

LÚCIA ANDRÉ DO CARMO BARRACOSA

*Acontecimentos negativos na infância,
problemas psicopatológicos e competências
percebidas de resiliência em adolescentes
institucionalizados*



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
2021

LÚCIA ANDRÉ DO CARMO BARRACOSA

*Acontecimentos negativos na infância,
problemas psicopatológicos e competências
percebidas de resiliência em adolescentes
institucionalizados*

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de
Professora Doutora Ida Lemos



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
2021

Acontecimentos negativos na infância, problemas psicopatológicos e competências percebidas de resiliência em adolescentes institucionalizados

Declaração de autoria de trabalho

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

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

Lúcia André do Carmo Barracosa

Direitos de Cópia ou Copyright

© **Copyright:** Lúcia André do Carmo Barracosa

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.

AGRADECIMENTOS

Antes de mais um profundo agradecimento à minha família, pai, mãe e irmã, pelo apoio incondicional e por nunca duvidarem que seria possível, mesmo com todas as dificuldades que foram surgindo pelo caminho.

À Professora Doutora Ida Lemos, por aceitar a orientação deste trabalho, pela partilha de conhecimentos e por todo o apoio dispensado.

À Professora Doutora Cátia Martins, pela preciosa ajuda, pela disponibilidade, atenção e simpatia, por ter sido incansável. Nunca terei palavras para agradecer o suficiente.

À Santa Casa da Misericórdia de Albufeira pela disponibilidade e confiança para a recolha de dados, mesmo que em tempo de pandemia isso tenha levantado dificuldades acrescidas.

Às minhas colegas de trabalho, Íris, Inês e Margarida, e à minha diretora, Dra Maria José, o meu agradecimento pelo apoio e reforço constantes e o meu pedido de desculpas pelos momentos de maior *stress* e mau feitio. Obrigada por me “aturarem” sempre de sorriso na cara.

À Catarina, por tudo. Pelo apoio, pela amizade, pela confiança. Por ser quem é e por ocupar o lugar que ocupa na minha vida.

Aos meus amigos, que ouvem, há meses, a mesma justificação para a minha ausência nos poucos momentos em que se juntam.

Ao Filipe, pela paciência, companheirismo, cumplicidade e dedicação. Por assumir as responsabilidades que eu, por falta de tempo (e por vezes de vontade) não consegui.

Ao melhor de mim, que está por chegar...

Resumo

A institucionalização pressupõe a exposição precoce a fatores de risco psicossocial que marcam o desenvolvimento das crianças, colocando-as numa situação de maior fragilidade emocional e suscetibilidade ao desenvolvimento de problemas psicopatológicos.

A presente investigação teve como objetivo principal comparar adolescentes com idades entre os 11 e os 22 anos, acolhidos em instituições (N=138) com adolescentes que residem com as suas famílias (N=91) em relação às competências de resiliência e a indicadores de psicopatologia. As relações entre essas variáveis e a perspetiva temporal dos adolescentes foram também estudadas. Nesse sentido foram aplicados os seguintes instrumentos: escala Healthy Kids Resilience Assesment Module (HKRAM- versão 6.0), Brief Symptom Inventory (BSI), o Inventário de Perspetiva Temporal e um questionário de dados sociodemográficos.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos relativamente à manifestação de sintomas psicopatológicos, com o grupo de adolescentes institucionalizados a revelar maior prevalência de sintomas de Somatização, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo. Relativamente à escala HKRAM, esta permitiu concluir que, no global, os adolescentes a viver em contexto institucional percebiam-se menos resilientes, comparativamente aos adolescentes em contexto familiar. Ao nível da perspetiva temporal, os adolescentes institucionalizados apresentaram pontuações mais elevadas nas escalas Orientação para o Futuro e Orientação para o Passado, comparativamente aos valores de referência para a população geral.

Atendendo às conclusões obtidas, salientamos a necessidade de uma melhor intervenção das instituições na promoção da saúde mental dos adolescentes, procurando otimizar os seus recursos de resiliência, de forma a permitir-lhes o melhor ajustamento possível. Reforça-se, no entanto, a premissa de que o acolhimento institucional, embora necessário para garantir os cuidados essenciais às crianças que deles estão privadas, não se constitui a melhor opção para um desenvolvimento equilibrado, devendo apostar-se em intervenções direcionadas às famílias em risco psicossocial, evitando medidas de institucionalização.

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

Abstract

Institutionalization presupposes early exposure to psychosocial risk factors that impact the development of children, placing them in a situation of greater emotional fragility and susceptibility to the development of psychopathological problems.

The main objective of the present study was to compare adolescents aged between 11 and 22 years old, living in institutions (N=138) with adolescents who live with their families (N=91) in relation to perceived resilience skills and indicators of psychopathology. The relationship between these variables and the time perspective of adolescents was also analysed. In this sense, the following instruments were applied: Healthy Kids Resilience Assessment Module (HKRAM), Brief Symptom Inventory (BSI), the Temporal Perspective Inventory and a sociodemographic data questionnaire.

According to the results obtained, it was verified the existence of significant differences between the two groups in psychopathological symptoms, with the group of institutionalized adolescents presenting a greater prevalence of symptoms of Somatization, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety and Psychoticism. Furthermore, the HKRAM scale allowed us to conclude that adolescents living in an institutional context perceived themselves as less resilient, compared to adolescents in a family context. In terms of time perspective, institutionalized adolescents scored higher on the Orientation for the Future and Orientation for the Past scales, compared to the reference values for the general population.

Given the conclusions obtained, we emphasize the need for a better intervention by institutions in promoting the mental health of adolescents, seeking to optimize their resilience resources, in order to allow them the best adjustment possible. However, it reinforces the premise that institutional care, although necessary to guarantee essential care for children who are deprived of it, is not the best option for balanced development, as a greater focus on interventions aimed at families in psychosocial risk can avoid institutionalization provisions.

Key-words: Adolescence; Institutionalization; Psychopathology; Resilience.

ÍNDICE

Introdução	1
I. Revisão da Literatura.....	3
1. Acontecimentos de Vida Negativos e Psicopatologia na Adolescência.....	4
2. Competências de Resiliência e Sintomatologia Psicopatológica	6
2.1 Competências de Resiliência Externa (fatores protetores externos)	7
2.2 Competências de Resiliência Interna (fatores protetores internos)	9
2.2.1 A influência da Perspetiva Temporal.....	11
3. Competências Percebidas de Resiliência e Relato de Psicopatologia em Adolescentes em Cuidados Residenciais	12
II. Estudo Empírico.....	15
1. Questões de Investigação e Objetivos do Estudo.....	16
2. Metodologia	17
2.1. Desenho do Estudo.....	17
2.2. Participantes	17
2.2.1. Características do grupo de adolescentes institucionalizados	17
2.2.2. Características do grupo de adolescentes não institucionalizados... 18	
3. Instrumentos.....	21
3.1. Questionário de Dados Sociodemográficos	21
3.2. <i>Healthy Kids Resilience Assessment Module</i> (HKRAM) – Versão 6.0.....	22
3.3. <i>Brief Symptom Inventory</i> – BSI	23
3.4. Inventário de Perspetiva Temporal.....	24
4. Procedimentos	25
4.1 Procedimento de recolha de dados	25
4.2 Procedimento de análise dos dados	25
III. Apresentação e Análise de Resultados.....	27
IV. Discussão	47
V. Conclusões e Limitações do Estudo	53
VII. Referências Bibliográficas	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes institucionalizados (n=138) e não institucionalizados (n = 91)	19
Tabela 2. Distribuição de adolescentes institucionalizados segundo os fatores de risco (n = 138).....	20
Tabela 3. Correlações de <i>Pearson</i> das variáveis sociodemográficas entre si (n = 229)..	28
Tabela 4. Correlações de <i>Pearson</i> entre variáveis sociodemográficas e competências de resiliência percebidas - HKRAM (n = 229)	29
Tabela 5. Correlações de <i>Pearson</i> entre as subescalas do HKRAM e as dimensões do BSI (n = 229).....	30
Tabela 6. Teste <i>t</i> para comparação de valores médios das competências de resiliência entre adolescentes institucionalizados (n = 138) e não institucionalizados (n = 91)	31
Tabela 7. Teste <i>t</i> para comparação de valores médios de competências de resiliência percebidas entre género feminino (n = 85) e masculino (n = 53), dentro do grupo de adolescentes institucionalizados (n = 138).....	32
Tabela 8. Teste <i>t</i> para comparação de valores médios de competências de resiliência percebidas entre adolescentes sem conflitos com a mãe (n = 27) e adolescentes com conflitos com a mãe (n = 43)	33
Tabela 9. Teste <i>t</i> para comparação de valores médios das competências de resiliência percebidas entre adolescentes sem conflitos com o pai (n = 22) e adolescentes com conflitos com o pai (n = 42).....	34
Tabela 10. Teste <i>t</i> para comparação de valores médios da Sintomatologia Psicopatológica entre adolescente institucionalizados (n = 138) e não institucionalizados (n = 91)	35
Tabela 11. Teste <i>t</i> para comparação de valores médios dos Sintomatologia Psicopatológica entre género feminino (n = 85) e masculino (n = 53), dentro do grupo de adolescentes institucionalizados (n = 138).....	36
Tabela 12. Teste <i>t</i> para comparação de valores médios da Sintomatologia Psicopatológica entre adolescentes sem conflitos com a mãe (n = 27) e com conflitos com a mãe (n = 43)	37
Tabela 13. Teste <i>t</i> para comparação de valores médios da Sintomatologia Psicopatológica entre adolescentes sem conflitos com o pai (n = 22) e com conflitos com o pai (n = 42)....	38

Tabela 14. Teste <i>t</i> para comparação de valores médios da Sintomatologia Psicopatológica entre adolescentes sem conflitos entre os pais (n = 20) e com conflitos entre os pais (n = 49).....	39
Tabela 15. Teste <i>t</i> para comparação de valores médios da Sintomatologia Psicopatológica entre adolescentes sem historial de maus-tratos (n = 130) e com historial de maus-tratos (n = 99).....	40
Tabela 16. Correlações de <i>Pearson</i> entre variáveis sociodemográficas e sintomatologia psicopatológica - BSI (n = 229).....	41
Tabela 17. Correlações de <i>Spearman</i> entre variáveis sociodemográficas e dimensões da Perspetiva Temporal (n = 20)	42
Tabela 18. Correlações de <i>Spearman</i> entre as dimensões do IPT, as subescalas do HKRAM e as dimensões com BSI (n = 20).....	43
Tabela 19. Teste de <i>Wilcoxon</i> para comparação de valores médios da amostra com valores médios de referência.....	44
Tabela 20. Regressão múltipla para verificação de competências de resiliência predictoras do Índice Geral de Sintomas	45
Tabela 21. Regressão múltipla para verificação de fatores de risco preditores do Índice Geral de Sintomas.....	46

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de grandes transformações e desafios, tanto a nível fisiológico, como a nível emocional e social. Por isso, é também um período de vida no qual se está mais exposto a riscos que podem ameaçar a saúde, o bem-estar e o equilíbrio psíquico.

Quando se fala de institucionalização, os desafios intrínsecos à adolescência ganham outra dimensão, uma vez que adolescentes institucionalizados representam um grupo de risco acrescido, devido aos fatores de risco a que estão expostos: parentalidade deficitária, experiência de maus-tratos, exposição prévia a vulnerabilidade socioeconómica, entre outros.

De acordo com Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento (2020), em 2019 existiam em Portugal mais de 7000 crianças/adolescentes em instituições. Assim, é imprescindível compreender as necessidades específicas desta população, a fim de lhes proporcionar o acompanhamento mais eficaz possível.

Sabe-se que as condições ambientais gerais apresentam um impacto significativo na manifestação de problemas emocionais, comportamentais, sociais ou educacionais. Assim, a complexa interação entre múltiplos de fatores, que podem ser considerados de risco ou proteção, vai determinar a adaptação (ou não) do indivíduo (Rutter, 2000).

Contudo, apesar da influência dos eventos de vida negativos na manifestação de problemas psicológicos posteriores, estima-se que mais de metade dos adolescentes categorizados como população de alto risco, encontram condições que lhes permitem uma trajetória de vida positiva, acabando por se tornar adultos competentes e bem-sucedidos (Werner & Smith, 1992, citados por Constatine, Benard & Diaz, 1999). Os padrões positivos de desenvolvimento em contextos de adversidade são descritos como “resiliência”. O conceito, amplamente estudado, traduz-se na capacidade de o indivíduo adaptar-se positivamente face a desafios significativos, que ameaçam o seu funcionamento ou desenvolvimento (Masten, 2018).

Deste modo, sendo os adolescentes institucionalizados um grupo da população com vulnerabilidade acrescida, consideramos pertinente entender quais as diferenças entre adolescentes institucionalizados e não institucionalizados quanto às competências de resiliência percebidas. Importa também analisar se os adolescentes em instituições manifestam maiores níveis de sintomatologia psicopatológica, comparativamente aos seus pares que vivem com as suas famílias.

A compreensão aprofundada acerca destas questões poderá ser a base para uma melhor adequação das instituições ao perfil das crianças/adolescentes. Além disso, poderá servir também para desenhar e desenvolver programas de promoção da Saúde Mental, que otimizem os recursos psicossociais desta população, promovendo um adequado ajustamento socioemocional.

Deste modo, a presente investigação tem como objetivo principal comparar um grupo de adolescentes institucionalizados com um grupo de adolescentes que vivem com as suas famílias, pretendendo-se analisar possíveis diferenças entre os dois grupos relativas à percepção de competências de resiliência e à manifestação de sintomatologia psicopatológica. Pretendemos ainda analisar um grupo de adolescentes institucionalizados relativamente às relações entre a presença de problemas psicopatológicos, as competências de resiliência percebidas e a sua perspetiva temporal.

A primeira parte do presente trabalho apresenta uma revisão da literatura, explicitando a relação entre os fatores que surgem na literatura como estando associados ao desenvolvimento e à manifestação de sintomas de psicopatologia - são estes os acontecimentos de vida negativos na infância, e a ausência ou presença de diversos recursos de resiliência ou fatores protetores. Segue-se a parte empírica do estudo com exposição dos objetivos, métodos e apresentação dos resultados. Por fim, apresentamos a discussão dos resultados e as principais conclusões obtidas nesta investigação.

I. Enquadramento Teórico

1. ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS E PSICOPATOLOGIA NA ADOLESCÊNCIA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, todos os anos, pelo menos 55 milhões de crianças na Europa sofrem alguma forma de violência física, sexual, emocional ou psicológica, acrescentando que “muitos casos de violência interpessoal não são notificados” e que o número total deve ser bem maior (OMS, 2020). Segundo as estimativas, das 204 milhões de crianças com menos de 18 anos, 9,6% sofrem exploração sexual, 22,9% são vítimas de abuso físico e 29,1% têm danos emocionais.

Em Portugal, de acordo com o relatório publicado em 2020, pela Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens (CPCJ), foram diagnosticadas 13 825 situações de crianças em risco e as problemáticas dominantes nos processos instaurados foram a negligência (34,5%), a violência doméstica (22,14%) e os comportamentos de perigo (20,96%). Embora com percentagem mais reduzida, neste relatório surgem também os maus-tratos físicos (2,64%) e o abuso psicológico (2,05%) (CPCJ, 2020).

A investigação tem apontado para uma influência significativa das condições ambientais gerais nos problemas emocionais, comportamentais, sociais e educacionais. Nesse sentido, considera-se que o desenvolvimento da psicopatologia resulta de uma interação complexa entre uma multiplicidade de fatores, que podem ser considerados como fatores de risco ou de proteção (Rutter, 2000).

