

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



INSTITUCIONALIZAÇÃO E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS:
O COMPORTAMENTO DELINQUENTE NA ADOLESCÊNCIA E A INFLUÊNCIA
DE FACTORES DE RISCO.

Ana Sofia dos Santos Guerra

Nº. 12413

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Clínica

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

INSTITUCIONALIZAÇÃO E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS:
O COMPORTAMENTO DELINQUENTE NA ADOLESCÊNCIA E A INFLUÊNCIA
DE FACTORES DE RISCO.

Ana Sofia dos Santos Guerra

N.º. 12413

Dissertação orientada por Prof. Eduardo Sá

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Clínica

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Eduardo Sá, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

Agradecimentos

Esta Tese não se traduz, apenas, por mais um percurso de cumprimento académico. É antes o reflexo de um crescimento pessoal, em que me foi permitido reflectir sobre questões teóricas e práticas capazes de trazer benefícios à vida destes jovens, ao mesmo tempo que permitiu o contacto com uma realidade para muitos, desconhecida.

Quero antes de mais agradecer aos meus pais pelo carinho, pelas palavras de incentivo ditas no momento certo, pela força que sempre me deram, e sobretudo por terem acreditado que seria capaz de chegar até aqui.

À minha irmã, pelos miminhos e pelo apoio, e ao meu namorado pela coragem que me foi dando, pela tolerância e paciência que teve nos momentos mais difíceis.

Aos meus Avós que, mesmo na ausência, não deixaram de estar ao meu lado e de darem o seu sentido apoio.

Agradeço ao meu orientador, Professor Eduardo Sá, pela disponibilidade, exigência e profissionalismo ao longo de todo este ano e por me ajudar a concretizar o presente estudo.

Agradeço às instituições envolvidas, por abrirem as suas portas e permitirem as condições necessárias à elaboração desta tese. Agradeço ainda à Dra. Margarida Almeida pelo seu carinho e dedicação, à Dra. Dora Barbosa pela sua disponibilidade, carinho e orientação ao longo destes meses e à Dra. Teresa Martins pela orientação.

Aos meus amigos pela ajuda que me deram, pela contenção das angústias e pela paciência que tiveram.

À Cláudia pelo apoio, perseverança e conselhos. À Prof. Manuela por toda a revisão, pela coragem e palavras de incentivo.

Não posso deixar de agradecer a todos os jovens que se cruzaram comigo neste caminho, pois sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Resumo

Esta investigação incide sobre a pertinência de estudar as problemáticas adversas ao desenvolvimento emocional e cognitivo destes jovens, várias vezes traduzido por diferentes níveis de mal-estar. Assim, pretende-se relacionar as trajectórias de vida dos jovens, em situações de institucionalização (G.J.I.) e em meio familiar de vida (G.J.N.I.), com os sintomas psicopatológicos e a intensidade de sofrimento psicológico. O acolhimento institucional de crianças/ jovens sem suporte familiar adequado, tem vindo a constituir-se como questão central. As investigações realizadas, nesta área, sobre o verdadeiro impacto da institucionalização, indicam que crianças/jovens institucionalizados apresentam tendência depressiva, por comparação, com as crianças/jovens em meio familiar de vida (Rosinha, 2005; Ferreira, 2002, cits. por Marques, 2006).

Neste estudo foram avaliados 30 jovens, dos 13 aos 16 anos. Recorreu-se à Escala de Avaliação de Sintomas 90- R (SCL- 90- R), avaliando-se as diferenças relativas aos valores Médios e Desvios-padrão dos dois grupos (G.J.I. e G.J.N.I) para as 9 dimensões de sintomas psicológicos, bem como a correlação entre estas dimensões. Os resultados referem que o G.J.I. apresenta um maior número de sintomas psicopatológicos, em detrimento do G.J.N.I., com comportamentos delinquentes em meio familiar de vida. Relatam ainda que existe uma analogia entre a institucionalização e o Índice Geral de Sintomas (GSI), em que o G.J.I. exprime maior intensidade de sofrimento psíquico. Conclui-se que as trajectórias de vida destes jovens foram determinantes no número de sintomas psicopatológicos e na intensidade de sofrimento psíquico.

