a apresentarem níveis médios de vinculação vulnerável superiores aos não institucionalizados.

Tabela 20

*Teste de Independência do Qui-Quadrado em função do estilo de vinculação e grupo (institucionalizado vs. não institucionalizado)*

	Institucionalizados	Não institucionalizados
Inseguro-Ansioso	22 (4.9)	24 (-4.9)
Inseguro-Evitante	5 <sup>a</sup> (2.0)	3 (-2.0)
Seguro	8 (-6.9)	32 (6.9)

*Nota.* De acordo com Cochran (1954) verificam-se as condições de aplicabilidade do qui-quadrado para testes com mais de 1 grau de liberdade (gl), desde que a distribuição mínima esperada seja de pelo menos 1 e não mais de 20% das células apresentem distribuição esperada inferior a 5.

<sup>a</sup> 1 célula (16.7%) apresentou distribuição esperada inferior a 5. A distribuição mínima esperada foi de 2.98.

Com base nos valores obtidos nas dimensões Insegurança e Procura por Proximidade foi possível atribuir a cada participante um estilo de vinculação (Inseguro-Ansioso vs. Inseguro-Evitante vs. Seguro) definido no VASQ. Como é possível verificar na tabela 20, quisemos compreender se se verificava a presença de associação entre a categoria estilo de vinculação e a categoria presença ou ausência da medida acolhimento residencial (grupo Institucionalizados vs. grupo Não Institucionalizados).

No que se refere aos estilos de vinculação obtidos no VASQ, verificámos a existência de uma associação significativa entre o grupo de adolescentes categorizado segundo a presença ou ausência da medida acolhimento residencial (Institucionalizados vs. Não Institucionalizados) e o estilo de vinculação apresentado ( $\chi^2[2] = 9.477$ ;  $p = .009$ ).

A análise de resíduos ajustados sugere que, enquanto os adolescentes institucionalizados tendem a apresentar uma vinculação de tipo Inseguro-Ansioso e de tipo Inseguro-Evitante, o grupo de adolescentes não institucionalizados demonstra uma vinculação de tipo Seguro.

## 4. Discussão de Resultados

### 4.1 Estudo 1: Vulnerabilidade psicossocial, psicopatologia e características de empatia num grupo de raparigas em acolhimento institucional

No primeiro estudo pretendemos estudar a forma como as variáveis psicossociais estrutura familiar, problemas de comportamento na infância, diagnóstico psicopatológico, conflito com a mãe e/ou pai, envolvimento parental, tipo de maus-tratos, quer antecedentes, quer concomitantes ao período de institucionalização, e ainda as variáveis idade e duração da institucionalização, poderiam estar associadas a maior vulnerabilidade psicológica nos adolescentes. Nesse sentido, analisámos a expressão das características de empatia e sintomatologia psicopatológica nas adolescentes institucionalizadas, com base na presença ou ausência de determinados fatores psicossociais.

Não encontramos diferenças ao nível da idade relativamente a características de empatia e sintomatologia psicopatológica, contrariamente ao que é indicado na literatura. Do mesmo modo, o nosso estudo não sugeriu a existência de associações entre a duração da institucionalização e características de empatia e sintomatologia psicopatológica nas adolescentes. Os nossos resultados são contrários aos do estudo longitudinal de Wade, Fox, Zeanah e Nelson (2018), no qual analisaram a evolução de sintomas psicopatológicos gerais numa amostra de crianças institucionalizados precocemente (em instituições formais *vs.* famílias de acolhimento). Segundo este estudo, aos oito anos de idade as diferenças não eram notórias, contudo começaram a evidenciar-se no início da adolescência (12 anos), e aos 16 anos os adolescentes institucionalizados apresentavam significativamente mais problemas psicopatológicos do que os adolescentes em famílias de acolhimento.

No presente estudo, contudo, as adolescentes institucionalizados provenientes de famílias monoparentais apresentaram mais dificuldades fantasiar, aspeto avaliado pela subescala Fantasia do IRI, e que está negativamente correlacionado com manifestações positivas de empatia. Tal como descreve Strecht (2003), muitos dos jovens que apresentam uma ou ambas as figuras parentais ausentes, quer por morte ou desaparecimento, são acolhidos institucionalmente até atingirem a maioridade, muitos deles manifestando graves problemas do tipo externalizante em resultado das suas

dificuldades emocionais. O resultado obtido indica que, apesar da institucionalização, a pertença da adolescente a uma família biparental parece ser um fator protetor face ao desenvolvimento de problemas externalizantes.