Diversos estudos demonstram a existência de uma relação entre acontecimentos de vida adversos e a presença de psicopatologia na população geral. Por exemplo, Espejo, Hammen e Brennan (2013), num estudo com uma amostra de 653 adolescentes, entre os 15 e os 20 anos, concluíram que os acontecimentos de vida stressantes são fatores predisponentes para o desenvolvimento de depressão e de perturbações de ansiedade durante a adolescência e idade adulta. De acordo com Sobrinho e Campos (2016), a frequência de acontecimentos de vida negativos apresenta uma relação significativa com os níveis de depressão, bem como com o risco de suicídio na adolescência.

Entre os vários acontecimentos de vida negativos mais estudados encontra-se a violência doméstica/intrafamiliar. Num estudo longitudinal, com 1265 participantes, níveis elevados de exposição a violência conjugal estavam associados a uma percentagem de problemas de adaptação também elevada, tais como problemas de saúde mental, abuso de substâncias e comportamentos delinquentes. Os autores verificaram que as consequências da exposição à violência interparental diferiam em função da figura

agressora. Se, por um lado, a violência iniciada pelo pai se mostrou associada a manifestações de ansiedade, perturbações de comportamento e crime contra a propriedade, por outro lado, a violência iniciada pela mãe apresentou uma associação, ao risco de dependência de álcool (Fergusson & Horwood, 1998).

Também Lemos (2010) concluiu que adolescentes delinquentes, cujos pais apresentavam uma relação conflituosa revelavam um índice de sintomas psicopatológicos significativamente superiores aos dos adolescentes com pais sem conflitos aparentes. Silva e Dell'Aglio (2016) encontraram uma associação inversa entre a violência e o bem-estar subjetivo, com as raparigas a apresentar uma maior exposição a situações de violência intrafamiliar enquanto os rapazes apresentavam um maior índice de exposição a situações de violência extrafamiliar. Segundo os autores, as raparigas parecem ser mais vulneráveis à vitimização em ambiente doméstico, o que pode ser explicado por estereótipos de género relacionados com o processo de socialização (Silva & Dell'Aglio, 2016).

No mesmo sentido, e muitas vezes enquadrada na violência doméstica, a violência psicológica é considerada como um dos fatores que se encontra mais associado a problemas psicopatológicos. Avanci, Assis, Oliveira, Ferreira e Pesce (2007), num estudo com 1923 alunos entre os 10 e os 19 anos, concluíram que os adolescentes que viviam em situações em que alguém significativo desvalorizava as suas qualidades, capacidades, desejos e emoções, apresentam 4,17 vezes mais probabilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos em comparação com adolescentes que não passaram por situações semelhantes.

Se por um lado o clima familiar violento acarreta uma série de consequências graves à saúde mental das crianças e adolescentes, por outro, também o divórcio dos pais é apresentado como um fator que interfere negativamente no equilíbrio e bem-estar dos filhos. Por exemplo, Nabais e Ramos (2020) investigaram 540 crianças e verificaram que os menores que viviam só com a mãe revelavam uma maior prevalência de ideação suicida, comparativamente aos que viviam com ambas as figuras parentais. Por sua vez, Afifi e colaboradores (2020), concluíram que a separação dos pais aumenta de forma significativa a probabilidade de consumo excessivo de álcool e outras substâncias, durante a adolescência.

No que diz respeito às condições socioeconómicas, caso estas sejam desfavoráveis, podem representar um fator de risco acrescido. De acordo com Soares et al. (2016), os rendimentos familiares representam um papel relevante na ocorrência de acontecimentos

adversos. De acordo com os autores, existe uma maior probabilidade de experienciar acontecimentos de vida stressantes quando existe uma situação de pobreza. Uma investigação portuguesa, com uma amostra de 1181 participantes, entre os 8 e os 17 anos, verificou a existência de uma forte associação entre o estatuto socioeconómico e os níveis de bem-estar subjetivo. Concluiu-se que os participantes com um nível socioeconómico mais elevado apresentaram valores mais altos em relação ao bem-estar subjetivo, ao otimismo, à autoestima e à satisfação com o suporte social, comparativamente aos participantes de baixo nível socioeconómico (Gaspar & Balancho, 2017).

Segundo Rutter (1994) a presença simultânea de vários fatores/acontecimentos de vida negativos como os suprarreferidos e outros (e.g. a pertença a uma família numerosa, a história de criminalidade nos pais, existência de doença mental no principal cuidador) apresenta uma forte relação com a manifestação de transtornos psiquiátricos nos jovens. O impacto destes fatores é espelhado numa pesquisa onde se conclui que doentes com transtornos psiquiátricos têm significativamente menos probabilidade de remissão da doença se tiverem experienciado algum tipo de acontecimento negativo durante a infância (Ajnakina *et al.*, 2018).

Não obstante, as várias conclusões já alcançadas através da investigação revelam ser consensual que indivíduos com experiências de acontecimentos adversos na infância e adolescência, apresentam uma maior probabilidade de virem a desenvolver perturbações psicológicas. Desse modo, além do estudo dos fatores que propiciam o desenvolvimento da psicopatologia é também pertinente uma profunda compreensão dos fatores que promovem o equilíbrio e bem-estar do sujeito.

2. COMPETÊNCIAS DE RESILIÊNCIA E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA

Apesar da influência dos eventos de vida negativos nas manifestações de problemas psicológicos posteriores, existe uma alta prevalência de sujeitos que, mesmo expostos a múltiplos riscos acabam por encontrar condições que lhes possibilitam delinear uma trajetória de vida positiva. Pesquisas revelam que entre 50% a 70% de indivíduos categorizados na adolescência como população de alto risco acabam por se tornar adultos competentes, confiantes e cuidadosos, apontando assim para o forte poder preditivo dos fatores de proteção (Werner & Smith, 1992, citados por Constatine, Benard & Diaz, 1999).

De acordo com o modelo desenvolvido por Constantine, Benard e Diaz (1999) os recursos psicossociais, isto é, as competências de resiliência, podem ser divididos em recursos externos e internos (recursos psicológicos). Os recursos externos referem-se às características do ambiente no qual o indivíduo está inserido, isto é, experiências, relações, suporte e oportunidades proporcionadas pela família, escola, comunidade ou pares, que podem (ou não) ser promotoras de saúde. Por outro lado, os recursos internos consistem nas crenças, valores, competências e autopercepções que os adolescentes desenvolvem em resultado das suas experiências de vida.

Adolescentes que apresentam um maior número de recursos psicossociais (sejam externos ou internos), tendem a apresentar trajetórias de desenvolvimento mais positivas, tanto a nível comportamental e social, como a nível psicológico e emocional (Oman, Vesely, Aspy, & Tolma, 2015).

2.1 Competências de Resiliência Externa (fatores protetores externos)

Os recursos externos, ou fatores protetores, segundo o modelo de Constantine, Benard e Diaz (1999), encontram-se inseridos em três contextos principais: a família, a escola e a comunidade. No que diz respeito à família, é consensual que o envolvimento das figuras parentais ao nível da educação e desenvolvimento dos filhos é um bom preditor para um desenvolvimento positivo. Alguns estudos referem que a qualidade da relação entre pais e filhos apresenta impacto significativo na manifestação de problemas emocionais, comportamentais, sociais e educacionais (Chapple & Vaske, 2010; Souza, Baptista & Alves, 2008). No mesmo sentido, Sabbag e Bolsoni-Silva (2011) concluem que a existência de uma relação positiva entre mães e filhos se encontra negativamente correlacionada com problemas de comportamento internalizantes (problemas emocionais) e externalizantes (problemas comportamentais). Deste modo, sugerem que aspetos da interação entre as mães e os filhos estimulam as habilidades sociais dos mesmos, promovendo um melhor ajustamento social. Um estudo realizado por Weber (2017), com 1400 adolescentes, entre os 14 e os 17 anos, conclui que as práticas educativas apresentam uma relação direta com o comportamento antissocial, o uso de substâncias, os sintomas depressivos e a autoestima.

Além da relação positiva entre pais e filhos, a existência de uma relação pacífica entre as figuras parentais também se assume como um fator protetor para os adolescentes. Weber (2017) salienta que o clima familiar afetivo apresenta um efeito protetor

significativo, favorecendo um desenvolvimento saudável. De acordo com Morgado (2019), a percepção de harmonia no ambiente familiar apresenta correlações negativas e significativas com o comportamento antissocial dos adolescentes.

Apesar da família se apresentar como o primeiro e principal contexto de desenvolvimento e socialização na vida da criança, também o percurso escolar assume um papel preponderante no seu desenvolvimento. A relação entre (in)sucesso escolar e equilíbrio psicológico é recorrente na literatura. Avanci e colaboradores (2007) concluíram que adolescentes que não se sentem competentes na escola apresentam 2,45 vezes mais probabilidade de desenvolver problemas psicopatológicos. Nesse sentido, um estudo realizado por Marin, Borba e Bolsoni-Silva (2018) demonstra que adolescentes com retenções escolares revelam maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais, nomeadamente agressividade, do que adolescentes sem histórico de retenções.). Também Watts, Province e Toohy (2019) concluíram no seu estudo que alunos com uma boa adaptação escolar, isto é, sem historial de violência, rejeição por parte dos colegas, *bullying*, baixo rendimento académico ou outros fatores negativos ao nível do ambiente escolar, apresentam significativamente menores níveis de sintomas depressivos, quando comparados com estudantes que tenham vivenciado esse tipo de acontecimento negativos. Campos, Barbosa-Ducharne, Dias, Rodrigues, Martins e Leal (2019) apontam para que o desempenho académico se revela negativa e significativamente correlacionado com a depressão, os problemas de atenção e o comportamento de oposição.

O grupo de pares assume-se particularmente importante durante a adolescência. O estabelecimento de relações de amizade durante este período revela-se essencial para um saudável desenvolvimento (Freitas, Santos, Ribeiro, Pimenta & Rubin, 2018). Uma investigação com 242 adolescentes concluiu que quanto maior for a qualidade percebida das relações de amizade, menor a prevalência de problemas de comportamento e melhores os níveis de autoestima (Hiatt, Laursen, Mooney & Rubin, 2015). Em Portugal, um estudo realizado com 821 adolescentes demonstrou que a qualidade das amizades se encontra significativamente relacionada com o ajustamento social, nomeadamente ao nível do grupo de pares (Freitas et al., 2018).

De acordo com a literatura, também o nível socioeconómico tem influência significativa no percurso de vida dos sujeitos. A falta de recursos económicos está associada a maiores problemas de comportamento na adolescência, como perturbação de comportamento e oposição, perturbação de hiperatividade com défice de atenção e

sintomas depressivos (Bender & Losel, 1997). Por sua vez, Morgado (2019), num estudo com 314 participantes, comparou adolescentes da população geral com adolescentes institucionalizados por percurso delinvente. Assim, constatou que existe uma maior prevalência de comportamentos sociais gravosos em adolescentes provenientes de meios mais desfavorecidos.

Fatores protetores externos como as relações com outros adultos, a participação em programas com o grupo de pares e o suporte familiar são fortes preditores de experiências de afeto positivo (Soares, Pais-Ribeiro & Silva, 2020b). Além disso, os autores concluíram que a sensação de segurança nos contextos envolventes (em casa, na escola, na vizinhança e na comunidade) apresentam uma forte relação com a perceção de saúde dos adolescentes (Soares, Pais-Ribeiro & Silva, 2020a).

2.2 Competências de Resiliência Interna (fatores protetores internos)

A investigação tem vindo a demonstrar que as competências sociais no desenvolvimento da criança/adolescente apresentam uma correlação positiva com vários indicadores de funcionamento adaptativo.

Del Prette e Del Prette (2005) destacaram algumas habilidades sociais relevantes, nomeadamente o autocontrolo e expressividade emocional, a empatia, a assertividade, a capacidade de resolução de problemas interpessoais e as habilidades sociais académicas. Segundo os autores, a ausência de tais habilidades pode constituir-se como um sintoma de problemas psicológicos, classificados como problemas externalizantes (problemas comportamentais) e/ou internalizantes (problemas emocionais). No caso da empatia, segundo Mellor e Fun (2012) bons níveis de desta competência correlacionam-se positivamente com a resolução eficaz de conflitos e com a predisposição para o adolescente pedir perdão e perdoar. Um estudo com 800 adolescentes, verificou que níveis altos de empatia estão associados a comportamentos mais positivos e prossociais e a uma maior estabilidade emocional (Schoeps, Mónaco, Cotoli & MontoyaCastilla, 2020).

Por sua vez, a autoeficácia encontra-se também diretamente relacionada com indicadores de bem-estar individual dos adolescentes. Níveis elevados de autoeficácia estão associados a níveis mais altos de confiança, pensamento otimista e uma maior

regulação emocional, existindo uma relação com a adoção de comportamentos facilitadores na resolução de problemas (Bandura *et al.*, 1990).

Intimamente ligada a autoeficácia, a autoestima é também um dos fatores mais estudados da literatura. Zappe e Dell’Aglío (2016) salientaram que a autoestima tem influência no nível de satisfação de vida, na saúde mental e no envolvimento em comportamentos de risco. Uma investigação com 503 participantes, entre os 13 e os 19 anos, revelou uma correlação significativa entre a autoestima e a percepção de saúde dos adolescentes. Assim, de acordo com esta conclusão, quanto maior a autoestima, mais saudáveis os adolescentes se percebem (Soares, Pais-Ribeiro & Silva, 2020a). No mesmo sentido, os resultados do estudo de Avanci, Assis, Oliveira, Ferreira e Pesce (2007), demonstram que a baixa autoestima aumenta em cerca de sete vezes a probabilidade de apresentar transtornos psiquiátricos, comparativamente à alta autoestima.

A autoestima e a autoeficácia, bem como a capacidade de regulação emocional apresentam um impacto significativo ao nível do bem-estar psicológico (Akfirati, 2020). De acordo com os resultados de um estudo com 403 participantes, a autoestima, a autoeficácia, a desesperança e as estratégias cognitivas de regulação emocional apresentam uma forte e significativa capacidade preditiva do bem-estar psicológico, tanto consideradas individualmente quanto em grupo (Akfirati, 2020).

Um outro estudo referente aos fatores preditores de afeto positivo e negativo na adolescência concluiu que recursos internos como o poder pessoal, a autoestima, a capacidade de tomada de decisão, as competências interpessoais e o sentido de propósito se encontram significativamente correlacionados com a experiência de afeto positivo e negativo (Soares, Pais-Ribeiro & Silva, 2020b). Deste modo, quanto maior a percepção desses recursos, maior a probabilidade de experienciar afeto positivo e quanto menor a percepção dos recursos, maior a probabilidade de experienciar afeto negativo (Soares, Pais-Ribeiro & Silva, 2020b).

No que diz respeito ao estabelecimento de metas e objetivos futuros, Soares, Pais-Ribeiro e Silva (2020a) concluem na sua investigação que uma visão positiva do futuro se encontra significativamente relacionada com a percepção de saúde dos adolescentes. No mesmo sentido, Akfirati (2020) revela que a desesperança apresenta uma relação significativa com o bem-estar psicológico. Assim, níveis altos de desesperança levam à diminuição dos níveis de bem-estar psicológico, revelando também diminuir os índices de autoestima, autoeficácia e da capacidade de regulação emocional (Akfirati, 2020).

2.2.1 A influência da Perspetiva Temporal

Segundo Lewin (1951, 1997, citado por Janeiro & Veiga, 2014), a perspetiva temporal exerce uma influência determinante nas ações, emoções e moral dos indivíduos e pode ser entendida como a perceção do sujeito relativamente ao seu futuro, presente e ao seu passado psicológico.

Alguns autores defendem que a perspetiva temporal do individuo influi de forma significativa na motivação e no desempenho académico. Por exemplo, Ortuño, Paixão e Janeiro (2013), referiram que alunos com notas mais elevadas apresentam valores mais elevados nas dimensões de Passado Positivo e de Futuro, enquanto jovens com menor aproveitamento demonstram valores mais altos na perspetiva temporal de Passado Negativo e Presente Fatalista. Janeiro e Veiga (2014), através de um estudo com 685 alunos, concluíram também a existência de fortes relações entre a escala Orientação para o Futuro e o envolvimento dos alunos na escola. Verificaram também que a escala Visão Ansiosa de Futuro apresentava correlações negativas com a componente afetiva e comportamental do envolvimento dos alunos na escola.