Palavras - chave: Institucionalização, Meio Familiar de Vida, Sintomas Psicopatológicos.

Abstract

This research focuses on the relevance of studying the problems of adverse emotional and cognitive development of young people, named several times by different levels of malaise. Thus, it is intended to link the paths of life of young people in situations of institutionalization (G.J.I.) and in the familiar environment (G.J.N.I), with psychopathological symptoms and the intensity of psychological distress. The institution shelter for children / young people without adequate family support has set itself the central issue. The investigations in this area, about the true impact of institutionalization, indicate that children / youths institutionalized show depressive trends, by comparison, with children / young people in the family environment (Rosinha, 2005; Ferreira, 2002, cits. by Marques, 2006).

In this study were 30 young people, from 13 to 16 years old. It was utilized the Symptoms Checklist 90 - R (SCL-90 - R), evaluating the differences on the average values and standard deviations of the two groups (G.J.I. and G.J.N.I.) for the 9 dimensions of psychological symptoms, as well the correlation between these dimensions. The results indicate that the G.J.I. presents more psychopathological symptoms, rather than G.J.N.I. with delinquent behavior in the family environment. Also reported that there is an analogy between the institutionalization and the Symptoms General Index (GSI), in which the G.J.I. expresses higher intensity of psychological suffering. It concludes that the paths of life of these young people were fundamental in the number of psychopathological symptoms and in the intensity of psychological distress.

Key-words: Institutionalization, Familiar Environment, Psychopathological Symptoms.

Introdução	1
Parte I-Enquadramento Teórico	
I. Adolescência e o Risco de Ser Adolescente	4
II.Delinquência Juvenil	8
II.1. A importância de clarificar o conceito segundo as diferentes perspectivas	8
II.2. Considerações sobre os padrões relacionais na génese da delinquência	11
II.2.1. Delinquência: Estrutura familiar, privação e frustração precoces	11
II.2.2. Importância da qualidade da relação vivida	15
III. O jovem em diferentes trajetórias	17
III.1.O Jovem em Meio Familiar de Vida	18
III.2.O jovem em Acolhimento Institucional	20
Parte II-Estudo Empirico	
II-Método	24
II.1.Definição do Problema	24
II.2.Delineamento do Estudo	24
II.3. Hipóteses	25
II. 4. Participantes	26

II.4.1. Selecção dos Participantes e Critérios de Distribuição	26
II.5. Instrumento	28
II.5.1. Escala de Avaliação de Sintomas 90- R (SCL- 90- R)	28
II.5.2. Aplicação e Avaliação da SCL-90-R	30
II.6. Procedimento	32
II.7. Análise Estatística dos dados da amostra	34
III-Resultados	36
III. 1. Análise da Consistência Interna para as 9 dimensões de sintomas psicológicos da SCL-90-R.	36
III.2. Análise dos Resultados obtidos no Inventário SCL-90-R	37
III.2.1. Análise Descritiva dos Valores Médios, Desvios-padrão, Mínimo e Máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicológicos (N=30).	37
III.2.2. Análise dos valores médios, mínimo e máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicológicos nos 2 grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I).	39
III.3. Correlação entre as 9 dimensões de sintomas psicológicos da SCL- 90- R. (N=30)	45
III. 4. Análise do Índice Geral de Sintomas (GSI).	47
IV-Discussão	49
V-Conclusão	57
V.1. Contributo e Limitações do Estudo	61
V.2. Propostas para novas linhas de investigação	62

VI-Referências Bibliográficas	63
ANEXOS	69
Anexo A: Questionário utilizado para a recolha de dados QUESTIONÁRIO DE 90 SINTOMAS: SCL-90-R	70
Anexo B: Itens da escala original por dimensão	78
Anexo C: Quadro de correspondência entre nomes e siglas utilizadas na escala	83
Anexo D: Pedido de Autorização às Instituições e Termo de Consentimento Informado	85
Anexo E: Outputs Estatísticos	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Característica demográfica relacionada com a idade nos dois grupos da amostra.