Ao nível da problemática psicopatológica, os nossos resultados sugeriram que as adolescentes que apresentaram problemas de comportamento na infância revelaram mais dificuldade em fantasiar, por comparação com as adolescentes sem esse historial. Podemos hipotetizar, segundo o já estudado por diversos autores (e.g., Rutter, Giller & Hagell, 1998) que os problemas comportamentais na infância são preditores de dificuldades de adaptação psicossocial na adolescência. Rosenfeld e colaboradores (1997), sugerem que a maioria das crianças e adolescentes entram no sistema de acolhimento institucional frequentemente após apresentarem comportamentos antissociais, o que nos alerta para a importância de uma intervenção o mais precoce possível, por forma fomentar um desenvolvimento adaptativo, pautado por bem-estar psicológico.

Ainda ao nível da psicopatologia, as adolescentes institucionalizadas com diagnóstico psicopatológico formal revelaram níveis mais baixos de Preocupação Empática, por comparação com as adolescentes sem diagnóstico. Uma das hipóteses explicativas para este resultado poderá ser o facto de grande parte dos diagnósticos estarem associados a perturbações do tipo externalizante, que estão negativamente associados a manifestações empáticas positivas. Estes resultados vão ao encontro dos de Pechorro e colaboradores (2014), que no seu estudo comparativo com 236 adolescentes do sexo feminino (14-18 anos) residentes em Centros Educativos concluíram que as adolescentes com elevados traços de psicopatia exibiam mais problemas do tipo externalizante (perturbação do comportamento, comportamento delinvente), comparativamente com as raparigas que apresentavam baixos traços de psicopatia.

No que concerne à relação com os pais, não encontramos diferenças significativas entre as adolescentes institucionalizadas em conflito com a mãe e sem conflito, ao nível das características de empatia e sintomatologia psicopatológica. Também no que se refere ao envolvimento parental, não foram encontradas diferenças entre as adolescentes segundo os diferentes tipos de envolvimento parental (inexistente, mãe, pai ou outro adulto), ao nível das características de empatia e sintomatologia psicopatológica. Contudo, no que se refere ao conflito com o pai, foram encontradas diferenças

significativas. Os resultados sugerem assim que as jovens institucionalizadas em conflito com o pai apresentam menor Tomada de Perspetiva, e simultaneamente mais queixas psicopatológicas do que as jovens sem conflito com a mesma figura.

Os nossos resultados são, no global, concordantes com os de Lemos e Faísca (2015), no seu estudo com 50 adolescentes do sexo masculino ( $M_{idade} = 15.82$ ) em contacto com o Sistema de Justiça Português. Estes constataram que a presença de uma figura paterna na família, assim como a existência de controlo parental, contribuem para menos níveis de sintomatologia do tipo internalizante.

Na mesma linha, Klahr, Rueter, McGue, Iacono e Burt (2011) indicaram que a conflitualidade na relação entre pais (ambos) e filhos é preditora de comportamentos antissociais, tanto em adolescentes adotados, como nos filhos biológicos. Também Mannarini, Balottin, Palmieri e Carotenuto (2018) demonstraram a associação entre uma relação problemática com as figuras parentais, sintomas psicopatológicos e perturbação do comportamento. Concluíram que os adolescentes que percecionavam a figura paterna como menos preocupada e afetuosa (negligente) vivenciavam mais sentimentos de rejeição e desproteção, o que surgia associado a manifestações de sintomas do tipo internalizante. Por outro lado, os adolescentes com manifestações do tipo externalizante apresentavam figuras maternas mais controladoras e menos afetuosas.

No que se refere aos diferentes tipos de maus-tratos experienciados pelas adolescentes até ao momento da institucionalização, os relatos dos técnicos reportaram a negligência, seguida de negligência e abuso físico em simultâneo, como as formas mais frequentes de maus-tratos na presente amostra. Os resultados sugeriram também que as adolescentes que experienciaram negligência e abuso físico em simultâneo apresentam mais sintomas psicopatológicos, comparativamente às adolescentes que experienciaram unicamente negligência. Ao nível das características de empatia, não foram encontradas diferenças entre as adolescentes vítimas dos diferentes tipos de maus-tratos.