A ausência de expectativas positivas nos adolescentes influi na sua saúde e bem-estar (Prince et al., 2016), aumentando a probabilidade de se envolverem em vários comportamentos de risco (Lens, Paixão, Herrera, & Grobler, 2012). Também Rodrigues (2019) verificou a existência de uma relação entre cada dimensão da perspetiva temporal e o envolvimento em comportamentos de risco, sendo que adolescentes mais orientados para o futuro revelam menor envolvimento em comportamentos problemáticos e adolescentes mais orientados para o passado negativo apresentam maior probabilidade de condutas de risco.

No que se refere aos jovens institucionalizados, Lima (2013, citado por Rodrigues, 2019) verificou que os adolescentes portugueses em acolhimento residencial tendiam a centrar os seus projetos para o futuro em fatores que lhes assegurassem as condições básicas de subsistência (e.g. ter um emprego, ter uma casa), revelando dificuldades em delinear o seu futuro ao nível de outras dimensões da vida.

Alguns estudos sobre a perspetiva temporal têm procurado perceber se os jovens institucionalizados apresentam uma orientação preferencial para uma ou mais dimensões temporais (passado, presente e futuro), comparativamente a adolescentes em contexto familiar. Assim, as investigações apontam para uma maior orientação dos adolescentes

em acolhimento residencial para um passado negativo, bem como uma maior percepção de presente fatalista e hedonista (Morsanyi & Fogarasi, 2014; Rodrigues, 2019).

3. COMPETÊNCIAS PERCEBIDAS DE RESILIÊNCIA E RELATO DE PSICOPATOLOGIA EM ADOLESCENTES EM CUIDADOS RESIDENCIAIS

A literatura é consistente quanto ao facto de que a prevalência de problemas emocionais, sociais e comportamentais em crianças e jovens institucionalizados é consideravelmente maior do que na população em geral (Campos *et. al.*, 2019). Além disso, sabe-se que um dos principais fatores que contribuem para a institucionalização de crianças e adolescentes se encontra relacionado com a negligência parental e/ou problemas ao nível da parentalidade. Assim, pode dizer-se que crianças e adolescentes institucionalizados apresentam maior experiência de acontecimentos de vida negativos, quer em termos de frequência, quer em termos de impacto, nomeadamente ao nível da experiência de clima familiar adverso (Abrantes, 2020). Vorria *et al.* (1998 a & b) compararam o comportamento de crianças institucionalizadas por questões económicas (sem histórico de adversidades graves) e crianças institucionalizadas após situações de desagregação familiar ou situações semelhantes. O último grupo demonstrou maior prevalência de dificuldades emocionais e comportamentais quando comparados com a população em geral e o primeiro grupo não diferiu dos valores da população geral.

A relação entre a institucionalização e sintomatologia depressiva é comum na literatura. Abrantes (2020), ao comparar grupos de adolescentes institucionalizados e não institucionalizados, apurou que os primeiros apresentam maior prevalência de sintomas depressivos, cuja severidade varia entre sintomas ligeiros a severos. Contudo, existem ainda outros sintomas que surgem associados a crianças/adolescentes institucionalizados. Por um lado, o género feminino apresenta índices mais elevados de problemas de ansiedade, depressão, queixas somáticas e problemas ao nível do pensamento e da atenção (Campos *et. al.*, 2019). Por outro lado, o género masculino revela maior prevalência de problemas comportamentais, como por exemplo comportamentos de oposição (Campos *et. al.*, 2019). Zappe e Dell'Aglio (2016) concluíram que adolescentes institucionalizados apresentam significativamente maior prevalência de comportamentos de risco (i.e. comportamentos sexuais de risco, abuso de substâncias e comportamento suicida), comparativamente a adolescentes em contexto familiar.

Adolescentes institucionalizados apresentam também um perfil diferente ao nível do desenvolvimento de competências sociais e emocionais. Um estudo com 135 adolescentes portugueses, estudou a autoperceção de habilidades sociais de adolescentes em acolhimento residencial, adolescentes adotados e adolescentes a residir com a família de origem. Conclui-se que, comparativamente aos restantes grupos, os adolescentes institucionalizados apresentaram valores mais baixos de cooperação, assertividade, responsabilidade, empatia e envolvimento (Barroso, Barbosa-Ducharne, Cruz & Silva, 2018).

No que se refere ao apoio social e à relação com o grupo de pares, Abrantes (2020) refere que adolescentes institucionalizados têm uma perceção de apoio social menos positiva, sentindo-se também menos aceites pelo grupo de pares, quando comparados com adolescentes não institucionalizados. Um estudo de Santos e Salvador (2017) conclui que adolescentes institucionalizados apresentam níveis significativamente mais altos de autocritica, percecionando-se como pessoas detestáveis e sem valor, apresentando por isso níveis de autoestima consideravelmente mais baixos (Zappe & Dell’Aglia, 2016) em relação a adolescentes em contexto familiar.

Ao nível do percurso escolar também se encontram diferenças entre adolescentes institucionalizados e não institucionalizados, sendo que os primeiros apresentam um aproveitamento menos positivo (Campos *et. al.*, 2019) e uma pior perceção da sua relação com a escola, bem como níveis de expectativas de futuro mais baixas (Zappe & Dell’Aglia, 2016).

Considerando os muitos estudos que demonstram que a institucionalização se constitui como um fator de risco, tem existido, dentro do contexto institucional, o investimento na promoção de fatores protetores, que contribuam para o ajustamento e equilíbrio das crianças e adolescentes. Campos *et. al.* (2019) sugerem que adolescentes institucionalizados revelam significativamente maior participação em atividades desportivas e lúdicas, quando comparados a adolescentes que vivem com as famílias. Segundo os autores, a participação nessas atividades apresenta uma correlação negativa e significativa com comportamentos de oposição e problemas externalizantes. Também ao nível das tarefas domésticas os jovens institucionalizados apresentam uma diferença significativa, revelando uma maior execução de tarefas domésticas do que os seus pares em contexto familiar. Os autores constataram uma correlação negativa entre a realização de tarefas domésticas e o comportamento de oposição, bem como com o comportamento agressivo e problemas externalizantes. Assim, constata-se o papel da instituição na

promoção da responsabilidade, permitindo aos jovens desenvolver determinadas habilidades.

Ainda no se refere aos fatores de proteção em contexto institucional, os cuidadores da instituição assumem um papel de destaque no desenvolvimento dos jovens. De acordo com o relato de alguns adolescentes institucionalizados, muitas vezes é na instituição que encontram compreensão e respeito pelas suas histórias individuais, estabelecendo vínculos afetivos e experienciando sentimentos de proteção (Rodarte, Carlos, Leite, Beserra, Oliveira & Ferriani, 2015). Para os adolescentes institucionalizados, os cuidadores da instituição constituem-se como uma das suas principais fontes de apoio social e afetivo (Siqueira, Betts & Dell'Aglio, 2006). Segundo um estudo de Mota e Matos (2010) com 109 adolescentes institucionalizados, a qualidade da relação estabelecida com os cuidadores da instituição apresenta um efeito positivo nas competências de autocontrolo e de resolução de problemas, potenciando o desenvolvimento de capacidades ao nível da regulação emocional e da integração social. De acordo com Cordovil, Crujo, Vilariça e Caldeira (2011), a existência de relações positivas no contexto da instituição promove o desenvolvimento da autoestima e sentimentos de valorização e aceitação.

Contudo, embora a medida de institucionalização deva providenciar cuidados e proteção à criança/adolescente, a sua função não substitui, de forma alguma, a função da família. Considerando que a manutenção de laços familiares é uma referência imprescindível para o desenvolvimento psicológico e social (Martins, Ferriani, Silva, Zahr, Arone & Roque, 2007), o clima familiar adverso e as más relações familiares marcam o seu desenvolvimento destas crianças, deixando sequelas permanentes.

Nesta ordem de ideias, importa estudar os adolescentes em situação de medida de cuidado residencial ao nível da manifestação de sintomatologia psicopatológica assim como das suas competências percebidas de resiliência, comparando-os com um grupo de adolescentes que vivem com as suas famílias, de modo a perceber melhor as necessidades destes jovens.

II. Estudio Empírico

1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO

O presente estudo pretende comparar jovens institucionalizados com jovens não institucionalizados quanto à sintomatologia psicopatológica manifestada e às competências de resiliência percebidas.

Assim, colocam-se as seguintes questões de investigação:

- Os adolescentes em situação de institucionalização apresentam significativamente mais sintomatologia psicopatológica e menos competências de resiliência do que os adolescentes que vivem em contexto familiar?

- A perspectiva temporal apresenta influência significativa sobre a manifestação de psicopatologia ou as competências de resiliência percebidas nos adolescentes institucionalizados?

Para responder a estas questões de investigação foram estabelecidos os seguintes objetivos:

Objetivos gerais do estudo

a) Analisar eventuais relações entre sintomatologia psicopatológica, acontecimentos de vida negativos vivenciados na infância e um conjunto de recursos psicológicos e sociais percebidos (resiliência interna) num grupo de adolescentes institucionalizados.

b) Comparar o grupo de adolescentes institucionalizados com adolescentes que residem em contexto familiar relativamente às competências de resiliência percebidas e ao relato de sintomatologia psicopatológica.

c) Estudar a relação entre a perspectiva temporal, a manifestação de sintomatologia psicopatológica e recursos psicológicos e sociais percebidos num grupo de adolescentes institucionalizados.

De acordo com a revisão da literatura espera-se que os adolescentes institucionalizados apresentem significativamente mais sintomatologia psicopatológica e ainda se percebam como menos resilientes, por comparação com os adolescentes não institucionalizados. Relativamente à perspectiva temporal, espera-se verificar uma tendência mais acentuada para o passado nos adolescentes institucionalizados.

2. METODOLOGIA

2.1 Desenho do Estudo

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

2.2 Participantes:

Participaram no estudo um total de 229 adolescentes de ambos os sexos (176 do sexo feminino [76,9%]; 53 do sexo masculino [23,1%]). Encontravam-se institucionalizados 138 participantes (60,3%) e 91 participantes (49,7%) pertenciam à população geral. A amostra foi categorizada segundo dois grupos – um grupo de adolescentes institucionalizados e um grupo da população geral, a residir com as suas famílias (grupo de comparação).

As participantes pertenciam à região do Algarve, de cinco Centros de Acolhimento Temporário e Lares de Infância e Juventude dos concelhos de Tavira, Portimão, Faro e Albufeira (adolescentes institucionalizados) e de duas escolas públicas do conselho de Portimão (adolescentes não institucionalizadas). Como critérios de exclusão considerou-se a presença de incapacidade cognitiva ou sensorial que impossibilitasse a compreensão dos itens ou questões nos instrumentos selecionados para a recolha da informação pretendida.

2.2.1 Características gerais do grupo de adolescentes institucionalizados

O grupo de adolescentes institucionalizados foi constituído por 138 adolescentes, dos quais 85 eram do sexo feminino (61,6%) e 53 do sexo masculino (38,4%), com média de idades de 15,12 (Tabela 1). Relativamente à idade máxima incluída neste estudo (22 anos) importa referir que, embora se trate de um estudo com adolescentes, o conceito de “adolescência” é controverso, existindo várias perspetivas quanto à idade limite desse período. Se por um lado a Organização Mundial de Saúde estipula a adolescência entre os 10 e os 19 anos, por outro lado, a Organização das Nações Unidas considera adolescentes os que tiverem idades compreendidas entre 15 e 24 anos de idade. Na presente investigação optou-se por considerar os dois participantes com idades acima dos

20 anos devido ao seu perfil individual de desenvolvimento não corresponder à idade cronológica.

No que diz respeito à estrutura familiar, verifica-se que 54,3% dos adolescentes institucionalizados provêm de famílias monoparentais, 23,2% de famílias intactas e 6,5% de famílias com recasamentos (Tabela 1).

Relativamente às habilitações literárias, 34 adolescentes (24,6%) frequentavam o 2º ciclo, 36 frequentavam o 3º ciclo (26,1%) e 15 o ensino secundário (10,9%). Quase metade da amostra (49,3%) dos adolescentes institucionalizados apresentavam reprovações escolares (Tabela 1).

No que diz respeito a fatores de risco ao longo do seu desenvolvimento, 63% do grupo de adolescentes institucionalizados apresenta dificuldades de aprendizagem, 18,1% apresentaram problemas de comportamento na infância e 14,5% revelam diagnóstico psicopatológico. Ao nível dos comportamentos de risco, 8% revela ter consumo abusivo de drogas, 2,2% apresenta antecedentes criminais e 15,2% apresenta fugas de casa (Tabela 2)

Do total de participantes institucionalizados, 71% revelam ter sido vítimas de maus-tratos, sendo que 70,4% dos adolescentes foram vítimas de negligência, apresentando-se esta como a situação mais recorrente (Tabela 1).

2.2.2 Caraterísticas gerais do grupo de adolescentes não institucionalizados

O grupo de adolescentes não institucionalizados foi constituído por 91 adolescentes do sexo feminino, com idade compreendidas entre os 12 e os 19 anos. Do total de participantes 44 frequentavam o 3º ciclo de escolaridade (48,4%) e 47 frequentavam o ensino secundário (51,6%). Constatou-se que 71% das adolescentes nunca enfrentaram reprovações escolares (Tabela 1).

No que diz respeito à sua estrutura familiar, o grupo de adolescentes não institucionalizados provinha, maioritariamente de famílias intactas (58,2%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes institucionalizados (n=138) e não institucionalizados (n = 91)

Participantes institucionalizados		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>
Sexo	Feminino	85	61,6%		
	Masculino	53	38,4%		
Idade				15.12 (2.03)	11-22
Estrutura Familiar	Intacta	32	23,2%		
	Monoparental	75	54,3%		
	Recasamento	9	6,5%		
Escolaridade	2º ciclo	34	24,6%		
	3º ciclo	36	26,1%		
	Ensino Secundário	15	10,9%		
Reprovações escolares	Não	21	15,2%		
	Sim	68	49,3%		
Participantes não institucionalizados					
Sexo	Feminino	91	100%		
	Masculino	0	0%		
Idade				15.35 (2.03)	12-19
Estrutura Familiar	Intacta	53	58,2%		
	Monoparental	23	25,3%		
	Recasamento	14	15,4%		
Escolaridade	3º ciclo	44	48,4%		
	Ensino Secundário	47	51,6%		
Reprovações escolares	Não	71	78%		
	Sim	20	22%		

Tabela 2. Distribuição de adolescentes institucionalizados segundo os fatores de risco (n = 138)

Fatores de Risco		<i>f</i>	%	
Dificuldades de Aprendizagem	Não	44	31,9%	
	Sim	87	63%	
Problemas de Comportamentos na Infância	Não	104	75,4%	
	Sim	25	18,1%	
Diagnóstico Psicopatológicos	Não	109	79%	
	Sim	20	14,5%	
Comportamentos de Risco	Abuso de drogas	Não	120	87%
		Sim	11	8%
	Antecedentes criminais	Não	129	93,5%
		Sim	3	2,2%
	Fugas de casa	Não	110	79,7%
		Sim	21	15,2%
Tipo de Maltrato	Maus-Tratos	Não	35	25,4%
		Sim	98	71%
	Negligência	69	70,4%	
	Abuso Físico	7	7,1%	
	Abuso Sexual	5	5,1%	
	Negligência e Abuso Físico	10	10,2%	
Negligência e Abuso Sexual	7	7,1%		

3. INSTRUMENTOS

3.1 Questionário de Dados Sociodemográficos

Foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos, adaptado de Lemos (2015) para recolher dados relativos à identificação dos participantes (género, idade, nacionalidade, estrutura familiar), informações relacionadas com a institucionalização (idade na altura da institucionalização e tempo de permanência na instituição) e dados escolares (ano de escolaridade, número de reprovações, motivação face à escola, dificuldades de aprendizagem).