Tabela 2: Análise da Consistência Interna da SCL-90-R (N=30).

Tabela 3: Média, Desvio-padrão, Mínimo e Máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicológicos (N= 30).

Tabela 4: Média, mínimo e máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicológicos nos 2 grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I.).

Tabela 5: Diferenças entre as médias para os 2 grupos (G.J.I. e G.J.N.I.).

Tabela 6: Correlação entre as 9 dimensões de sintomas psicológicos do Inventário SCL- 90-R (N=30)

Tabela 7: Valores médios e desvios-padrão do Índice Geral de Sintomas (GSI), para os 2 grupos.

Tabela 8: Diferenças entre as médias para os 2 grupos (G.J.I. e G.J.N.I.) no Índice Geral de Sintomas (GSI).

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos Jovens relativamente à idade.

Gráfico 2: Análise dos valores médios para as 9 dimensões de sintomas psicológicos nos 2 grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I.).

Introdução

Numa sociedade cada vez mais exigente, e numa procura cada vez maior de cumprimento de valores, normas e condutas ajustadas, impõe-se a necessidade de orientar o indivíduo para o caminho de uma melhor adaptação social.

A orientação do indivíduo, face a essas regras, depende da sua possibilidade de compreender o funcionamento do sistema em causa e da aquisição de uma estrutura de conhecimentos, bem como de um repertório comportamental adequado às regras desse mesmo sistema.

A compreensão, estruturação e interiorização dessas regras e das normas em geral, desenvolve-se segundo um processo dinâmico, individual e social, que pressupõe a vivência de uma infância em que as necessidades básicas foram satisfeitas (como o afecto, o conforto, a comida e o abrigo), ao mesmo tempo que precisa de uma adolescência vivida com tempo de aprendizagem e acumulação de experiências, permitindo ao indivíduo sentir-se útil e amado. (Strecht, 1999)

Actualmente, várias têm sido as observações face às manifestações de agressividade e violência, que de uma forma ou de outra, directa ou indirectamente, reportam a questões relativas aos comportamentos desviantes, praticados por adolescentes. Assim, o comportamento do jovem, sobretudo aquele que adopta contornos sob a forma de delinquência, tende a intensificar a procura urgente de respostas teóricas e práticas, face à complexidade e natureza que caracteriza o problema em si.

Apesar de, nos últimos anos, muito se ter falado do fenómeno da delinquência, na verdade, muitas lacunas ainda se impõem, e muitas reflexões ainda podem ser feitas neste âmbito. Várias são as respostas urgentes que se vão exigindo a respeito dos comportamentos juvenis, daí que o problema da delinquência continue a ser foco de diferentes estudos e investigações, nas mais diversas áreas das ciências sociais e humanas, como a psicologia, a sociologia e o direito.

A problemática da delinquência juvenil continua, como se tratasse de uma questão que se perpetuou no tempo, a merecer aprofundados estudos nas mais diversas áreas. Muito se tem

falado das crianças e jovens considerados, como muitos defendem, verdadeiros “perigos sociais”. No entanto, importa referir que esta temática deve continuar a merecer uma atenção especial, pois não constitui só um problema social grave com tendência a crescer, como também um problema com repercussões a nível psicológico.

Dado o crescente interesse pela problemática da delinquência juvenil e, tomando como ponto de partida, as várias pesquisas já realizadas, poderemos olhar de forma crítica para os riscos acrescidos das mais variadas formas de privação familiar a que estes jovens foram, e são, continuamente expostos, quer por uma má qualidade parental, marcada por uma ausência de vinculação segura/abandono, quer por falta de acompanhamento dos pais e disciplina, muitas vezes desadequada.

Neste estudo, será pertinente estudar as problemáticas adversas ao desenvolvimento emocional e cognitivo destes jovens, várias vezes traduzido por diferentes níveis de mal-estar. Assim, pretende-se relacionar as trajetórias de vida dos jovens, em situações de institucionalização e em meio familiar de vida, com os sintomas psicopatológico e a intensidade de sofrimento psicológico, numa procura de minimizar contornos mais prejudiciais, subjacentes a estas vivências.