Deste modo, a prevalência dos diferentes tipos de maus-tratos na nossa amostra é semelhante à encontrada na investigação longitudinal de Kim, Mennen e Trickett (2016), que no seu estudo com 303 crianças vítimas de maus-tratos, analisaram os registos oficiais documentados pelo Serviço de Proteção de Crianças (*Child Protective Service*) norte americano com o objetivo de proceder à eventual reclassificação das situações de maus-

tratos, através do *Maltreatment Case Record Abstraction Instrument*. Os autores concluíram que a coocorrência mais frequente surge na forma de negligência, acompanhada de abuso físico e emocional. Identificaram ainda a negligência como a forma singular de maus-tratos mais frequente, tanto em relatos oficiais como não oficiais.

Os nossos resultados parecem diferir dos obtidos por Lemos (2010) com um grupo de 63 adolescentes de ambos os sexos sob tutela do sistema de justiça português. Neste estudo, a autora comparou as pontuações obtidas no IGS (BSI) consoante a presença ou ausência de história de maus-tratos na infância, não tendo encontrado diferenças significativas entre os grupos nesta variável.

Importa ainda realçar que, tal como referem Starr, MacLean e Keating (1991), as crianças vítimas de maus-tratos poderão não manifestar efeitos significativos dessa experiência em resultado de características de personalidade, e que os efeitos colaterais do maus-tratos poderão ser contidos se o episódio de abuso for único, ou se estiver presente na sua vida um adulto significativo que seja contendor. No caso específico do abuso sexual, sabe-se que alguns pré-adolescentes vítimas de abuso sexual não manifestam, aparentemente, os efeitos colaterais dessa experiência traumática até à adolescência ou início da idade adulta, momento em que iniciam as primeiras relações de intimidade (Briere & Elliott, 1994).

No que se refere às limitações do primeiro estudo, não podemos deixar de realçar o reduzido número de participantes. O facto de muitos técnicos desconhcerem a resposta para determinadas variáveis psicossociais dos adolescentes, contribuiu para uma diminuição ainda mais acentuada dos sujeitos válidos para determinadas análises estatísticas, o que poderá comprometer a generalização dos resultados para a população-alvo.

Por questões circunstanciais, a amostra é constituída na sua totalidade por participantes do sexo feminino, o que é a nosso entender, outra limitação do presente estudo. Como sugestão para investigações posteriores, seria enriquecedor comparar uma amostra de adolescentes do sexo feminino com uma amostra de adolescentes do sexo masculino, ao nível das mesmas variáveis (características de empatia e sintomatologia psicopatológica).

Em resultado da multidimensionalidade do construto empatia, caracterizado através do *Interpersonal Reactivity Index* (IRI), não foi possível a obtenção de uma pontuação total de empatia, apenas a pontuação por subescala. A existência de um valor global de empatia poderia ter permitido uma compreensão mais nítida e objetiva da capacidade empática positiva das jovens. Em futuros estudos, poderá ser interessante recorrer a um instrumento que permita a obtenção de uma pontuação unidimensional de empatia, por forma a facilitar a operacionalização do construto e o estudo da sua associação com outras variáveis quantitativas.

#### **4.2 Estudo 2: Vinculação vulnerável em adolescentes institucionalizados: comparação com o grupo não institucionalizado**

No segundo estudo quisemos testar a hipótese de que os adolescentes institucionalizados apresentavam maior prevalência de vinculação vulnerável (tipo Inseguro-Ansioso vs. Inseguro-Evitante) comparativamente com os adolescentes não institucionalizados.

Os resultados obtidos indicaram que os adolescentes institucionalizados apresentaram valores médios mais elevados de vinculação vulnerável por comparação com os não institucionalizados. Ainda ao nível dos tipos de vinculação vulnerável, os resultados são concordantes com a pontuação total de vinculação e sugerem que os adolescentes institucionalizados manifestam predominantemente estilos de vinculação de tipo Inseguro-Ansioso e Inseguro-Evitante, enquanto os não institucionalizados apresentam, na sua generalidade, vinculação de tipo Seguro.