O questionário permitiu também recolher dados referentes ao envolvimento e disciplina parental, bem como a existência de conflitos intrafamiliares, à situação de saúde dos participantes (a existência de diagnóstico psicopatológico, de doença física, sensorial ou mental), bem como o historial relativamente a abuso de substâncias. Foram recolhidas informações relativas a maus-tratos e historial de problemas de comportamento na infância e fugas de casa ou escola.

Para efeitos de tratamento estatístico, o indicador de risco foi calculado mediante somatório das variáveis associadas a esses mesmos riscos. Deste modo, o indicador “Risco Escola” é constituído pelas variáveis “reprovações”, “motivação”, “dificuldades de aprendizagem” e “fugas à escola”. Considerando que todas as variáveis são dicotómicas a pontuação pode variar entre 0 e 4. O indicador “Risco Família” é composto pelas variáveis “monoparentalidade”, “institucionalização”, “condições sanitárias”, “maus-tratos”, “nível socioeconómico”, podendo a pontuação variar entre 0 e 6. O indicador “Risco História Pessoal” é constituído pelas variáveis “antecedentes criminais”, “abuso de drogas”, “diagnóstico psicopatológico” e “problemas de comportamento”, variando a pontuação entre 0 e 4. Por fim, o indicador “Risco Parentalidade” é composto por “envolvimento parental”, “disciplina parental”, “conflito com o pai”, “conflito com a mãe”, “conflito entre os pais”, com a pontuação a oscilar entre 0 e 5.

Deste modo, quanto mais elevados os valores em cada fator maior o risco que o sujeito apresenta.

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

O HKRAM foi criado inicialmente para aplicação em escolas secundárias, sendo um módulo opcional do California Healthy Kids Survey.

O objetivo principal é o de compreender a resiliência enquanto construto, avaliando uma variedade de recursos internos e externos associados ao desenvolvimento positivo dos adolescentes (Constantine & Benard, 2001). No presente estudo foi utilizada a adaptação portuguesa de Martins (2005).

A HKRAM possui 58 itens, organizados em três escalas: Recursos Externos (31 itens), Recursos Internos (18 itens) e *Response-set Breakers* (7 itens). Tendo em conta os objetivos do presente estudo foi utilizada apenas a escala Resiliência Interna.

Trata-se de um questionário de autorresposta com uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, no qual o participante deverá assinalar o seu grau de concordância com cada um dos itens (Discordo totalmente – A; Discordo – B; Concordo – C; Concordo Totalmente – D).

A escala recursos internos (resiliência interna) é composta por um conjunto de subescalas que avaliam as seguintes competências individuais percebidas pelo adolescente: cooperação e comunicação, autoeficácia, empatia, resolução de problemas, autoconsciência e metas e aspirações. Segundo a conceção teórica que teve por base o HKRAM os recursos internos são vistos como consequências da satisfação das necessidades humanas básicas, sendo estas uma consequência da existência dos recursos externos expressos acima (Constantine, Benard, & Diaz, 1999).

As cotações obtidas em cada subescala são somadas e divididas pelo seu número obtendo-se um total de resiliência nos fatores internos.

No que respeita às características psicométricas, tanto o instrumento original (Constantine, & Bernard, 1999) como a versão portuguesa (Martins, 2005) apresentam boa consistência interna, .94 e .9313, respetivamente.

Quanto ao coeficiente *Alpha de Cronbach* para o conjunto dos recursos internos, a versão portuguesa apresentou valores de .84 e a escala original obteve .81.

3.3 *Brief Symptom Inventory* – BSI (adaptação Portuguesa)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory* - BSI), desenvolvido por Derogatis em 1982 e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999), tem como finalidade avaliar a sintomatologia psicopatológica do sujeito. Trata-se de uma versão reduzida da *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL90-R), com 53 itens, em que os sujeitos devem classificar a frequência em que determinado sintoma os afetou durante a última semana, numa escala do tipo Likert que varia entre Nunca (0) e Muitíssimas Vezes (4).

São avaliados sintomas psicopatológicos, tendo por base nove dimensões de sintomatologia: somatização (7 itens: “Desmaios ou tonturas”; $\alpha = .68$), obsessões/compulsões (6 itens: “Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes; ”; $\alpha = .68$), sensibilidade interpessoal (4 itens: “Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos”; $\alpha = .76$), depressão (6 itens: “Pensamentos de acabar com a vida”; $\alpha = .77$), ansiedade (6 itens: “Nervosismo ou tensão interior”; $\alpha = .76$), hostilidade (5 itens: “Aborrecer-se ou irritar-se facilmente”; $\alpha = .72$), ansiedade fóbica (5 itens: “Medo na rua ou praças públicas”; $\alpha = .72$), ideação paranoide (5 itens: “Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos teus problemas”; $\alpha = .62$), psicoticismo (5 itens: “Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os teus pensamentos”; $\alpha = .68$) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e Índice de Sintomas Positivos – ISP). A pontuação prevista pelos autores é atribuída a cada uma das dimensões e aos três índices gerais, contudo, no presente estudo, além das dimensões, apenas será calculado o Índice Geral de Sintomas.

Quanto maior for o valor alcançado maior a manifestação do sintoma em causa. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações auferidas nas nove dimensões fornece informações sobre o tipo de sintomatologia que predominantemente perturba o indivíduo. A simples leitura dos três índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomas psicopatológicos apresentados pelos sujeitos (Canavarro, 2007).

3.4 Inventário de Perspetiva Temporal

O Inventário de Perspetiva Temporal (IPT) tomou como ponto de partida o estudo prévio da adaptação portuguesa da *Long-Term Personal Direction Scale* (Wessman, 1973; Marko & Savickas, 1998, citados por Janeiro, 2012).

O questionário está organizado em quatro escalas: três relacionadas com as zonas de orientação temporal e uma com uma visão negativa ou ansiosa do futuro. Assim, as três escalas de orientação temporal são: orientação para o futuro, orientação para o presente, orientação para o passado. As respostas são assinaladas numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, de acordo com o grau de concordância com a frase, onde “1” corresponde a discordo completamente e “7” corresponde a concordo totalmente.

A escala de Orientação para o Futuro é composta por dezasseis itens, distribuídos pelas várias dimensões da perspetiva temporal de futuro: a extensão temporal, densidade, clareza, continuidade e otimismo. Cada dimensão tem três itens, uns com formulação positiva e outros com formulação negativa. Para efeitos de cálculo dos resultados adiciona-se o somatório do inverso dos itens com formulação negativa ao somatório dos itens com formulação positiva (Janeiro, 2012).

A escala de Orientação para o Presente é composta por 8 itens que têm formulações quer com uma conotação positiva (frases iniciadas com palavras do tipo Gosto, Penso) quer com uma conotação negativa (Não gosto, Não penso). Cinco destes itens pretendem estimar a componente cognitiva da atitude em relação ao presente (frases iniciadas com as palavras Penso, Mantenho) e três sugerem uma dimensão afetiva (frases do tipo Gosto ou Prefiro) (Janeiro, 2012).

A escala Orientação para o Passado é constituída por quatro itens, dois dos quais formulados de modo a induzirem uma apreciação cognitiva da atitude em relação ao passado (frases iniciadas com Penso) e outros dois a componente afetiva (frases iniciadas com a palavra Gosto) (Janeiro, 2012).

A análise das características psicométricas do inventário mostrou índices de consistência interna adequados para três das quatro escalas propostas (futuro [0.86], presente [0.75] e visão negativa do futuro [0.70]) e índices menos satisfatórios para a escala Orientação para o Passado (0.51) (Janeiro, 2012).

4. PROCEDIMENTOS

4.1 Procedimento de recolha de dados

De modo a recolher os dados referentes aos adolescentes institucionalizados, foram realizados pedidos de autorização aos Centros de Acolhimento Temporário e Lares de Infância e Juventude. Para a recolha dos dados em contexto escolar foi realizado o pedido de autorização ao Diretor do Agrupamento de Escolas.

O questionário de dados sociodemográficos dos adolescentes institucionalizados foi preenchido por um elemento da equipa técnica da instituição, devido à natureza das questões sobre a situação pessoal e familiar dos menores. Os restantes instrumentos foram aplicados pela investigadora e preenchidos pelos próprios adolescentes, conforme a sua disponibilidade.

Relativamente aos questionários aplicados em contexto escolar, estes foram aplicados aos alunos mediante autorização dos encarregados de educação, através de consentimento informado devidamente assinado. A aplicação dos instrumentos foi efetuada pelo investigador em contexto de sala de aula.

Nos dois grupos de participantes (adolescentes institucionalizados e não institucionalizados) foi explicado que a participação no estudo seria voluntária e que, caso assim o entendessem, poderiam abandonar o estudo a qualquer momento.

4.2 Procedimento de análise de dados

Para tratamento de dados foi utilizado o programa de análise estatística IBM-SPSS Statistics 26. Fez-se inicialmente uma caracterização da amostra de acordo com características sociodemográficas, utilizando para isso procedimentos de estatística descritiva (frequências, média aritmética, desvio-padrão) para um conhecimento detalhado das variáveis em estudo.

Após verificação da existência de valores omissos procedeu-se à sua substituição pela média da variável em questão. Além disso, verificou-se também a consistência interna dos vários instrumentos utilizados.

Para realizar a comparação entre os grupos de participantes institucionalizados e não institucionalizados recorreu-se a metodologias de comparação de grupos, com testes

paramétricos (*Independent Sample T-Test*) e posterior verificação da magnitude de efeito (*GPower*). Sempre que não se cumpriu o critério de homogeneidade de variâncias, a análise foi feita recorrendo à versão corrigida (Teste de *Welsch*).

Para estudar a associação entre as diferentes variáveis em estudo (recursos psicossociais, sintomatologia psicopatológica e perspectiva temporal) recorreu-se aos coeficientes de correlação de *Pearson* e de *Spearman*, consoante o tamanho das amostras.

Para todas as análises relativas à perspectiva temporal foram considerados apenas 20 participantes, pois apenas esses responderam ao instrumento de medida para essa variável.

III. Apresentação e Análise de Resultados

RESULTADOS

Apresentam-se, de seguida, os resultados encontrados através da análise estatística, com base nos objetivos definidos.

1. Relações entre variáveis sociodemográficas, as competências de resiliência percebidas e a sintomatologia psicopatológica.

Analísaram-se as relações entre as diferentes variáveis sociodemográficas, bem como as suas relações com os restantes instrumentos.

Tabela 3. Correlações de *Pearson* das variáveis sociodemográficas entre si (n = 229).

	Sexo	Idade	Risco Escola	Risco Família	Risco História Pessoal
Idade	,04	-			
Risco Escolar	,38**	,00	-		
Risco Familiar	,56**	,11	,26	-	
Risco História Pessoal	,01	,09	,10	-,11	-
Risco Parentalidade	-,03	-,283*	,20	-,16	,12

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

Verificou-se a existência de uma correlação significativa entre o risco escolar e o sexo ($r = .38$, $p = .001$), sugerindo que ser do sexo masculino está associado a um indicador de risco escolar mais elevado. O mesmo acontece com o risco familiar ($r = .55$, $p = .000$), onde os rapazes apresentam significativamente mais fatores de risco.

Os fatores de risco associados à parentalidade (envolvimento parental, disciplina parental, conflitos com pai/mãe, conflito entre os pais) apresentam uma correlação negativa com a idade ($r = -.28$, $p = .011$), sugerindo-se assim que quanto mais novos forem os filhos maiores são os riscos ao nível da parentalidade.

A tabela 4 apresenta as correlações encontradas entre as variáveis sociodemográficas do grupo de adolescentes institucionalizados e os as competências de resiliência percebidas.

Tabela 4. Correlações de *Pearson* entre variáveis sociodemográficas e competências de resiliência percebidas - HKRAM (n = 229).

	Sexo	Idade	Risco Escola	Risco Família	Risco História Pessoal	Risco Parentalidade
Cooperação e comunicação	-,19**	-0,10	-0,15	-0,04	0,03	0,11
Autoeficácia	-0,01	0,06	-0,17	-0,06	0,10	-0,06
Empatia	-,29**	0,02	-0,21	-0,19	0,09	-0,02
Resolução de Problemas	-,20**	-0,09	-0,08	0,03	-0,07	0,04
Autoconsciência	-0,06	-0,03	-0,13	-0,23	0,04	-0,09
Metas e Aspirações	-,40**	-0,03	-,37**	-0,26	0,00	-0,10
Total Recursos Internos	-,37**	-0,01	-0,19	-0,19	0,04	-0,02

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

No que concerne aos às competências de resiliência percebidas, verificou-se uma correlação significativa entre as dimensões Cooperação e Comunicação ($r = -.19$, $p = .003$), Empatia ($r = -.29$, $p = .000$), Resolução de Problemas ($r = -.20$, $p = .003$) e Metas e Aspirações ($r = -.40$, $p = .000$) em função do sexo. Assim, os resultados indicam que as raparigas se apresentam como mais cooperantes e comunicativas, mais empáticas, com maior capacidade de resolução de problemas e com maiores níveis de metas e aspirações, comparativamente aos rapazes. Deste modo, maiores níveis de recursos internos, ou seja, maior percepção de competências de resiliência, apresentam-se significativamente correlacionados ao sexo feminino ($r = -.37$, $p = .000$), revelando assim que as raparigas se percebem como mais resilientes.

Verificou-se ainda uma correlação negativa entre a dimensão Metas e Aspirações e o fator Risco Escola ($r = -.37$, $p = .001$), indicando assim que quanto maior for o risco que o jovem apresenta em termos de percurso escolar (i.e. dificuldades de aprendizagem, reprovações, fugas à escola) menor o seu nível de metas e aspirações.

Procurou-se analisar as relações entre as dimensões da escala de recursos psicossociais percebidos e o inventário de sintomatologia psicopatológica. A tabela 5 demonstra as correlações encontradas.

Tabela 5. Correlações de *Pearson* entre as subescalas do HKRAM e as dimensões do BSI (n = 229).

	Somatização	Obsessões e Compulsões	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade Fóbica	Ideação Paranoide	Psicoticismo	Índice Geral de Sintomas (IGS)
Cooperação e comunicação	-,02	-,02	,14	,10	,07	-,03	,02	,02	,03	,01
Autoeficácia	-,08	-,14	-,05	,01	,04	-,04	,01	,02	-,02	-,03
Empatia	,13	,23*	,22**	,28**	,19*	,06	,16	,26**	,22*	,15
Resolução de Problemas	,11	,11	,08	,16	,15	,10	,23**	,18*	,14	,16
Autoconsciência	-,04	-,04	,09	,15	-,10	-,08	-,01	,11	-,01	,04
Metas e aspirações	,02	,08	,07	,04	,07	,03	,09	,07	,08	,10
Total Recursos Internos	-,08	,06	,05	,08	,01	,00	,08	,06	,01	,01

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

Verifica-se que a empatia se encontra positivamente correlacionada com as dimensões obsessões/compulsões ($r = ,22, p = 0,010$), sensibilidade interpessoal ($r = ,22, p = 0,010$), ansiedade ($r = ,19, p = 0,027$), ideação paranoide ($r = ,18, p = 0,002$) e Psicoticismo ($r = ,22, p = 0,011$).

Por outro lado, a capacidade de resolução de problemas revelou uma correlação positiva e significativa com as dimensões ansiedade fóbica ($r = ,23, p = 0,008$) e ideação paranoide ($r = ,18, p = 0,035$). Assim, de acordo com estes resultados, sujeitos com maiores níveis de capacidade de resolução de problemas apresentam também maior prevalência de sintomas relacionados com ansiedade fóbica e com ideação paranoide.