Pensando que, se a delinquência também é um problema socialmente construído, é função de todos assumir um papel activo na compreensão e prevenção de situações que possam conduzir a criança e o jovem à marginalidade e ao crime.

Torna-se prioridade destacar os contextos e a função da família que, muitas vezes, dão cor às trajetórias de vida dos adolescentes, dito delinquentes, onde a pobreza, a exclusão social, a marginalidade e o desvio associados à fraca ou nula qualidade de relações afectivas característica das interacções e dinâmicas familiares são parte integrante de maior relevo. Assim, para este estudo, e procurando respostas que possam minimizar o sofrimento psicológico destes adolescentes, constituiu-se um grupo de jovens institucionalizados e outro de jovens não institucionalizados, em meio familiar de vida, ambos com comportamentos delinquentes, para comparar os resultados e relacioná-los com os padrões familiares.

Iniciaremos o presente estudo com um primeiro capítulo, que apresenta o enquadramento teórico, abordando algumas características da adolescência e fazendo uma revisão de literatura, referente ao fenómeno da delinquência, nas suas variadas expressões e significados. Desenvolve-se ainda conceitos sobre a importância da qualidade da relação

vivida e, por último, de uma forma sucinta, faremos uma breve reflexão a propósito do jovem e a institucionalização.

Numa fase posterior, é feita uma abordagem ao método utilizado, fazendo-se uma caracterização dos participantes e dos critérios de distribuição. Descreve-se o instrumento, o procedimento efectuado e por fim faz-se uma análise estatística dos dados. Nos dois últimos capítulos é feita, respectivamente, uma análise dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos, permitindo extrair conclusões sobre as variáveis em estudo, enumerando os seus contributos /limitações e propondo novas linhas de investigação.

I. Adolescência e o Risco de Ser Adolescente

“a adolescência caracteriza-se (...) pela perda dos pais na sua função parental e de objectos de amor e identificação, para a sua conquista com parceiros mais velhos, e pela escolha do par amoroso ou parceiro sexual como objecto da sexualidade adulta e do amor oblativo.”

Coimbra de Matos (2002)

Para um melhor enquadramento da delinquência juvenil importa, antes de mais, tecer algumas considerações, embora breves e redutoras, sobre o conceito de adolescência, inserido num contexto de normalidade e patologia.

De forma sucinta, será de todo pertinente fazer uma breve consideração sobre algumas das características mais marcantes no processo da adolescência, que se expressam pela construção de uma nova identidade e a constante procura da autonomia. Na construção de uma nova identidade, o adolescente quando confrontado com um mundo em transformação, vê-se obrigado a reorganizar as suas identificações, no sentido de constituir uma nova identidade, ou seja, progressivamente são impostos ao jovem diferentes compromissos sociais e culturais.

A adolescência é considerada o período por excelência da consolidação da identidade – a fase decisiva de transição para a idade adulta e da construção da identidade pessoal. Este desenvolvimento encerra muitos processos e a sua integração faz avançar a maturação emocional. Nesta fase, as relações objectais conduzem a identificações transitórias, em que qualquer objecto, real ou imaginário, podendo servir como apego ao mundo objectal.

Assumir, de forma madura, uma identidade, pressupõe também um luto, pois implica a ruptura com estruturas estabelecidas e «identidades» anteriores. O indivíduo terá que passar por experiências dolorosas de períodos de desorganização das estruturas estabelecidas e dos

vínculos objectais, para se (re) integrar numa (re) organização que o conduza a configurar-se enquanto pessoa.