As conclusões do nosso estudo são semelhantes com os resultados obtidos por Bifulco e colaboradores (2016) sobre a prevalência de diferentes estilos de vinculação numa amostra de jovens em acolhimento institucional, na qual foram avaliados 76 adolescentes ( $M_{idade} = 14,8$ ) de ambos os sexos. Os resultados demonstraram que 49% dos participantes foram classificados como apresentando vinculação de tipo desorganizado, 26% de tipo desconfiado-evitante, 9% de tipo ansioso-Procura por Proximidade, e apenas 16% foram categorizados como demonstrando um estilo de vinculação de tipo seguro.

Contrariamente ao primeiro estudo, não explorámos a associação entre variáveis de vulnerabilidade psicossocial e estilos de vinculação, contudo, sabemos que circunstâncias traumáticas como experiências precoces de maus-tratos e de abandono, a ausência de adultos contentores e estruturantes, a entrada precoce no sistema de acolhimento institucional, entre outras condições psicossociais, podem explicar as diferentes prevalências de estilos de vinculação nos adolescentes institucionalizados. Tal como referem Doyle e Cicchetti (2017), as crianças em acolhimento institucional que experienciaram défices precoces nos cuidados, maus-tratos ou exposição à violência, apresentam maior risco de desenvolverem perturbações da vinculação, o que poderá afetar negativamente a capacidade de estabelecerem relações com os pares na infância e adolescência, e, no futuro, comprometer a capacidade de estabelecerem relações de intimidade positivas.

Neste sentido, Fearon, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, Lapsy e Roisman (2010) referem que os estilos de vinculação de tipo Inseguro e Desorganizado aumentam significativamente o risco de problemas do comportamento. Ao nível do acolhimento institucional, uma das explicações para este fenómeno pode estar nos baixos níveis de suporte emocional e responsividade nos cuidados disponibilizados, o que poderá contribuir para défices na autorregulação que aumentam a probabilidade de problemas do comportamento (Merz & Macall, 2010).

Tal como referem Rutter (1995) e Bretherton (1997), o estabelecimento de uma vinculação segura com a mãe ou outro cuidador substituto, é fundamental para o desenvolvimento da capacidade de resiliência e de uma personalidade saudável. Assim, os resultados do nosso estudo sugerem que esta população-alvo apresenta falhas ao nível das relações pais-filhos, que tenderão a manifestar repercussões ao nível da saúde mental na adolescência e adultez.

Relativamente às limitações do segundo estudo, destacamos, tal como já mencionado, o facto de não ter sido possível explorar a associação entre variáveis de vulnerabilidade psicossocial e estilos de vinculação, pelo facto de termos optado por estudar as mesmas variáveis no primeiro estudo. Neste sentido, futuramente, seria pertinente compreender de que modo estas variáveis se repercutem nos estilos de vinculação, estudando se possível, a relação causal entre fatores de vulnerabilidade psicossocial e estilos de vinculação.

Outra das limitações que não podemos deixar de apontar, prende-se com a grande disparidade relativamente ao nível de escolaridade: de entre os adolescentes institucionalizados, apenas 2.9% da amostra frequentava o ensino universitário, contudo 76.3% dos adolescentes não institucionalizados frequentavam o mesmo nível de ensino. Esta heterogeneidade entre amostras poderá ter enviesado alguns dos resultados, se pressupormos que alcançar o ensino Superior implica um certo nível de bem-estar psicossocial (psicológico e socioeconómico, mais concretamente).

## Considerações Finais

A adolescência constitui-se como uma etapa do desenvolvimento humano à qual estão inerentes desafios evolutivos estruturantes para o futuro funcionamento psicológico e social do indivíduo. Se para além dos desafios normativos da adolescência, considerarmos as exigências impostas por um meio sociofamiliar destruturado, e a consequente retirada desse meio para o acolhimento institucional, uma parentalidade disfuncional e a vivência de problemas psicopatológicos, poderemos compreender melhor os desafios com que se deparam os adolescentes institucionalizados.

No nosso estudo almejámos conhecer aqueles que considerámos serem os principais problemas psicossociais inerentes às crianças e adolescentes que entram no sistema de acolhimento, e o modo como tais problemas se associam a características de empatia e sintomas psicopatológicos.

A tipologia familiar do tipo monoparental parece, no nosso estudo, associar-se a menos características empáticas positivas. Estes resultados levam-nos a refletir sobre a importância destas famílias encontrarem na comunidade e nos serviços do Estado, respostas adequadas às suas necessidades, que suplementem os défices experienciados em resultado da ausência de uma das figuras parentais.