2. Competências de resiliência percebidas pelos adolescentes

A Tabela 4 refere-se à exploração das competências de resiliência percebidas pelos adolescentes, mostrando as diferenças entre o grupo de adolescentes institucionalizados e o grupo de comparação. Verifica-se que nas seis subescalas dos recursos internos (resiliência interna), o grupo de adolescentes institucionalizados apresenta médias

inferiores. O mesmo acontece com a escala total de recursos internos. As subescalas nas quais essa diferença se revela mais significativas são a Empatia e as Metas e Aspirações.

Tabela 6. Teste *t* para comparação de valores médios das competências de resiliência entre adolescentes institucionalizados (*n* = 138) e não institucionalizados (*n* = 91).

Recursos Internos	Institucionalizado		Não Institucionalizado		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Cooperação e comunicação	2,95	0,83	3,07	0,56	1,36	0,177	-
Autoeficácia	2,93	0,79	3,04	0,62	1,20	0,231	-
Empatia	3,10	0,80	3,47	0,50	4,36	0,000	0,56
Resolução de Problemas	2,97	0,88	3,04	0,75	0,68	0,501	-
Autoconsciência	3,08	0,82	3,16	0,69	0,44	0,663	-
Metas e Aspirações	3,11	0,80	3,59	0,46	5,81	0,000	0,74
Total Recursos Internos	2,95	0,73	3,23	0,38	3,67	0,000	0,48

Os adolescentes institucionalizados revelam menor percepção de empatia ($M = 3,10$, $DP = 0,80$), do que adolescentes em contexto familiar ($M = 3,47$, $DP = 0,50$) apresentando uma diferença significativa $t = 4,361$, $p < 0,05$, com uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,70$).

Na subescala Metas e Aspirações apurou-se que os adolescentes institucionalizados apresentaram resultados mais baixos ($M = 3,11$, $DP = 0,80$), do que os adolescentes em contexto familiar ($M = 3,59$, $DP = 0,46$) sendo essa diferença significativa $t(227) = 2,236$, $p < 0,05$, com uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,74$).

Por fim, no que concerne à escala total dos recursos internos (resiliência interna) verificou-se que adolescentes em acolhimento residencial apresentam percepção geral mais baixa ($M = 2,95$, $DP = 0,73$), do que adolescentes não institucionalizados ($M = 3,23$, $DP = 0,38$), com uma diferença significativa $t(216) = 3,669$, $p < 0,05$, apresentando um efeito de pequena magnitude ($d = 0,48$).

Verificaram-se diferenças significativas também entre os gêneros feminino e masculino, do grupo de adolescentes institucionalizados, conforme se apresenta na tabela 7:

Tabela 7. Teste *t* para comparação de valores médios de competências de resiliência percebidas entre género feminino (*n* = 85) e masculino (*n* = 53), dentro do grupo de adolescentes institucionalizados (*n* = 138).

Recursos Internos	Feminino		Masculino		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Cooperação e comunicação	3,08	0,76	2,74	0,87	2,36	0,019	0,42
Autoeficácia	2,91	0,75	2,96	0,86	-0,33	0,740	-
Empatia	3,24	0,73	2,87	0,85	2,76	0,007	0,47
Resolução de Problemas	3,13	0,81	2,70	0,92	2,87	0,005	0,50
Autoconsciência	3,12	0,77	3,02	0,89	0,72	0,474	-
Metas e Aspirações	3,32	0,63	2,77	0,93	3,80	0,000	0,69
Total Recursos Internos	3,15	0,62	2,64	0,79	4,03	0,000	0,72

Verificaram-se diferenças na subescala Empatia entre o género feminino ($M = 3,24$, $DP = 0,73$) e o género masculino ($M = 2,87$, $DP = 0,87$). As diferenças consideram-se significativas $t = 2,36$, $p < 0,05$, com uma magnitude de efeito pequena ($d = 0,47$), sendo que as raparigas apresentam resultados mais elevados nesta medida.

Na subescala Metas e Aspirações constatou-se que adolescentes do género feminino apresentam pontuações mais altas ($M = 3,32$, $DP = 0,63$), comparativamente ao género masculino ($M = 2,77$, $DP = 0,93$), com uma diferença $t = 3,80$ $p < 0,05$, apresentando uma magnitude de efeito média ($d = 0,69$).

Por fim, na escala Total de Recursos Internos (resiliência interna) as raparigas apresentam resultados significativamente mais elevados ($M = 3,15$, $DP = 0,62$) do que os rapazes ($M = 2,64$, $DP = 0,79$, $t = 4,03$ $p < 0,05$), apresentando uma magnitude de efeito média ($d = 0,72$).

Considerou-se pertinente a análise das competências de resiliência percebidas em função da existência de conflitos entre os filhos e os pais e entre a díade parental. Deste modo, a Tabela 8, demonstra as diferenças de valores médios na escala HKRAM, entre o grupo de adolescentes que apresenta conflitos com a mãe e o grupo que não apresenta conflitos com a mãe.

Tabela 8. Teste t para comparação de valores médios de competências de resiliência percebidas entre adolescentes sem conflitos com a mãe ($n = 27$) e adolescentes com conflitos com a mãe ($n = 43$).

Recursos Internos	Adolescentes sem conflitos com a mãe		Adolescentes com conflitos com a mãe		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Cooperação e comunicação	3,12	0,53	2,93	0,89	1,02	0,310	-
Autoeficácia	3,01	0,49	2,87	0,89	0,87	0,386	-
Empatia	3,28	0,54	3,16	0,86	0,77	0,442	-
Resolução de Problemas	3,36	0,55	2,78	1,08	2,99	0,004	0,68
Autoconsciência	3,16	0,59	3,05	1,03	0,59	0,558	-
Metas e Aspirações	3,23	0,61	3,12	0,89	0,61	0,546	-
Total Recursos Internos	3,19	0,37	2,90	0,89	1,91	0,061	-

Verifica-se a existência de diferenças significativas numa das dimensões do HKRAM entre o grupo de adolescentes com conflitos com a mãe e o grupo sem conflito com a mãe. Os adolescentes que apresentam conflitos com a figura materna revelam valores mais baixos ao nível da Resolução de Problemas ($M = 2,78$, $DP = 1,08$), comparativamente aos adolescentes sem conflitos com a figura materna ($M = 3,36$, $DP = 0,55$), sendo $t = 2,99$, $p < 0,05$, revelando uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,68$).

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas em qualquer outra dimensão da escala é possível perceber que em todas as dimensões, os valores médios apresentados pelos adolescentes com conflitos com a mãe são mais baixos do que os valores dos adolescentes sem conflitos com a figura materna.

Na Tabela 9 apresenta-se a comparação de valores médios das competências de resiliência percebidas em função da existência de conflito entre os filhos e o pai.

Tabela 9. Teste *t* para comparação de valores médios das competências de resiliência percebidas entre adolescentes sem conflitos com o pai (*n* = 22) e adolescentes com conflitos com o pai (*n* = 42).

Recursos Internos	Adolescentes sem conflitos com o pai		Adolescentes com conflitos com o pai		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Cooperação e comunicação	3,18	0,57	2,92	0,78	1,39	0,171	-
Autoeficácia	3,05	0,56	2,93	0,92	0,55	0,587	-
Empatia	3,32	0,60	3,04	0,85	1,52	0,135	-
Resolução de Problemas	3,18	0,69	2,81	0,96	1,78	0,080	-
Autoconsciência	3,24	0,56	2,96	0,96	1,49	0,143	-
Metas e Aspirações	3,39	0,59	2,75	0,87	3,53	0,001	0,86
Total Recursos Internos	3,22	0,41	2,58	0,80	4,25	0,000	1,00

Por outro lado, verificou-se que a existência de conflitos com a figura paterna também apresenta uma influência ao nível das competências de resiliência percebidas. Assim, verifica-se que adolescentes que apresentam conflitos com o pai revelam valores significativamente mais baixos ao nível das Metas e Aspirações ($M = 2,75$, $DP = 0,87$), por comparação aos adolescentes sem conflitos com a figura paterna ($M = 3,39$, $DP = 0,59$), sendo $t = 3,53$, $p < 0,05$, revelando uma magnitude de efeito elevada ($d = 0,86$). Também ao nível do Total de Recursos Internos (resiliência interna) os valores são mais baixos para os adolescentes com conflitos com o pai ($M = 2,58$, $DP = 0,80$), do que para os adolescentes sem conflitos com a figura paterna ($M = 3,22$, $DP = 0,41$), sendo $t = 4,25$, $p < 0,05$, revelando uma magnitude de efeito elevada ($d = 1,00$).

Embora as diferenças estatisticamente significativas sejam as supramencionadas, à semelhança das diferenças encontradas no caso de conflitos com a mãe, também é possível verificar que em todas as dimensões os valores médios do grupo de adolescentes sem conflito com o pai são mais elevados do que o grupo com conflito com a figura paterna.

No que diz respeito às competências de resiliência percebidas em função da existência de conflitos entre a díade parental, não foram encontradas diferenças significativas. Foram ainda comparados jovens com e sem historial de maus-tratos em relação à perceção das competências de resiliência e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

3. Sintomatologia Psicopatológica – dimensões BSI

A Tabela 10 representa a diferença entre adolescentes institucionalizados e não institucionalizados relativamente às nove dimensões psicopatológicas avaliadas.

Tabela 10. Teste *t* para comparação de valores médios da Sintomatologia Psicopatológica entre adolescente institucionalizados ($n = 138$) e não institucionalizados ($n = 91$)

Dimensões Psicopatológicas	Institucionalizado		Não Institucionalizado		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Somatização	1,35	0,84	0,99	0,76	-3,28	0,001	0,85
Obsessões e Compulsões	1,54	0,83	1,54	0,79	0,03	0,977	-
Sensibilidade Interpessoal	1,30	1,03	1,49	1,00	1,35	0,179	-
Depressão	1,46	0,92	1,31	0,94	-1,25	0,214	-
Ansiedade	1,52	0,86	1,27	0,85	-2,13	0,034	0,29
Hostilidade	1,72	0,90	1,35	0,83	-3,08	0,002	0,43
Ansiedade Fóbica	1,21	0,85	0,76	0,72	-4,11	0,000	0,57
Ideação Paranóide	1,86	0,85	0,55	0,79	-2,75	0,006	1,60
Psicoticismo	1,67	0,87	1,21	0,85	-3,93	0,000	0,54
Índice Geral de Sintomas (IGS)	1,55	1,33	2,28	0,68	5,41	0,000	0,69

Verificou-se que os adolescentes institucionalizados revelam maiores níveis de somatização ($M = 1,35$, $DP = 0,84$) comparativamente aos adolescentes em contexto familiar ($M = 0,99$, $DP = 0,76$), sendo a diferença significativa $t = -3,28$, $p < 0,05$, com uma pequena magnitude de efeito ($d = 0,45$).

Na dimensão Ansiedade verificou-se uma diferença significativa entre os dois grupos, $t = -2,13$, $p < 0,05$, com uma magnitude de efeito pequena ($d = 0,29$).

Assim, o grupo de adolescentes institucionalizados apresenta maiores níveis de ansiedade ($M = 1,52$, $DP = 0,86$) comparativamente aos não institucionalizados ($M = 1,27$, $DP = 0,85$).

Na dimensão Hostilidade também se verificaram diferenças significativas $t = -3,080$, $p < 0,05$, com o grupo de adolescentes institucionalizados a apresentar níveis mais elevados de Hostilidade ($M = 1,72$, $DP = 0,90$) em relação aos adolescentes não institucionalizados ($M = 1,35$, $DP = 0,83$), apresentando essa diferença uma magnitude de efeito reduzida ($d = 0,43$).

No diz respeito á dimensão Ansiedade Fóbica, os adolescentes institucionalizados apresentam níveis mais elevados ($M = 1,21$, $DP = 0,85$) do que os adolescentes me

contexto familiar ($M = 0,76$, $DP = 0,72$). Essa diferença é significativa $t = -4,11$, $p < 0,05$ e apresenta uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,57$).

Na dimensão Psicoticismo, à semelhança das situações anteriores, também os adolescentes institucionalizados apresentaram pontuações mais elevadas ($M = 1,67$, $DP = 0,87$) do que os adolescentes não institucionalizados ($M = 1,21$, $DP = 0,85$), apresentando uma diferença significativa $t = -3,934$, $p < 0,05$, com uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,53$).

No Índice Geral de Sintomas os adolescentes em contexto institucional apresentaram valores médios de sintomatologia mais altos ($M = 2,28$, $DP = 0,68$), comparativamente aos jovens em contexto familiar ($M = 1,55$, $DP = 1,33$), sendo essa diferença significativa $t = 5,41$, $p < 0,05$, com uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,69$).

No grupo de adolescentes institucionalizados verificam-se diferenças significativas em várias dimensões, em função do género, conforma se apresenta na tabela 11, abaixo apresentada:

Tabela 11. Teste t para comparação de valores médios dos Sintomatologia Psicopatológica entre género feminino ($n = 85$) e masculino ($n = 53$), dentro do grupo de adolescentes institucionalizados ($n = 138$).

Dimensões Psicopatológicas	Feminino		Masculino		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Somatização	1,44	0,92	1,22	0,68	1,54	0,127	-
Obsessões e Compulsões	1,71	0,85	1,26	0,72	3,21	0,002	0,57
Sensibilidade Interpessoal	1,56	1,05	0,89	0,88	3,86	0,000	0,69
Depressão	1,67	0,96	1,13	0,76	3,62	0,000	0,62
Ansiedade	1,60	0,89	1,38	0,79	1,46	0,149	-
Hostilidade	1,83	0,95	1,54	0,81	1,82	0,071	-
Ansiedade Fóbica	1,31	0,91	1,05	0,73	1,75	0,082	-
Ideação Paranoide	2,04	0,89	1,56	0,69	3,52	0,001	0,60
Psicoticismo	1,76	0,93	1,54	0,77	1,39	0,167	-
Índice Geral de Sintomas (IGS)	2,05	1,35	0,76	0,84	6,91	0,000	1,15

Foram encontradas diferenças significativas ao nível da manifestação de sintomatologia psicopatológica em função do género.

No que diz respeito à dimensão Obsessões e Compulsões, as raparigas apresentaram valores significativamente mais elevados ($M = 1,71$, $DP = 0,85$) do que os rapazes ($M = 1,26$, $DP = 0,72$), com uma diferença $t = 3,21$, $p < 0,05$, e uma magnitude de efeito

moderada ($d = 0,57$). O mesmo acontece com a dimensão Sensibilidade interpessoal, onde o género feminino demonstra valores médios significativamente superiores ($M = 1,56$, $DP = 1,05$) em relação ao género masculino ($M = 0,89$, $DP = 0,88$), sendo $t = 3,86$, $p < 0,05$, apresentando uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,69$).

As raparigas manifestaram maiores níveis de depressão ($M = 1,67$, $DP = 0,96$) comparativamente aos rapazes ($M = 1,13$, $DP = 0,76$), onde $t = 3,62$, $p < 0,05$, sendo a magnitude de efeito considerada moderada ($d = 0,62$). Os valores na dimensão Ideação Paranoide também se revelaram mais elevados para o género feminino ($M = 2,04$, $DP = 0,89$) por comparação ao género masculino ($M = 1,56$, $DP = 0,69$), com uma diferença significativa $t = 3,52$, $p < 0,05$, apresentando uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,60$).

Ao nível do Índice Geral de Sintomas também se verificaram diferenças significativas entre os géneros, apresentando as raparigas valores mais altos ($M = 2,05$, $DP = 1,35$) do que os rapazes ($M = 0,76$, $DP = 0,84$), sendo $t = 6,91$, $p < 0,05$, revelando uma magnitude de efeito elevada ($d = 1,15$).

Analysaram-se as diferenças existentes entre o grupo de adolescentes com conflitos com a mãe e sem conflitos com a mãe, relativamente à sintomatológica psicopatológica manifestada. A tabela 12 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 12. Teste t para comparação de valores médios da Sintomatologia Psicopatológica entre adolescentes sem conflitos com a mãe ($n = 27$) e com conflitos com a mãe ($n = 43$).