A identidade do adolescente “*constrói-se na oscilação do investimento objectal e investimento narcísico, no aproximar do outro e no assimilar das suas qualidades, tão bem como no contraste e no afirmar-se de si próprio*”. Isto é, contudo, um processo crítico “*de acidentes emocionais que deixam sequelas mais ou menos indeléveis, e na execução da qual muito jovem se afunda, perde ou estiola: são então as condutas bizarras, a retirada do real, a confusão de identidade, a fachada do falso Eu*”. (Coimbra de Matos, 2002)

Relativamente à procura de autonomia, segundo Coimbra de Matos (2002), a separação e independência face às figuras parentais, conduz a um processo de culpa/punição, podendo também os comportamentos desviantes enquadrarem-se numa problemática de tentativa de repressão da dor mental, sustentada pela substituição do sentimento pelo agir.

De acordo com Braconnier e Marcelli (2000), o adolescente, face ao duplo desafio de necessidade de separação dos pais, por um lado, e a conquista de autonomia, por outro, experimenta a sensação do limite que, tantas vezes, conduz à transgressão sem expressão patológica. Esta “*negociação de novos laços com os objectos de infância e o estabelecimento de ligações a novos objectos*” que caracteriza o momento de mudança intrapsíquica pode, segundo Krammer (1992) (cit. por Benavente, 2002) culminar em “*desvio*”.

Com base numa abordagem mais actual e adoptando, como referência teórica, as considerações dinâmicas de Coimbra de Matos (2002), avaliar o que é normal ou patológico na adolescência, implica tomar conhecimento do significado adaptativo e do sintoma ou do comportamento em causa. Segundo o autor, aquilo que surge como “*aparente*” patológico deverá ser avaliado na sua dimensão de coerência com o funcionamento global do indivíduo, sabendo que se entende por patológico todo o desacordo com a organização pessoal, representado pela revivência de conflitos por resolver.

As sociedades actuais exigem ao jovem um esforço de integração e compromissos sociais mas, o crescimento e a maturação *egoísta* do adolescente ocorrem numa turbulência, sempre coincidente com o processo de socialização. No cruzamento destas experiências, o adolescente coloca-se, muito frequentemente, na fronteira entre o normal e o patológico, até porque se exprime sobretudo através do *acting*.

Retomando de novo o termo *acting* importa referir que, *acting* designa a acção que apresenta a maior parte das vezes um carácter impulsivo, inclui uma vasta gama de comportamentos, inclusive a designada *passagem ao acto*. Nesta fase do desenvolvimento, o agir é considerado como um dos modos privilegiados de expressão dos conflitos e angústias do indivíduo. Assim, a transgressão e/ou o agir poderão estar, eventualmente, relacionados com as estratégias que o adolescente perfilha, no sentido de procurar soluções para um conflito com vista à adaptação ao processo de aquisição de novas formas de socialização. Deste modo o adolescente age *acting* no sentido de deslocar o conflito do interior para o exterior, utilizando mecanismos de defesa da ordem do agir. O acto tem, então, uma função mágica de modificar o exterior através da dita operação de deslocação interior/exterior. Há como que uma resistência à mentalização/recordação das vivências internas que são exteriorizadas pelo agir.

Aragão (2000) concebe a questão do acto como dicotómica, dado que no próprio acto estariam presentes aspectos fantasmáticos inconscientes e a acção ou o comportamento agido (portanto, entre o agir e o pensar); em que pensamento e acção são, na realidade, diferentes vias de externalização e actualização do fantasma inconsciente. O acto não seria apenas uma descarga pulsional ao serviço do prazer, nem somente motricidade capaz de produzir efeitos na realidade externa. Teria uma tradução e efeito interno, dado que no próprio acto interviria um pensamento. “*Sabemos que nenhum acto é expressão directa do fantasma, porque há um pensamento interveniente; e sabemos igualmente que no agir existe sempre uma componente de insatisfação, pelo simples facto da exclusão automática de outras potenciais possibilidades*”. Aragão (2000)

Ainda fazendo referência à questão do *acting*, Coimbra de Matos (2002) afirma que, somente através da experimentação, do viver por si e para si e para os outros, o indivíduo poderá adquirir a independência emocional, o romper com a ansiedade e insegurança, constituindo desta forma a linha mestra da sua identidade. A repetição – e em certa medida o *acting* – aqui, poderiam estar ao serviço da progressão e maturação psíquica, do pensamento e da libertação do objecto, através da criação de símbolos e da sua utilização para o pensar.