O nosso estudo não nos permitiu estabelecer se existirá uma relação causal entre problemas de comportamento na infância e a presença de problemas psicopatológicos na atualidade. Será que os problemas de comportamento da infância são preditores de problemas psicopatológicos na adolescência, ou estes poderão ser agravados ou até despoletados pelo processo de institucionalização? São também questões que deverão ser exploradas num estudo futuro.

Comprendemos também que o conflito relacional com a figura paterna acarreta consequências psicológicas, apesar de não termos conhecimento das variáveis geradoras de conflito na relação pai-criança. Este resultado parece indicar que a figura paterna assume especial influência na saúde mental das adolescentes.

Para um estudo futuro, será enriquecedor compreender se a presença de outro adulto significativo (substituto simbólico da figura paterna) poderá ser mediadora dos efeitos ao nível da empatia e queixas psicopatológicas. Pensamos também que será

pertinente, um maior debruçar da literatura científica sobre as consequências, a nível psicopatológico e das características de empatia, do conflito relacional entre a figura paterna e a criança/adolescente.

Entendemos que o fenómeno dos maus-tratos é indissociável das suas consequências psicológicas e sociais. A perpetuação do maus-tratos infantil/juvenil torna-se num fenómeno transgeracional preocupante, que atua sobre os elementos mais frágeis do sistema familiar- as crianças e adolescentes. Podemos afirmar que quase todos os adolescentes institucionalizados experienciaram antes do acolhimento, pelo menos uma forma de maus-tratos, sendo a negligência a mais comum. Uma das conclusões do nosso estudo remete para a importância da prevenção do maus-tratos. Quando esta prevenção não é possível, urge sinalizar atempadamente as situações de abuso, no sentido de intervir do modo mais adequado. Neste ponto, surge-nos a importante questão sobre qual a medida que melhor respeitará o superior interesse da criança: a permanência no meio familiar, mesmo com as suas limitações, ou a retirada para acolhimento institucional? O nosso estudo não nos permitiu tecer conclusões a esse respeito, e sabemos que a operacionalização de um estudo longitudinal para esse efeito é deveras difícil, contudo, o debate deverá continuar, fomentado por um corpo crescente de literatura a respeito desta temática.

Por fim, no nosso segundo estudo foi possível compararmos adolescentes institucionalizados e adolescentes não institucionalizados, com o intuito de conhecermos a associação entre os diferentes estilos de vinculação em cada amostra. Apesar de termos concluído que os adolescentes institucionalizados apresentam uma maior prevalência de vinculação vulnerável, não foi possível compreender se os estilos de vinculação de tipo Inseguro-Ansioso e Ansioso-Ambivalente se desenvolveram em consequência de uma institucionalização precoce, ou, pelo contrário, em resultado da interação com as figuras parentais. Neste sentido, esta seria uma questão a explorar em futuras investigações longitudinais. Contudo, a nossa investigação chama a atenção para a elevada prevalência de estilos de vinculação vulnerável nos adolescentes institucionalizados, o que nos conduz a refletir sobre as possíveis consequências psicopatológicas a longo-prazo, destes estilos de vinculação na população institucional. Esta é uma indagação para a qual, novamente, apenas os estudos longitudinais poderão trazer alguma elucidação.

Outro dos aspetos sobre o qual não poderemos deixar de refletir, está associado aos fatores intrínsecos aos cuidados prestados em acolhimento institucional. Poderão estes também, dificultar o desenvolvimento e manutenção de um estilo de vinculação de tipo Seguro? Investigações longitudinais complexas como as desenvolvidas pela *English and Romanian Adoptee Study* (O'Connor et al., 2006), têm vindo a alertar para os efeitos patológicos da privação de cuidados adequados em instituições, em especial em idades precoces. Neste sentido, destacamos a importância da implementação de práticas institucionais que fomentem um ambiente o mais próximo possível do familiar, no que se refere à presença de adultos responsivos, atentos, carinhosos, mas que sejam também capazes de estabelecer regras e estruturar rotinas.

Podemos assim afirmar, que os resultados encontrados permitem-nos compreender a fragilidade psicossocial dos adolescentes em situação de acolhimento. Seja por motivos anteriores ou posteriores ao acolhimento, esta população manifesta particularidades clínicas que necessitam de uma intervenção especializada e personalizada.

## Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Alberto, I. (2010). *Maus-tratos e Trauma na Infância* (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina S.A..
- Alberto, I. M. M. (1999). *Avaliação da Perturbação Pós-stress traumático (PTSD) e suas consequências psicológicas em crianças e adolescentes vítimas de maltrato*. Tese para a obtenção do grau doutor no ramo de Psicologia (Avaliação Psicológica), Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baiborodova, L., Zhedunova, L., Posysoev, O., & Rozhkov, M. (1997). *Preodolenie trudnostey sotsializatsii detej- sirot [Overcoming difficulties of socialization of children orphans]*. Yaroslavl, Russia: Yaroslavl State Pedagogical University Press.
- Bifulco, A. (2012). Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ). *Measurement Instrument Database for the Social Science*. Retirado de [www.midss.ie](http://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.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e Perda - Volume I: Apego* (1ª ed.). São Paulo, Brasil: Livraria Martins Fontes Editora LTDA.
- Breslau, N., Davis, G., & Peterson, E. (1997). Psychiatric and posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry, 54*, 81-87.
- Breslau, N., Kessler, R., & Chilcoat, H. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry, 55*, 626-632.

- Bretherton I. (1997). Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(1), 33-43. doi: 10.1023/A:1025193002462.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759–775. Retirado de <http://psycnet.apa.org/buy/1993-01038-001>.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4 (2), 54–69.
- Brown, L., Callahan, M., Strega, S., Walmsley, C., & Dominelli, L. (2009). Manufacturing ghost fathers: the paradox of father presence and absence in child welfare. *Child and Family Social Work*, 14, pp. 25-34. doi:10.1111/j.1365-2206.2008.00578.x.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In Mário R. Simões, M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp.96-109). Braga: APPORT/SHO.
- Cochran, W. G. (1954). Some methods of strengthening the common chi-square tests. *Biometrics*, 10, 417-451.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (CNPDPJC). (2019). *Comissões de Proteção de Crianças e Jovens – o que são*. Retirado de <https://www.cnpdpjc.gov.pt/cpcj/o-que-sao.aspx>.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85. doi:10.1002/9781119102991.ch34.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113–126.
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Dick, G. L., & Bronson, D. (2005). Adult men's self-esteem: the relationship with the father. *The Journal of Contemporary Social Services*, 86(4), 580-588. doi:10.1606/1044-3894.3464.
- Doyle, C., & Cicchetti, D. (2017). From the cradle to the grave: the effect of adverse caregiving environments on attachment and relationships throughout the lifespan.

- Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 203–217. doi:10.1111/cpsp.12192.
- Eisenberg, N., Eggum, N. D., & Di Giunta, L. (2010). Empathy-related responding: associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations. *Social Issues and Policy Review*, 4, 143-180. doi:10.1111/j.1751-2409.2010.01020.x.
- Espada, A. A. (2019). La paternidade desde el punto de vista relacional. Sobre el “nacimiento del padre”. *Clínica e Investigación Relacional*, 13(1), 148-169. doi:10.21110/19882939.2019.130111.
- Eurostat [Census Hub HC52]. (2011). *Family nuclei, national averages and capital regions*. Retirado de [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Family\\_nuclei,\\_national\\_averages\\_and\\_capital\\_regions,\\_2011\\_\(%25\\_share\\_of\\_all\\_family\\_nuclei\)\\_PITEU17.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Family_nuclei,_national_averages_and_capital_regions,_2011_(%25_share_of_all_family_nuclei)_PITEU17.png).
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Lapsy, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children’s externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435-456. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x.
- Furniss, T. (1991). *The multiprofessional handbook of child sexual abuse: integrated management, therapy and legal intervention*. Londres: Routledge.
- Gallardo, J.A. (1994). *Maus tratos à criança*. Porto: Porto Editora.
- Gambin, M., & Sharp, C. (2016). The differential relations between empathy and internalizing and externalizing symptoms in inpatient adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(6), 966–974. doi:10.1007/s10578-016-0625-8.
- Gorman-Smith, D., Tolan, P.H., & Henry, D.B.B. (2000). A developmental-ecological model of the relation of family functioning to patterns of delinquency. *Journal of Quantitative Criminology*, 16, 169–198.
- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., ... Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy makers. *Attachment and Human Development*, 19(6), 534–558. doi:10.1080/14616734.2017.1354040.
- Hawk, S. T., Keijsers, L., Branje, S. J. T., Van Der Graaff, J., De Wied, M., & Meeus, W. (2013). Examining the interpersonal reactivity index (IRI) among early and