Dimensões Psicopatológicas	Adolescentes sem conflitos com a mãe		Adolescentes com conflitos com a mãe		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Somatização	1,37	0,98	1,59	0,75	-1,06	0,292	-
Obsessões e Compulsões	1,75	0,96	1,69	0,74	0,28	0,783	-
Sensibilidade Interpessoal	1,69	1,22	1,39	0,89	1,09	0,280	-
Depressão	1,62	0,99	1,60	0,88	0,08	0,934	-
Ansiedade	1,49	0,87	1,85	0,83	-1,72	0,091	-
Hostilidade	1,38	0,82	1,93	0,86	-2,66	0,010	0,65
Ansiedade Fóbica	1,19	0,93	1,52	0,76	-1,62	0,110	-
Ideação Paranoide	1,89	0,78	2,09	0,77	-1,05	0,296	-
Psicoticismo	1,56	0,89	2,04	0,83	-2,29	0,025	0,56
Índice Geral de Sintomas (IGS)	1,52	1,33	2,36	0,98	3,02	0,004	0,41

No que diz respeito à manifestação de sintomatologia psicopatológica, verificaram diferenças significativas na dimensão Hostilidade, entre o grupo com conflitos com a mãe ($M = 1,93$, $DP = 0,86$), e o grupo de adolescentes sem conflitos com a figura materna (M

= 1,38, $DP = 0,82$), sendo $t = -2,66$, $p < 0,05$, apresentando uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,65$). O mesmo acontece na dimensão Psicoticismo, na qual os valores se apresentam mais elevados no grupo de adolescentes com conflitos com a mãe ($M = 2,04$, $DP = 0,83$), do que no grupo sem conflitos com a mãe ($M = 1,56$, $DP = 0,89$), sendo $t = -2,29$, $p < 0,05$, sendo a magnitude de efeito considerada moderada ($d = 0,56$).

O grupo com conflitos com a mãe apresentou valores mais elevados no Índice Geral de Sintomas ($M = 2,36$, $DP = 0,98$), do que o grupo sem conflitos com a mãe ($M = 1,52$, $DP = 1,33$), sendo $t = 3,02$, $p < 0,05$, apresentando uma magnitude de efeito pequena ($d = 0,41$).

Fez-se o mesmo processo de comparação para o grupo sem e com conflitos com a figura paterna, tal como se apresenta na tabela abaixo:

Tabela 13. Teste t para comparação de valores médios da Sintomatologia Psicopatológica entre adolescentes sem conflitos com o pai ($n = 22$) e com conflitos com o pai ($n = 42$).

Dimensões Psicopatológicas	Adolescentes sem conflitos com o pai		Adolescentes com conflitos com o pai		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Somatização	1,18	0,83	1,54	0,85	-1,60	0,114	-
Obsessões e Compulsões	1,59	0,77	1,61	0,86	-0,10	0,917	-
Sensibilidade Interpessoal	1,36	1,00	1,42	1,11	-0,19	0,848	-
Depressão	1,41	0,93	1,67	0,94	-1,05	0,301	-
Ansiedade	1,31	0,86	1,80	0,88	-2,11	0,039	0,56
Hostilidade	1,11	0,81	1,84	0,83	-3,41	0,001	0,89
Ansiedade Fóbica	1,16	0,75	1,27	0,83	-0,53	0,595	-
Ideação Paranoide	1,70	0,71	1,98	0,85	-1,33	0,188	-
Psicoticismo	1,31	0,81	1,86	0,85	-2,50	0,015	0,66
Índice Geral de Sintomas (IGS)	2,02	0,96	1,64	1,41	1,27	0,209	-

Comparando os grupos de adolescentes com conflitos com o pai e sem conflitos com o pai, em função da manifestação de sintomas psicopatológicos, verifica-se que o grupo com conflitos revela maiores níveis de Ansiedade ($M = 1,80$, $DP = 0,88$), do que o grupo sem conflitos com a figura paterna ($M = 1,31$, $DP = 0,86$), com uma diferença significativa $t = -2,11$, $p < 0,05$, revelando uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,56$).

Na dimensão Hostilidade também foram encontradas diferenças significativas, sendo o grupo com conflitos aquele que apresenta valores mais elevados ($M = 1,84$, $DP = 0,83$), por comparação ao grupo sem conflitos com a figura paterna ($M = 1,11$, $DP =$

0,81), com uma diferença significativa $t = -3,41$, $p < 0,05$, sendo a magnitude de efeito elevada ($d = 0,89$).

Por fim, verificaram ainda diferenças significativas ao nível do Psicoticismo, com valores mais altos para o grupo com conflitos com o pai ($M = 1,86$, $DP = 0,85$), comparativamente ao grupo sem conflitos ($M = 1,31$, $DP = 0,81$), com uma diferença significativa $t = -2,50$, $p < 0,05$, sendo a magnitude de efeito moderada ($d = 0,66$).

A Tabela 14 apresenta a comparação de valores nas várias dimensões dos sintomas psicopatológicos em função da existência de conflitos na díade parental.

Tabela 14. Teste t para comparação de valores médios da Sintomatologia Psicopatológica entre adolescentes sem conflitos entre os pais ($n = 20$) e com conflitos entre os pais ($n = 49$).

Dimensões Psicopatológicas	Sem conflitos entre os pais		Com conflitos entre os pais		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Somatização	1,41	1,02	1,62	0,81	-0,90	0,372	-
Obsessões e Compulsões	1,74	0,98	1,67	0,79	0,32	0,754	-
Sensibilidade Interpessoal	1,57	1,20	1,39	1,01	0,65	0,519	-
Depressão	1,54	1,14	1,63	0,81	-0,31	0,758	-
Ansiedade	1,53	0,95	1,77	0,77	-1,11	0,273	-
Hostilidade	1,39	0,94	1,84	0,81	-2,01	0,048	0,51
Ansiedade Fóbica	1,37	0,93	1,35	0,79	0,11	0,913	-
Ideação Paranoide	1,90	0,82	2,04	0,80	-0,66	0,513	-
Psicoticismo	1,54	0,99	1,92	0,79	-1,69	0,096	-
Índice Geral de Sintomas (IGS)	1,57	1,36	2,31	1,10	2,14	0,036	1,06

Analisando os valores apresentando entre os dois grupos, verifica-se que os adolescentes do grupo com conflitos entre os pais apresentam valores mais elevados na dimensão Hostilidade ($M = 1,84$, $DP = 0,81$), do que o grupo sem conflitos na díade parental ($M = 1,39$, $DP = 0,94$), com uma diferença significativa $t = -2,01$, $p < 0,05$, revelando uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,51$).

Ao nível do Índice Geral de Sintomas, o grupo com conflitos entre os pais revela valores médios mais elevados ($M = 2,31$, $DP = 1,10$), comparativamente ao grupo sem conflitos entre os pais ($M = 1,57$, $DP = 1,36$), sendo a diferença significativa $t = 2,14$, $p < 0,05$, com uma magnitude de efeito elevada ($d = 1,06$).

Tabela 15. Teste *t* para comparação de valores médios da Sintomatologia Psicopatológica entre adolescentes sem historial de maus-tratos (*n* = 130) e com historial de maus-tratos (*n* = 99).

Dimensões Psicopatológicas	Adolescentes sem maus-tratos		Adolescentes com maus-tratos		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Somatização	1,04	0,77	1,44	0,84	-3,74	0,000	0,50
Obsessões e Compulsões	1,53	0,80	1,55	0,83	-0,23	0,817	-
Sensibilidade Interpessoal	1,44	1,02	1,29	1,02	1,11	0,270	-
Depressão	1,38	0,96	1,43	0,89	-0,37	0,708	-
Ansiedade	1,28	0,82	1,60	0,89	-2,86	0,005	0,37
Hostilidade	1,41	0,80	1,78	0,95	-3,15	0,002	0,42
Ansiedade Fóbica	0,85	0,76	1,27	0,86	-3,87	0,000	0,52
Ideação Paranoíde	1,62	0,80	1,88	0,86	-2,32	0,021	-
Psicoticismo	1,29	0,83	1,75	0,90	-3,98	0,000	0,53
Índice Geral de Sintomas (IGS)	1,44	1,34	2,14	0,91	4,42	0,000	0,61

É possível constatar que os adolescentes do grupo com maus-tratos apresentam valores médios superiores de sintomatologia psicopatológica.

Na medida geral (ISG), o grupo com maus-tratos ($M = 2,14$, $DP = 0,91$), em relação ao grupo de comparação ($M = 1,44$, $DP = 1,34$), apresenta uma diferença significativa $t = 4,42$, $p < 0,05$, com uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,61$).

Ao nível da Somatização, a média do grupo com maus-tratos ($M = 1,44$, $DP = 0,84$), é superior ao grupo sem maus-tratos ($M = 1,04$, $DP = 0,77$), com uma diferença significativa $t = -3,74$, $p < 0,05$, revelando uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,50$). No que respeito à Ansiedade, o grupo de adolescentes sujeitos a maus-tratos também pontua mais alto ($M = 1,60$, $DP = 0,89$) do que o grupo de comparação ($M = 1,28$, $DP = 0,82$), sendo $t = -2,86$, $p < 0,05$, apresentado, no entanto, uma magnitude de efeito pequena ($d = 0,37$).

Adolescentes exposto a maus-tratos apresentam maior prevalência de indicadores de Hostilidade ($M = 1,78$, $DP = 0,95$) comparativamente a adolescentes sem maus-tratos ($M = 1,41$, $DP = 0,80$), sendo a diferença significativa $t = -3,15$, $p < 0,05$, revelando uma magnitude de efeito pequena ($d = 0,42$).

Em relação à Ansiedade Fóbica, verifica-se uma diferença significativa dos valores médios entre os dois grupos $t = -3,87$, $p < 0,05$, sendo os adolescentes com maus-tratos os que pontua mais alto ($M = 1,27$, $DP = 0,86$) em relação ao grupo sem maus-tratos (M

= 0,85, $DP = 0,76$), revelando essa diferença uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,52$).

Por fim, no que diz respeito à dimensão Psicoticismo, também o grupo com maus-tratos apresenta valores superiores ($M = 1,75$, $DP = 0,90$) em relação ao grupo que não foi exposto a maus-tratos ($M = 1,29$, $DP = 0,83$), sendo $t = -3,98$, $p < 0,05$, com uma magnitude de efeito moderada ($d = 0,53$).

Procurou-se estudar as relações existentes entre as várias dimensões psicopatológicas e as variáveis sociodemográficas, obtendo-se os resultados presentes na Tabela 16.

Tabela 16. Correlações de *Pearson* entre variáveis sociodemográficas e sintomatologia psicopatológica - BSI (n = 229).

	Sexo	Idade	Risco Escola	Risco Família	Risco História Pessoal	Risco Parentalidade
Somatização	,01	-,05	,27*	,12	-,06	,02
Obsessões Compulsões	-,19**	,01	,10	,04	,07	-,08
Sensibilidade Interpessoal	-,26**	,05	-,09	-,19	,06	-,04
Depressão	-,16*	,06	,00	-,10	,18*	-,08
Ansiedade	-,02	,03	,19	,28	,08	,11
Hostilidade	-,02	-,01	,32**	,26	,08	,10
Ansiedade Fóbica	,01	-,06	,21	,25	-,02	,02
Ideação Paranoide	-,11	,09	,10	-,02	,00	-,04
Psicoticismo	,03	,05	,27*	,09	,00	,02
Índice Geral de Sintomas (IGS)	-,51**	-,01	-,26*	-,53**	,12	-,10

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

Verificou-se que as dimensões Obsessões/compulsões ($r = - ,19$, $p = ,004$), sensibilidade interpessoal ($r = - ,26$, $p = ,000$) e depressão ($r = - ,16$, $p = ,018$) apresentam uma correlação significativa em função do gênero, sendo que as raparigas apresentam maior prevalência desses sintomas. Além disso, também ao nível do Índice Geral de Sintomas existe uma correlação significativa ($r = - ,51$, $p = ,000$) com as raparigas a demonstrar maior prevalência de sintomatologia psicopatológica.

As dimensões somatização e hostilidade, bem como o Índice Geral de Sintomas apresentam uma correlação positiva com o fator Risco Escola. Portanto, quanto maior for

o risco do adolescente ao nível do seu percurso escolar, maior o Índice Geral de Sintomas apresentado ($r = 0,26, p = 0,023$), nomeadamente ao nível da somatização ($r = ,27, p = ,018$) e da hostilidade ($r = ,32, p = ,005$).

O fator Risco Família apresentou uma correlação positiva e significativa com o Índice Geral de Sintomas ($r = ,53, p = ,000$), pelo que se conclui que quanto maior o risco do jovem a nível familiar maior também o seu índice de sintomatologia psicopatológica.

O fator Risco História Pessoal, no qual se inclui a existência de problemas de comportamento, abuso de substâncias, antecedentes criminais, entre outros, revelou uma correlação positiva com a dimensão depressão ($r = ,18, p = ,041$). Assim, adolescentes com mais fatores de risco ao nível da sua história pessoal apresentam maiores níveis de depressão.

4. Perspetiva Temporal – IPT

Todas as análises realizadas para a Perspetiva Temporal consideraram uma amostra de 20 participantes, pois apenas esses responderam ao inventário em questão.

Procurou-se apurar as relações existentes entre a Perspetiva Temporal, as variáveis sociodemográficas, as várias dimensões da escala de recursos psicossociais (KHRAM) e as dimensões do inventário de sintomatologia psicopatológica (BSI). As tabelas seguintes ilustram os resultados encontrados:

Tabela 17. Correlações de *Spearman* entre variáveis sociodemográficas e dimensões da Perspetiva Temporal (n = 20).

	Orientação para o Futuro	Orientação para o Presente	Orientação para o Passado	Visão Ansiosa de Futuro
Sexo	,11	,41	,23	,35
Idade	,05	,21	,28	,34
Risco Escolar	,09	,75**	,61*	,39
Risco Familiar	-,05	,68	-,07	,46
Risco História Pessoal	-,03	,06	-,30	,02
Risco Parentalidade	,16	,48	,80*	,25

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

Verifica-se a existência de apenas três correlações significativas, duas relacionadas com fatores de risco escolar e um referente a fatores de risco ao nível da parentalidade. Constata-se que quanto maior o risco escolar apresentado pelos adolescentes, maior a sua

tendência de Orientação para o Presente ($r_s = ,75, p = ,003$). Além disso, verifica-se também que os fatores de risco escolar apresentam uma correlação positiva com a Orientação para o Passado ($r_s = ,61, p = ,026$). Verifica-se ainda que a prevalência de fatores de risco ao nível da parentalidade apresenta uma correlação positiva e significativa com a tendência de Orientação para o Passado ($r_s = ,80, p = ,032$).

Tabela 18. Correlações de *Spearman* entre as dimensões do IPT, as subescalas do HKRAM e as dimensões com BSI (n = 20).

	Orientação para o Futuro	Orientação para o Presente	Orientação para o Passado	Visão Ansiosa de Futuro
KHRAM				
Cooperação e comunicação	-,24	,23	,12	,29
Autoeficácia	,04	,05	-,07	-,04
Empatia	-,01	-,30	,12	-,07
Resolução de Problemas	-,02	,13	,44	,24
Autoconsciência	,21	,42	,08	-,01
Metas e aspirações	,34	-,34	,11	-,58**
Total Recursos Internos	,13	,14	,23	,05
BSI				
Somatização	-,42	,30	,29	,35
Obsessões e Compulsões	-,30	,19	,19	,44
Sensibilidade Interpessoal	-,37	-,02	,15	,13
Depressão	-,31	,31	,32	,31
Ansiedade	-,35	-,04	,23	,44
Hostilidade	-,37	,50*	,32	,56*
Ansiedade Fóbica	-,07	-,33	,02	,14
Ideação Paranóide	-,38	,37	,27	,36
Psicoticismo	-,21	,26	,46*	,46*
Índice Geral de Sintomas (IGS)	-,43	,26	,27	,46*

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

Relativamente às correlações entre as dimensões do IPT (Inventário de Perspetiva Temporal) e as dimensões dos outros dois instrumentos utilizados (HKRAM e BSI), apurou-se que a Orientação para o Presente demonstra uma correlação positiva com a Hostilidade ($r_s = ,50, p = ,025$). Por outro lado, a Orientação para o Passado revela uma correlação significativa com o Psicoticismo ($r_s = ,46, p = ,042$). A dimensão que apresenta maior número de correlações é a Visão Ansiosa de Futuro. Assim, encontra-se correlações

significativas com Metas e Aspirações ($r_s = -,58, p = ,008$), Hostilidade ($r_s = ,56, p = ,010$), Psicoticismo ($r_s = ,46, p = ,040$) e Índice Geral de Sintomas ($r_s = ,46, p = ,044$).