De acordo com Aragão (2000), esta passagem ao acto, enquanto expressão de um factor patogénico, terá tendência a reforçar-se, ficando o sujeito subordinado a esta forma de expressão, na tentativa de negativizar a angústia. Este sistema autocentrado é devorador de si

próprio, “enlouquece”, bloqueia e esvazia. A tolerância acelera a necessidade de reproduzir o acto para manter um aparente equilíbrio, levando o sujeito à compulsão de repetição. Com a compulsão à repetição, criamos a imagem mental de um funcionamento psíquico em círculo fechado, que ignora toda a diferença e perde toda a perspectiva de crescimento.

Quando se relaciona a relação entre a adolescência e o risco de se ser adolescente, assiste-se a uma procura intencional do risco ao nível dos comportamentos, independentemente do indivíduo ter adquirido, nesta fase, uma percepção de risco. O comportamento de procura ou evitamento do risco, segundo o mesmo autor, dependeria de factores disposicionais nos quais a motivação e a personalidade do indivíduo influiriam, condicionando a escolha do comportamento, bem como do próprio contexto social.

Importa não esquecer que, a adolescência constitui-se, por si própria, como um factor de risco, própria à adopção de condutas que podem ir do alcoolismo, à toxicodependência, ou até mesmo à delinquência. Muitos destes comportamentos estão, provavelmente, relacionados com sentimentos de onnipotência, do ser capaz e, também, com a sua própria dificuldade em adquirir uma nova identidade. Estas condutas, por vezes, permitem ao indivíduo uma adaptação extrema ao que a sociedade censura, satisfazendo a necessidade de auto-estima e conferindo ao mesmo tempo um aparente sentimento de autonomia.

Em algumas fases da adolescência existem perturbações do comportamento que não correspondem necessariamente a actos de delinquência, mas sim a inadaptações temporárias devido a uma crise da própria adolescência. Contudo, certas condutas de comportamento inadequado mais graves e/ou persistentes devem ser alvo de uma leitura mais focalizada. (Negreiros, 2001)

Deste modo, iremos proceder de forma mais pormenorizada, a uma revisão de literatura referente ao fenómeno da delinquência juvenil, nas suas variadas expressões e significados.

II. Delinquência Juvenil

II.1. A importância de clarificar o conceito segundo as diferentes perspectivas

“ o conceito de delinquência é definido em função de critérios jurídico -penais, do qual o acto praticado pelo indivíduo é alvo de condenação ou sanção penal”.

Negreiros (2001)

Um dos problemas do fenómeno da delinquência surge, precisamente, na definição ou nas definições encontradas para esclarecer o conceito, bem como nas diferentes perspectivas que cada um dos autores adopta, para abordar o fenómeno. Posto isto, torna-se pertinente fazer uma exposição do conceito e das variadas interpretações, segundo os diferentes autores.

Como um dos factores de complexidade decorre da própria definição do problema, e das formas de expressão que esses comportamentos podem assumir, sejam eles caracterizados como comportamentos anti-sociais, perturbações do comportamento ou delinquência, o importante é não cair no erro de os confundir. Embora esta própria ambiguidade do conceito persista à luz das mudanças ocorridas a nível cultural, social e psicológico, a emergência da problemática e dos contornos a ela associados, conduziu à necessidade de definir dois factores interrelacionais: o comportamento em si próprio e a sua definição como desviante ou delinquente. (Figueiredo Dias & Costa Andrade, 1984 ref. por Leote de Carvalho, 2003)

Segundo a perspectiva jurídica, o termo desvio/delinquência advém da criminologia, referindo-se à transgressão da lei onde *“delinquente é o transgressor das normas da sociedade”* (Coimbra de Matos, 2001). Para a perspectiva jurídica, delinquente é todo aquele que infringe a lei, que comete o delito – sendo este o acto que conduz à punição de quem o cometeu. Delinquir significa, com efeito, cometer um delito ou desvio em relação à sociedade, em desrespeito pelo que está legalmente instituído.