- late adolescents and their mothers. *Journal of Personality Assessment*, 95(1), 96–106. doi:10.1080/00223891.2012.696080.
- Herrenkohl, E.C., Herrenkohl, R.C., Egolf, B.P., & Russo, M. J. (1998). The relationship between early maltreatment and teenage parenthood. *Journal of Adolescence*, 21, 291-303.
- Instituto de Segurança Social (ISS). (2018). *CASA 2017- Relatório de caracterização anual da situação de acolhimento das crianças e jovens*. Lisboa: Instituto de Segurança Social.
- Kim, K., Mennen, F. E., & Trickett, P. K. (2016). Patterns and correlates of co-occurrence among multiple types of child maltreatment. *Child and Family Social Work*, 22(1), 492-502. doi:10.1111/cfs.12268.
- Klahr, A.M., Rueter, M.A., McGue, M., Iacono, W.G., & Burt, S.A (2011). The relationship between parent-child conflict and adolescent antisocial behavior: confirming shared environmental mediation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 683–694. doi: 10.1007/s10802-011-9505-7.
- Kolko, D. J., Kazdin, A. E., Thomas, A. M., & Day, B. (1993). Heightened child physical abuse potential. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(2), 169-192.
- Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., & Levine, J. A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In J. B. Lancaster, J. Altmann, A. S. Rossi, & L.R. Sherrod (Eds.), *Parenting across the lifespan: biosocial dimensions* (pp. 111-142). Hawthorne, NY: Aldine.
- Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., & Levine, J. A. (1985). Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, 25, 883-894.
- Lei n.º 147/99 de 1 de setembro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Diário da República: I série, N.º 128 (2018). Retirado de [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=545&tabela=leis&so\\_](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=545&tabela=leis&so_)
- Lemos, I. (2007a). *Família, Psicopatologia e Resiliência na Adolescência: Do Risco Psicossocial ao Percurso Delinvente*. Tese para a obtenção do grau de doutor no ramo de Psicologia, especialidade de Psicologia Clínica, Universidade do Algarve, Faculdade de ciências Humanas e Sociais.

- Lemos, I. (2007b). *Questionário de dados sócio-demográficos para adolescentes em contexto escolar*. Documento não publicado, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.
- Lemos, I., & Faísca, L. (2015). Psychosocial adversity, delinquent pathway and internalizing psychopathology in juvenile male offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 42, 49-57. doi:10.1016/j.ijlp.2015.08.007.
- Lemos, I. T. (2010). Risco psicossocial e psicopatologia em adolescentes com percurso delinvente. *Análise Psicológica*, 1(28), 117-132.
- Lecannelier, F. (2006, Agosto). *Apego e institucionalización: un estudio empírico*. Trabalho apresentado nas XII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur da Facultad de Psicología da Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Limpo, T., Alves, R. A., & Catro, S. L. (2010). Medir a empatia: adaptação portuguesa do índice de reactividade interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 171–184. doi:10.14417/lp.640.
- Loeber, R., Farrington, D., Stouthamer-Loeber, M., & Van Kammen, W. (1998). *Antisocial behavior and mental health problems: explanatory factors in childhood and adolescence*. Mahwah, New jersey: Lawrence Erlbaum.
- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens*. Coimbra: Quarteto.
- Malpique, C. (1999). *Pais/filhos em consulta psicoterapêutica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Mannarini, S., Balottin, L., Palmieri, A., & Carotenuto, F. (2018). Emotion regulation and parental bonding in families of adolescents with internalizing and externalizing symptoms. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-9. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01493.
- Merz, E.C, & McCall, R. B. (2010). Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(4), 459-470. doi: 10.1007/s10802-009-9383-4.
- Miller, P. A., & Eisenberg, N. (1988). The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 103(3), 324–344.
- O'Connor, T., Rutter, M., & English and Romanian Adoptees Study Team. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 703–712.