No sentido de fazer uma análise mais aprofundada e considerando que no presente estudo não existe grupo de comparação para valores médios das variáveis em questão, realizou-se comparação entre os valores médios obtidos e os valores de referência do estudo original da validação da escala (Janeiro, 2012), uma vez que provinham de uma população de adolescentes não institucionalizados.

Tabela 19. Teste de *Wilcoxon* para comparação de valores médios da amostra com valores médios de referência.

	Presente estudo (n=20)		Estudo original (n=620)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Orientação para o Futuro	5,11	0,89	4,55	0,95	2,35	0,019
Orientação para o Presente	4,53	1,25	4,10	1,09	1,87	0,062
Orientação para o Passado	5,14	1,55	4,28	1,21	1,98	0,047
Visão Ansiosa de Futuro	3,28	1,65	2,53	1,17	1,61	0,108

Através da análise foi possível verificar que as médias do grupo de adolescentes institucionalizados do presente estudo são significativamente diferentes das médias estabelecidas para a população geral no estudo original. Essas diferenças centram-se em duas dimensões específicas, nomeadamente a Orientação para o Futuro, $Z = 2,35, p < 0,05$, com uma moderada magnitude de efeito ($r = ,53$) e a Orientação para o Passado, $Z = 1,98, p < 0,05$, também com uma magnitude efeito moderada ($r = ,44$). Assim, pode afirmar-se que os adolescentes institucionalizados apresentaram valores médios mais elevados na Orientação para o Futuro ($M = 5,11, DP = 0,89$) comparativamente aos resultados do estudo original ($M = 4,55, DP = 0,95$). No entanto, por outro lado, também revelaram valores superior na dimensão Orientação para o Passado ($M = 5,14, DP = 1,55$) em relação ao grupo de comparação ($M = 4,28, DP = 1,17$).

5. Variáveis preditoras de sintomatologia psicopatológica em adolescentes institucionalizados

Com o objetivo de aprofundar as relações existentes entre as variáveis avaliadas, considerou-se pertinente a realização de regressões hierárquicas múltiplas através do método *Enter*.

A primeira equação de regressão visava avaliar quais as dimensões de recursos internos preditoras do Índice Geral de Sintomas (tabela 20).

Tabela 20. Regressão múltipla para verificação de competências de resiliência preditoras do Índice Geral de Sintomas.

Variáveis	B	DE	β	R ²	<i>p</i>
(Constant)	1,08	0,48		0,07	
Cooperação e comunicação	-0,07	0,12	-0,04		0,549
Autoeficácia	-0,20	0,12	-0,13		0,105
Empatia	0,36	0,13	0,22		0,006
Resolução de Problemas	0,14	0,10	0,10		0,184
Autoconsciência	-0,13	0,12	-0,08		0,273
Metas e Aspirações	0,11	0,12	0,07		0,331

**p* < .05

Através da análise dos resultados foi possível observar que, de acordo com o modelo (R²= 0,07) a única dimensão que se apresentou como significativa foi a Empatia ($\beta=0,22$; $t=2,79$; $p=0,006$). Nenhuma das outras dimensões da escala evidenciou poder explicativo para a variância do índice de sintomas de psicopatologia.

Procurou-se analisar também quais os fatores de risco com maior capacidade preditiva de sintomatologia psicopatológica. Os resultados apresentam-se na tabela que se segue:

Tabela 21. Regressão múltipla para verificação de fatores de risco preditores do Índice Geral de Sintomas.

	Variáveis	B	DE	β	R ²	p
Modelo 1	(Constant)	1,30	0,61		0,39	
	Motivação_escola	0,66	0,47	0,21		0,168
	Dificuldades de aprendizagem	0,00	0,39	0,00		0,996
	Fugas à escola	-0,69	0,16	-0,66		0,000**
	Reprovações	0,95	0,39	0,34		0,018*
Modelo 2	(Constant)	0,68	1,08		0,41	
	Motivação_escola	0,84	0,52	0,26		0,113
	Dificuldades de aprendizagem	0,04	0,40	0,01		0,926
	Fugas à escola	-0,62	0,26	-0,60		0,024*
	Reprovações	0,92	0,40	0,32		0,026*
	Estrutura mono/bi parental	-0,15	0,28	-0,12		0,596
	Maus-tratos	0,31	0,42	0,11		0,458
Modelo 3	(Constant)	0,63	1,11		0,46	
	Motivação_escola	0,71	0,53	0,22		0,184
	Dificuldades de aprendizagem	0,20	0,44	0,08		0,648
	Fugas à escola	-0,80	0,29	-0,77		0,011*
	Reprovações	0,72	0,44	0,25		0,114
	Estrutura mono/bi parental	-0,16	0,28	-0,13		0,579
	Maus-tratos	0,27	0,43	0,10		0,533
	Conflitos entre pais	0,24	0,37	0,12		0,518
	Conflito mãe-filho	0,01	0,44	0,00		0,981
	Conflito pai-filho	0,42	0,38	0,25		0,281

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

Verifica-se que, de acordo com o Modelo com maior capacidade explicativa é o Modelo 1. Assim as variáveis incluídas no modelo são indicadores de maiores problemas psicopatológicos. A motivação face à escola ($\beta=0,21$; $t=1,41$; $p=0,168$), as dificuldades de aprendizagem ($\beta=-0,00$; $t=-0,01$; $p=0,996$), as fugas à escola ($\beta=-0,36$; $t=-4,43$; $p=0,000$) e as retenções escolares ($\beta=-0,335$; $t=2,47$; $p=0,018$) explicam 33% da variância do índice de sintomatologia psicopatológica.

IV. Discussão

Discussão

A presente investigação apresentou como objetivos principais analisar as relações entre sintomatologia psicopatológica, acontecimentos de vida negativos vivenciados na infância e um conjunto de recursos de resiliência interna, em adolescentes institucionalizados, comparando-os a um grupo de adolescentes residentes em contexto familiar.

No que respeita aos recursos de resiliência interna, foram encontradas diferenças significativas segundo o sexo, sendo que as raparigas se apresentaram como mais cooperantes, comunicativas, empáticas, com maior capacidade de resolução de problemas e com maiores níveis de metas e aspirações. Também Simões e colaboradores (2019) verificaram diferenças significativas entre rapazes e raparigas ao nível da perceção dos recursos internos, concluindo que as raparigas apresentam uma perceção significativamente mais alta de empatia, resolução de problemas e metas e objetivos. Devido à aprendizagem relacionada com os papéis de género, ao longo do desenvolvimento, rapazes e raparigas, diferenciam-se em vários aspetos, incluindo nas habilidades sociais e cognitivas, nas atitudes e comportamentos e na forma como experienciam e integram os seus afetos. Segundo Câmara e Carlotto (2007) as estratégias utilizadas para enfrentamento das situações de vida difíceis podem assumir duas formas: estar voltadas para evitar o estado emocional associado à adversidade ou enfrentar diretamente o problema, tentando modificá-lo ativamente. Os rapazes revelam uma tendência para uma postura mais voltada para o evitamento, procurando focar-se mais em atividades físicas e grupos de pertença, enquanto as raparigas tendem a reger-se pelo lado emocional e assumem uma postura mais ativa na resolução dos problemas (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

Ao realizar a comparação de adolescentes institucionalizados e não institucionalizados foi possível verificar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos. Ao nível da perceção geral das competências de resiliência, concluiu-se que o grupo de adolescentes institucionalizados revela uma perceção mais baixa, comparativamente com os adolescentes que vivem em contexto familiar. Estes resultados são semelhantes aos de Barroso e colaboradores (2018), que concluem que adolescentes em contexto institucional apresentaram valores mais baixos de cooperação, assertividade, responsabilidade, empatia e envolvimento, revelando assim um perfil diferente relativamente às suas habilidades sociais e emocionais.

Na comparação entre adolescentes categorizados consoante referiram ter ou não conflitos com os progenitores verificou-se que os participantes em cuidado residencial que mencionaram vivenciar momentos conflituosos com o pai apresentaram uma percepção mais baixa de recursos de resiliência interna. Se, por um lado, o grupo com conflitos com a figura paterna, pontou mais baixo na subescala Metas e Aspirações, por outro, na subescala Resolução de Problemas foi o grupo com conflitos com a figura materna que revelou os níveis mais baixos. Ambientes familiares conflituosos são pautados pela insegurança constante sentida pela criança. A segurança é uma necessidade essencial para desenvolver um sentimento de confiança em si, nos outros e no mundo. É nesse sentimento de segurança que emerge a capacidade de “enfrentar” e superar os obstáculos (Costa & Teixeira, 2016). Deste modo, a ausência de um ambiente familiar harmonioso e, conseqüentemente, o sentimento de insegurança, faz com que os adolescentes se sintam menos capazes de ultrapassar situações difíceis na sua vida.

Ao nível das subescalas “Empatia” e “Metas e Aspirações”, o grupo de adolescentes em contexto institucional revelou menores níveis do que os adolescentes em contexto familiar. Sobre a empatia, Lourenço (2017) concluiu que adolescentes institucionalizadas apresentavam níveis significativamente mais baixos de capacidade empática, comparativamente a adolescentes que residem com a sua família. Por outro lado, no que diz respeito às metas e aspirações, segundo Mota e Oliveira (2017), um dos preditores significativos para o estabelecimento de metas e objetivos de vida é o suporte social percebido. Assim, considerando que adolescentes institucionalizados têm uma percepção de apoio social menos positiva, sentindo-se menos aceites (Abrantes, 2020) esse aspeto compromete o modo como tendem a avaliar as suas expectativas face ao futuro, explicando assim os resultados mais baixos nesta dimensão.

Relativamente à manifestação de sintomatologia psicopatológica, foi possível verificar diferenças significativas entre adolescentes institucionalizados e não institucionalizados. No Índice Geral de Sintomas os adolescentes em contexto institucional apresentaram valores médios de sintomatologia mais altos do que os adolescentes em contexto familiar. De acordo com os estudos de Santos e Salvador (2017), adolescentes que vivem em regime de institucionalização revelam maiores indicadores de desajuste emocional com sintomas como a autocrítica, o medo da compaixão alheia, a depressão e a vergonha interna e externa.

No presente estudo verificou-se que adolescentes institucionalizados apresentam maiores índices de Somatização, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo.

Verificou-se ainda uma influência do gênero, sendo que as raparigas manifestaram resultados mais altos nas dimensões Obsessões/Compulsões, Sensibilidade interpessoal, Depressão e Ideação Paranóide, bem como no Índice Geral de Sintomas. Estas conclusões são consistentes com os resultados do estudo de Campos e colaboradores (2019), que confirmaram que as raparigas manifestam valores mais elevados de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente ansiedade, depressão, perturbações ao nível do pensamento, problemas somáticos e outro tipo de problemas internalizantes, enquanto os rapazes tendem a apresentar maior prevalência de problemas externalizantes, como comportamentos de oposição ou comportamentos agressivos. Estas diferenças poderão ser justificadas tanto por razões biológicas, devido a diferenças estruturais e funcionais do cérebro (Cahail, 2005) como por razões ambientais, tais como diferentes padrões de socialização em função do sexo e diferenças na exposição a fatores de risco (Zahn-Waxler, Shirtcliff & Marceau, 2008).

A manifestação de sintomatologia psicopatológica foi superior em adolescentes que apresentavam mais fatores de risco familiares, nomeadamente de conflitos com os pais. Os resultados obtidos sugerem ainda que o grupo que indicou conflitos com a figura materna reportou maiores índices de Hostilidade e de Psicoticismo e que os adolescentes que reportaram conflitos com o pai manifestam índices mais elevados de Ansiedade, Hostilidade e Psicoticismo. De acordo com Steele e McKinney (2019) a qualidade do relacionamento entre pais-filhos e entre mães-filhos tem um impacto significativo na manifestação de problemas internalizantes e externalizantes. Assim, quanto menor for a qualidade da relação entre os progenitores e os filhos, maior a probabilidade de os filhos apresentarem problemas ao nível da saúde mental. Um ambiente familiar pautado pelo conflito contribui para uma maior insegurança, visão negativa de si e do mundo, inibição e sofrimento, colocando o indivíduo vulnerável ao desenvolvimento de sentimentos como a ansiedade e tristeza (Correia & Mota, 2017).

Concluiu-se ainda que adolescentes cujos pais apresentam conflitos entre si revelam valores mais elevados ao nível da Hostilidade. Sabe-se que tanto o conflito físico como o conflito verbal entre os progenitores se encontram significativamente associados ao aumento de problemas de externalização das crianças/adolescentes, embora seja o conflito verbal que revela a associação mais consistente e significativa (Westrupp,

Brown, Woolhouse, Gartland & Nicholson, 2018). A exposição repetida a situações de violência ao longo do desenvolvimento apresenta uma forte relação com a manifestação de problemas ao nível do comportamento, no qual se pode incluir o comportamento hostil/agressivo (Farley, McWey & Ledermann, 2021). Com base nestes resultados pode dizer-se que os acontecimentos de vida negativos relacionados com fatores de risco familiares se constituem como grandes influenciadores ao nível da saúde mental do adolescente.

A sintomatologia psicopatológica demonstrou estar também relacionada com um percurso escolar de risco (*i.e.* com retenções, fugas à escola ou dificuldades de aprendizagem), aumentando assim os níveis de somatização e hostilidade, bem como o Índice Geral de Sintomas. De acordo com a literatura uma boa adaptação escolar e um percurso académico bem-sucedido contribui para a diminuição de sintomas depressivos (Watts, Province & Toohy, 2019), bem como para a redução de problemas de atenção e de comportamento (Campos, Barbosa-Ducharne, Dias, Rodrigues, Martins & Leal, 2019).

Contrariamente ao esperado, verificou-se, na presente investigação, a existência de uma correlação positiva entre a empatia e algumas dimensões da sintomatologia psicopatológica, nomeadamente obsessões/compulsões, sensibilidade interpessoal, ansiedade, ideação paranóide e psicoticismo. Santos e Salvador (2017) obtiveram resultados semelhantes ao constatarem não existir diferenças significativas ao nível da capacidade de compaixão entre adolescentes institucionalizados e não institucionalizados. Após análise dos resultados considerou-se razoável que adolescentes institucionalizados, no contexto em que se inserem, desenvolvam a capacidade de empatia para com os seus pares, uma vez que se encontram em situação semelhante.

Relativamente à perspetiva temporal, foi possível verificar que sujeitos com uma visão ansiosa de futuro apresentam maior prevalência de sintomas psicopatológicos. Apurou-se também que quanto maior for a perspetiva ansiosa de futuro, menores são os níveis reportados de competências de resiliência Metas e Aspirações, demonstrados pelos adolescentes. Ao realizar a comparação entre o grupo de adolescentes institucionalizados com os valores de referência para a população geral (Janeiro, 2012), verificou-se que os primeiros apresentam maiores níveis tanto de Orientação para o Futuro como de Orientação para o Passado. De acordo com Afonso (2014), adolescentes institucionalizados revelam uma perspetiva temporal maioritariamente centrada no passado, concluindo-se que a forma como entendem o seu passado condiciona o momento

presente e os seus projetos de futuro. O mesmo estudo concluiu que adolescentes institucionalizados também apresentam tendência para orientação para o futuro, perspetivando-o, no entanto, como negativo, revelando preocupação e falta de esperança quanto ao seu projeto de vida (Afonso, 2014). A ausência de um ambiente familiar ou institucional, promotor de competências individuais que contribuam para uma adaptação positiva, poderá explicar a perspetiva negativa que os adolescentes assumem acerca do seu futuro (Rutter, 1990).