Psicologicamente transgredir a lei é, também, em certo sentido, uma tarefa de crescimento que se consubstancia nos processos mentais criativos e, por isso, na maturidade

dos indivíduos. Então desvio e transgressão podem ter um duplo significado: jurídico, no acto ilegal, e psicológico no comportamento desviante que lhe subjaz.

O facto de se envolverem em transgressões de normas sociais, ou mesmo da lei em vigor, constitui um comportamento anti-social. Estes comportamentos correspondem ao conjunto de actividades como actos agressivos, furto, vandalismo, fugas ou outros comportamentos que traduzem de um modo geral, uma violação pelas normas e regras que uma sociedade tem legalmente instituído. Estes actos estão, genericamente, associados à transgressão ou violação de normas ou de expectativas sociais (Negreiros, 2001). De acordo com o mesmo autor, as perturbações de comportamento manifestam-se no início da infância, sendo que as formas mais precoces de comportamento anti-social e de oposição, são preditivas de outras perturbações psicológicas.

Mas *“quais são os limites entre os conceitos de comportamento desviante e de marginalidade, desordem de personalidade anti-social, personalidade criminal, psicopatia ...? Como se pode compreender, no contexto de designações tão díspares, a delinquência juvenil?”* (Sá, 2003). Coimbra de Matos (2002) considera que o termo delinquência, no âmbito da psicopatologia, não está adequado. É uma designação da criminologia, referente à transgressão da lei e das normas da sociedade. Analogamente, *“o facto de qualificar alguém como delinquente (...) revela (...) uma convenção jurídica. Não depende de qualquer teoria racional do comportamento humano, mas de um compromisso entre diversas forças sociais. As disposições do código e as modalidades da sua aplicação reflectem este comportamento. Assim, o comportamento qualificado de delinquente será tão variável como os conjuntos socioculturais de que o direito penal não forma senão uma parte”*. (Szabo, cit. por Cruz e Reis, 1983, e ref. por Leote de Carvalho, 2003)

Segundo Romm et al. (ref. por Benavente, 2002) importa nas situações de delinquência juvenil, considerar a possibilidade dos comportamentos desviantes, manifestados pelos adolescentes poderem, eventualmente, tratar-se de *“depressões mascaradas”*. Na sequência do estudo realizado por Wiesner & Kim (2006), podemos relacionar o fenómeno da delinquência com os sintomas depressivos. Numa amostra de 985 indivíduos, dos quais 472 rapazes e 513 raparigas, usando uma Escala da depressão, o estudo concluiu que existe uma correlação entre a delinquência e a depressão. Concluíram ainda que, os acontecimentos de

vida stressantes a que estes sujeitos foram expostos enquanto crianças, são fortes preditores da delinquência e da depressão.

O traço mais característico referente à conduta desviante, segundo o ponto de vista psicanalítico, seria o da inconstância da relação de objecto na qual, o objecto interno, não se encontra suficientemente estável. *“Os comportamentos poderiam surgir como estratégia defensiva, no sentido de organização do caos interior – este seria deslocado, por intermédio de um movimento de projecção, para o exterior”*. (Marques, 1995)

Do ponto de vista analítico, Coimbra de Matos (2002) considera que, os indivíduos que apresentam comportamentos desviantes possuem como traços mais característicos a inconstância da relação de objecto, a intolerância à frustração e a incapacidade para suportar a ansiedade, ou seja, a energia pulsional é desviada e investida no agir, como consequência da incapacidade de elaboração mental da frustração imposta pela realidade. Para o autor, este movimento psíquico ocorre devido a uma falha na interiorização do bom objecto, condicionante de um sentimento de depressão inconsciente, por sua vez compensada por comportamentos instáveis, de fugas para a frente. O objecto interno persecutório é constantemente projectado e perseguido, não havendo espaço psíquico para a elaboração mental da frustração imposta pela realidade, sendo que a energia pulsional poderá ser dispendida no corpo (acting in) ou no ecossistema (acting out), equivalente a comportamento delinquencial.