- O'Connor, T., Sonuga-Barke, E., Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Kreppner, J., Stevens, S. (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian Adoptees Study. *Child Development*, 77(3), 696-711. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00898.x.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018, setembro). *Adolescent mental health*. Retirado de [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health).
- Pechorro, P.S., Poiares, C.A., Vieira, R. X., Marôco, J., Nunes, C., & Jesus, S. N. (2014). Psychological and behavioral adjustment in female youths with high or low psychopathic traits. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 619-627. doi:10.1016/j.ijlp.2014.02.036.
- Pechorro, P. S., Vieira, D. N., Poiares, C. A., Vieira, R. X., Marôco, J., Neves, S., & Nunes, C. (2013). Psychopathy and behavior problems: a comparison of incarcerated male and female juvenile delinquents. *Journal of Law and Psychiatry*, 36, 18-22. doi:10.1016/j.ijlp.2012.11.003.
- Pilowsky, D. J., & Wu, L.T. (2006). Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*, 38, 351-358. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.06.014.
- Ridder, J., Pihet, S., Suter, M., & Caldara, R. (2016) Empathy in institutionalized adolescents with callous-unemotional traits: an ecological momentary assessment study of emotion recognition. *Criminal Justice and Behavior*, 43(5), 653-669. doi: 10.1177/0093854815618431.
- Rosenfeld, A. A., Pilowsky, D.J., Fine, P. Thorpe, M., Fein, E., Simms, M. D., et al. (1997). Foster care: an update. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36(4), 448-457.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(4), 549-571.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Save The Children (2016). *Arts based therapy for survivors of trauma and abuse in government and ngo-run children's homes for girls in delhi*. New-Delhi: Delhi State Programme Office.

- Sentse, M., & Laird, R.D. (2010). Parent–child relationships and dyadic friendship experiences as predictors of behavior problems in early adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6), 873–884. doi:10.1080/15374416.2010.517160.
- Shemmings, D., & Shemmings, Y. (2011). *Understanding Disorganised Attachment: Theory and Practice for Working with Children and Adults*. London and Philadelphia: Jessica Kingsely Publishers.
- Silva, C., Lemos, I., & Nunes, C. (2013). Acontecimentos de vida stressantes, psicopatologia e resiliência em adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(2), 348-355.
- Solomon, J., & Main, M. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In M. W. Yogman & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). New Jersey: Ablex Publishing Corporation Norwood.
- Solomon, J., & Main, M. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). Chicago: University of Chicago Press.
- Starr, R.H., MacLean, D.J., & Keating, D.P. (1991). Life-span developmental outcomes of child maltreatment. In R. Starr, & D.A. Wolfe (Eds.), *The effects of child abuse and neglect: Issues and research* (pp. 1-32). New York, NY: The Guilford Press.
- Strecht, P. (2003). *À margem do amor: notas sobre delinquência juvenil*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Tapia, L. M., & Bravo, L. G. (2002). Descripción de patrones de apego en menores institucionalizados con problemas conductuales. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 11(2), 75-92.
- Target, M., & Fonagy, P. (2002). Fathers in modern psychoanalysis and in society: the role of the father in child development. In J. Trowell, & A. Etchegoyen (Eds.), *The importance of fathers: a psychoanalytic re-evaluation* (pp. 45-66). New York, NY: Taylor & Francis.

- Vissing, Y. M., Straus, M. A., Gelles, R. J., Harrop, J. W. (1991). Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse & Neglect*, *15*, 223-238.
- Wade, M., Fox, N. A., Zeanah, C. H., & Nelson, C. A. (2018). Effect of foster care intervention on trajectories of general and specific psychopathology among children with histories of institutional rearing: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *75*(11), 1137-1145. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.2556.
- Weaver, C. M., Shaw, D.S., Crossan, J. L., Dishion, T. J., & Wilson, M. N. (2014). Parent-child conflict and early childhood adjustment in two-parent low-income families: parallel developmental processes. *Child Psychiatry Human Development*, *46*(1), 94-107. doi:10.1007/s10578-014-0455-5.
- Weymouth, B.B., Buehler, C., Zhou, N., & Henson, R. A. (2016). A meta-analysis of parent-adolescent conflict: disagreement, hostility, and youth maladjustment. *Journal of Family Theory & Review*, *8*, 95-112. doi: 10.1111/jftr.12126.
- Young, J. C., & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect*. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.03.008.
- Zhedunova, L. (1997). *Overcoming difficulties of socialization of orphaned children*. Yaroslavl, Russia: Yaroslavl State Pedagogical University Press.