Verificou-se que ao nível dos fatores de risco, contrariamente ao esperado, são os fatores de risco escolares aqueles que melhor explicam a variância da sintomatologia psicopatológica, revelando assim o forte poder preditivo do percurso escolar no bem-estar dos adolescentes. Constatou-se ainda que a única dimensão relativa aos recursos de resiliência interna que apresenta poder preditivo em relação à saúde mental dos adolescentes é a Empatia. A literatura tem vindo a demonstrar que a capacidade empática se constitui como um importante fator no desenvolvimento adequado de crianças e adolescentes, encontrando-se relacionada com comportamentos prossociais e com uma maior estabilidade emocional (Schoeps *et al.*, 2020).

V. Conclusões e Limitações do Estudo

A presente investigação permitiu concluir, à semelhança do que a literatura tem vindo a demonstrar, que adolescentes em cuidados residenciais apresentam maiores desvantagens relativamente ao seu desenvolvimento e equilíbrio emocional, comparativamente a adolescentes em contexto familiar.

No entanto, se por um lado é verdade que a institucionalização se constitui como um fator de risco ao desenvolvimento saudável da criança/adolescente, por outro, sabe-se que é muitas vezes a única solução para garantir cuidados básicos necessários. Assim, é importante que as instituições de acolhimento assumam responsabilidade na promoção de fatores protetores, que contribuam para o ajustamento e equilíbrio das crianças e adolescentes, permitindo-lhes desenvolver habilidades necessárias ao seu bem-estar. Habilidades como o autocontrolo, a expressividade emocional, a empatia, a assertividade e a capacidade de resolução de problemas demonstram-se extremamente importantes, uma vez que contribuem para o funcionamento adaptativo da criança/adolescente (Del Prette & Del Prette, 2005).

Adolescentes institucionalizados apresentam percursos e histórias de vida que condicionam o seu presente e lhes causam desesperança no futuro. A literatura refere que a qualidade das relações estabelecidas no contexto institucional, não substituindo a função da família, apresenta uma forte relação com o desenvolvimento de competências socioemocionais (Cordovil *et al.*, 2011; Mota & Matos, 2010; Rodarte *et al.*, 2015; Siqueira, Betts & Dell'Aglio, 2006), pelo que é de extrema importância que as crianças e adolescentes desenvolvam uma relação de afetividade com os seus cuidadores, estabelecendo com eles a vinculação segura da qual foram privados.

A par da importância da vinculação segura, o presente estudo sugere outro dado interessante: a particular relevância do percurso escolar, uma vez que este se apresenta como preditor de sintomas psicopatológicos nos adolescentes. Esta conclusão vai ao encontro de vários estudos que revelam que adolescentes com dificuldades de adaptação e insucesso escolar revelam maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais (Barbosa-Ducharne, *et al.*, 2019; Marin *et al.*, 2018; Watts *et al.*, 2019). Assim, é fundamental permitir que estes adolescentes possam ter experiências de sucesso escolar, que reforcem a sua autoconfiança, para que a escola não seja entendida e

vivenciada como mais um contexto no qual não são bem-sucedidos e lhes melhore as suas perspectivas de futuro.

Uma das limitações do presente estudo prende-se com o facto do grupo de adolescentes não institucionalizados ser constituído unicamente por raparigas. Tal situação pode ter tido impacto nos resultados uma vez que, de acordo com o que tem vindo a ser descrito na literatura, as variáveis estudadas revelam estar sujeitas à influência do género. Além deste aspeto, destaca-se ainda como limitação a amostra reduzida relativa à perspetiva temporal, o que não permitiu aprofundar as análises. Futuras investigações poderão colmatar estas limitações e aprofundar o conhecimento sobre algumas das variáveis em estudo, na população de jovens institucionalizados.

Importa referir que ao nível da recolha de dados foram também encontradas limitações e dificuldades. O facto de o preenchimento do questionário de dados sociodemográficos ser feito pelas técnicas fez com que a recolha desses dados se revelasse pouco precisa, ficando algumas informações pertinentes em falta.

Apesar das dificuldades consideramos que este estudo apresenta resultados que chamam a atenção para a necessidade de atender melhor às exigências dos adolescentes em acolhimento institucional. Além disso, as conclusões obtidas permitem-nos reafirmar que, embora se constitua o último recurso nas medidas de proteção às crianças e aos jovens, os cuidados residenciais não se afiguram a melhor alternativa. Salientamos, por isso, a pertinência de investir em intervenções destinadas às famílias em risco psicossocial, potenciando e estimulando o desenvolvimento de fatores protetores, com o objetivo de evitar medidas de institucionalização.

VI. Referências Bibliográficas

- Abrantes, P. D. J. (2020). *Ideação suicida em adolescentes institucionalizados e não institucionalizados: um estudo comparativo* (Master's thesis, Universidade do Algarve). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.1/15283>
- Afifi, T. O., Taillieu, T., Salmon, S., Davila, I. G., Stewart-Tufescu, A., Fortier, J., ... & MacMillan, H. L. (2020). Adverse childhood experiences (ACEs), peer victimization, and substance use among adolescents. *Child abuse & neglect, 106*, 104504.
- Afonso, S. A. T. (2014). *Processos de resiliência, regulação emocional e perspetiva temporal: um estudo comparativo sobre adolescentes institucionalizados vítimas de maus-tratos familiares* (Master's thesis, Universidade Portucalense). Retrieved from <http://hdl.handle.net/11328/938>
- Ajnakina, O., Trotta, A., Di Forti, M., Stilo, S. A., Kolliakou, A., Gardner-Sood, P., ... & Fisher, H. L. (2018). Different types of childhood adversity and 5-year outcomes in a longitudinal cohort of first-episode psychosis patients. *Psychiatry research, 269*, 199-206.
- Akfirat, O. N. (2020). Investigation Of Relationship Between Psychological Well-Being, Self Esteem, Perceived General Self-Efficacy, Level Of Hope And Cognitive Emotion Regulation Strategies. *European Journal of Education Studies, 7*(9).
- Almeida, L. D. S., Miranda, L., & Guisande, M. A. (2008). Atribuições causais para o sucesso e fracasso escolares. *Estudos de Psicologia (Campinas), 25*(2), 169-176.
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric services, 53*(8), 1001-1009.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Oliveira, R. V., Ferreira, R. M., & Pesce, R. P. (2007). Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23*(3), 287-294.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *Journal of applied sport psychology, 2*(2), 128-163.
- Barroso, R., Barbosa-Ducharme, M., Cruz, O., & Silva, A. (2018). Competência social em adolescentes adotados: estudo comparativo com adolescentes não adotados e em acolhimento residencial. *Análise Psicológica, 2*(36), 185.197.
- Bender, D., & Lösel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of adolescence, 20*(6), 661-678.
- Cahill, L. (2005). His brain, her brain. *Scientific American, 292*(5), 40-47.

- Câmara, S. G., & Carlotto, M. S. (2007). Coping e gênero em adolescentes. *Psicologia em estudo*, 12, 87-93.
- Campos, J., Barbosa-Ducharne, M., Dias, P., Rodrigues, S., Martins, A. C., & Leal, M. (2019). Emotional and behavioral problems and psychosocial skills in adolescents in residential care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(3), 237-246.
- Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos. In, M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol.2, pp.82-109). Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. S. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In, M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa* (1ª Ed., Vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto
- Chapple, C. L., & Vaske, J. (2010). Child neglect, social context, and educational outcomes: Examining the moderating effects of school and neighborhood context. *Violence and victims*, 25(4), 470-485.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDP CJ) (2020). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2019*. Lisboa.
- Constantine, N., Benard, B., & Diaz, M. (1999). Measuring protective factors and resilience traits in youth: The healthy kids resilience assessment. In *seventh annual meeting of the Society for Prevention Research, New Orleans, LA* (pp. 3-15).
- Cordovil, C., Crujo, M., Vilarica, P., & Silva P. C. (2011). Resiliência em Crianças e Jovens institucionalizados. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 413-18.
- Correia, F., & Mota, C. (2017). Papel do Ambiente Familiar do Desenvolvimento de Sintomatologia Psicopatológica em Jovens Adultos. *Psicologia Clínica*, 29(2), 253-271.
- Costa, S. F., & Teixeira, S. (2017). “A história não tem de ser o destino”: o risco psicossocial em crianças com famílias disfuncionais. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7(1-2), 193-203.
- Espejo, E. P., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2012). Elevated appraisals of the negative impact of naturally occurring life events: A risk factor for depressive and anxiety disorders. *Journal of abnormal child psychology*, 40(2), 303-315.
- Farley, T. M., McWey, L. M., & Ledermann, T. (2021). Trauma and violence as predictors of internalizing and externalizing symptoms of youth in residential child welfare placements. *Journal of family violence*, 36(2), 249-258.

- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child abuse & neglect*, 22(5), 339-357.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- Freitas, M., Santos, A. J., Ribeiro, O., Pimenta, M., & Rubin, K. H. (2018). Qualidade da amizade na adolescência e ajustamento social no grupo de pares. *Análise Psicológica*, 36(2).
- Gaspar, T., & Balancho, L. (2017). Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo: diferenças ligadas estatuto socioeconômico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1373-1380.
- Hiatt, C., Laursen, B., Mooney, K. S., & Rubin, K. H. (2015). Forms of friendship: A person-centered assessment of the quality, stability, and outcomes of different types of adolescent friends. *Personality and individual differences*, 77, 149-155.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2020) *Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento*. Lisboa.
- Janeiro, I. N. (2012). O Inventário de Perspectiva Temporal: estudo de validação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34), 117-132.
- Janeiro, I. N., & Veiga, F. H. (2014). Perspetiva temporal e envolvimento dos alunos na escola. In *I Congresso Internacional Envolvimento dos Alunos na Escola: Perspetivas da Psicologia e Educação* (pp. 386-398). Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.
- Jarmela, A. C. C. (2018). *Experiências de vitimação e saúde mental em adolescentes: o papel mediador da auto-eficácia* (Master's thesis, Universidade Lusófona). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10437/9473>
- Lemos, I. T. (2010). Risco psicossocial e psicopatologia em adolescentes com percurso delinvente. *Análise psicológica*, 28(1), 117-132.
- Lens, W., Paixao, M. P., Herrera, D., & Grobler, A. (2012). Future time perspective as a motivational variable: Content and extension of future goals affect the quantity and quality of motivation. *Japanese psychological research*, 54(3), 321-333.
- Lourenço, C. S. (2017). *Caraterísticas da empatia, psicopatologia e problemas de comportamento em raparigas: estudo comparativo entre adolescentes institucionalizadas e adolescentes da população geral* (Master's thesis, Universidade do Algarve). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.1/9982>

- Martins, C. S., Ferriani, M. D. G. C., Silva, M. A. I., Zahr, N. R., Arone, K. M. B., & Roque, E. M. D. S. T. (2007). A dinâmica familiar na visão de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5), 889-894.
- Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2010). Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrole. *Análise psicológica*, 28(2), 245-254.
- Nabais, L., & Ramos, N. (2020). Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos e diversidade cultural. In *Atas 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde-Melhorar o Bem-Estar Global através da Psicologia da Saúde* (pp. 233-241). Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).
- Oman, R. F., Vesely, S. K., Aspy, C. B., & Tolma, E. L. (2015). Prospective associations among assets and successful transition to early adulthood. *American journal of public health*, 105(1), 51-56.
- Ortuño, V. E., Paixão, M. P., & Janeiro, I. N. (2013). O tempo subjectivo como instrumento (des) adaptativo no processo desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 31(2).
- Prince, D. M., Epstein, M., Nurius, P. S., King, K., Gorman-Smith, D., & Henry, D. B. (2016). Assessing future expectations of low-income minority young men: Survival-threats and positive expectations. *Journal of child and family studies*, 25(7), 2089-2101.
- Rodarte, B. C., Carlos, D. M., Leite, J. T., Beserra, M. A., Oliveira, V. G., & Ferriani, M. D. G. C. (2015). Fatores de proteção sob o olhar de adolescentes vitimizados e institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 73-80.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp.181-214), New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1994). Individual Characteristics as a Force in Development . Em M.Rutter & D. Hay *Development through life* (pp.79-111). London: Blackwell Science
- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and youth services review*, 22(9-10), 685-703.
- Sabbag, G. M., & Bolsoni-Silva, A. T. (2011). A relação das Habilidades Sociais educativas e das práticas educativas maternas com os problemas de comportamento em adolescentes. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(2), 423-441.

- Santos, S. D., & Salvador, M. D. C. T. (2017). Bem me quer (o), mal me quer (o): ajustamento psicológico de adolescentes institucionalizados e não institucionalizados. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8 (1)
- Schoeps, K., Mónaco, E., Cocolí, A., & Montoya-Castilla, I. (2020). The impact of peer attachment on prosocial behavior, emotional difficulties and conduct problems in adolescence: The mediating role of empathy. *PloS one*, 15(1), e0227627.
- Silva, D. G. D., & Dell'Aglio, D. D. (2016). Exposure to domestic and community violence and subjective well-being in adolescents. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 26(65), 299-305.
- Simões, C., Santos, A. C., Canha, L., & Matos, M. G. (2019). Resiliência na adolescência: género e a idade fazem a diferença?.
- Soares, A. L. G., Howe, L. D., Matijasevich, A., Wehrmeister, F. C., Menezes, A. M., & Gonçalves, H. (2016). Adverse childhood experiences: prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child abuse & neglect*, 51, 21-30.
- Soares, A., Pais-Ribeiro, J. L., & Silva, I. (2018). Recursos del Desarrollo en la Adolescencia-Revisión Integrativa. *Ciências Psicológicas*, 12(1), 45-57.
- Soares, A., Ribeiro, J. L. P., & Silva, I. (2020). Recursos pessoais e contextuais preditores de percepção de saúde na adolescência. *Ciências Psicológicas*, 14(2), 136-151.
- Soares, A. S., Pais-Ribeiro, J. L., & Silva, I. (2020). Recursos personales y contextuales predictors de afectos positivo y negativo en adolescentes. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 38(1), 33-47.
- Sobrinho, Ana Teresa, & Campos, Rui C.. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34(1), 47-59.
- Souza, M. S., Baptista, M. N., & da Silva Alves, G. A. (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, (28), 45-59.
- Steele, E. H., & McKinney, C. (2019). Emerging adult psychological problems and parenting style: Moderation by parent-child relationship quality. *Personality and Individual Differences*, 146, 201-208.
- Vorria, P., Wolkind, S., Rutter, M., Pickles, A., & Hobsbaum, A. (1998). A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families: I. Social, emotional, and behavioural differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 225-236.
- Vorria, P., Wolkind, S., Rutter, M., Pickles, A., & Hobsbaum, A. (1998). A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families: II. Possible mediating mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 237-245.

- Watts, S. J., Province, K., & Toohy, K. (2019). The kids aren't alright: School attachment, depressive symptoms, and gun carrying at school. *American journal of criminal justice*, 44(1), 146-165.
- Weber, L. N. D. (2017). Relações entre práticas educativas parentais percebidas e a autoestima, sinais de depressão e uso de substâncias por adolescentes. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 157-168.
- Westrupp, E. M., Brown, S., Woolhouse, H., Gartland, D., & Nicholson, J. M. (2018). Repeated early-life exposure to inter-parental conflict increases risk of preadolescent mental health problems. *European journal of pediatrics*, 177(3), 419-427.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.
- Zappe, J. G., & Dell'Aglio, D. D. (2016). Adolescência em diferentes contextos de desenvolvimento: risco e proteção em uma perspectiva longitudinal. *Psico*, 47(2), 99-110.