Outra definição para o conceito de delinquência, pode ainda ser encontrada por Dickes e Hausman (1986) (ref. por Leote de Carvalho, 2003) que, definiram a delinquência como todos os comportamentos problemáticos manifestados no decurso da transição dos jovens para a vida adulta, sendo os mesmos entendidos como comportamentos inaceitáveis pelo código das condutas sociais convencionais.

II.2. Considerações sobre os padrões relacionais na gênese da delinquência

“Os actos anti-sociais do jovem delinquente (como tantos outros sintomas psicológicos) são um sinal de esperança: eles significam que a criança procura manter alguma espécie de relação afectiva”.

Winnicott
(1943/1997)

Neste sub-capítulo procuramos aprofundar especialmente as causas e origens dos comportamentos delinquentes que, na maior parte das vezes, levam os adolescentes a revelarem comportamentos de marginalidade e delinquência.

Falar das causas dos comportamentos delinquentes, na adolescência, é uma tarefa ambiciosa e demasiado complexa, na medida em que as suas causas são multifactoriais. Por isso, identificar as diferentes causas que podem conduzir a determinados efeitos é uma aspiração da ciência. No entanto, sabemos *à priori* que um processo de causa efeito em ciências humanas não pode, nem deve, ser estabelecido linearmente. É nesta tentativa de encontrar aproximações à gênese do comportamento delinquente tendo em conta a estrutura familiar, a privação e a frustração precoces, que diferentes autores têm debruçado os seus estudos.

II.2.1. Delinquência: Estrutura familiar, privação e frustração precoces

Quando se aborda a temática da delinquência e para melhor compreender a sua etiologia, torna-se crucial reflectir sobre a importância que a estrutura familiar e os padrões relacionais têm na construção da *identidade* e *personalidade* das crianças e adolescentes. Posto isto, quando se averigua a relação entre os fenómenos da delinquência e os padrões relacionais (Farrington & Anderson, 2002), alguns estudos apontam para que a compreensão

da delinquência passe pela responsabilização parental, sendo que muitos dos pais destes jovens são ausentes do ponto de vista físico e emocional.

As relações familiares e a sua própria dinâmica, contribuem fortemente para o percurso/estilo de vida de um adolescente em risco. Mais uma vez, a ideia de que os comportamentos anti-sociais podem estar associados a experiências violentas numa idade precoce, reforçada pelo estudo de Perren e Hornung (2005), cujo objectivo é investigar a prevalência e a correlação entre as várias experiências violentas e a qualidade das relações familiares de jovens com comportamentos anti-sociais. Numa amostra de 1107 rapazes e raparigas com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos, o estudo demonstra que existe uma relação entre o comportamento anti-social e as experiências de violência e agressividade a que estes adolescentes foram sujeitos numa fase precoce do seu estilo de vida. Adolescentes vítimas de violência, na relação familiar, tendem a adoptar também comportamentos agressivos/violentos. Este estudo, ao associar a agressividade, enquanto recurso à impossibilidade dos pensamentos e das palavras, e a delinquência, revela que as raparigas não se envolvem tanto em comportamentos violentos como os rapazes e que os rapazes são mais frequentemente identificados como tendo comportamentos violentos e, desta forma, caracterizados como delinquentes.

Com base na teoria defendida por Bowlby, a predisposição de alguns jovens para comportamentos delinquentes, tem como causa o afastamento prolongado da criança à sua figura de attachment. Ainda de acordo com Bowlby, e segundo os resultados do estudo efectuado pelo autor a 44 jovens que cometeram o crime de roubo, 40 desses jovens evidenciaram possuir um carácter desprovido de afectos (separação da mãe com cerca de 6 meses e mais) das suas figuras maternas durante os primeiros anos de vida. Posto isto, podemos referir com toda a clareza que, a infância e a adolescência são caracterizadas como sendo um período sensível durante o qual o conceito de attachment se desenvolve menos normal ou desviante, de acordo com a experiência individual mantida com as suas figuras de referência.

Também para Winnicott (cit. por Fontes, 2002) existe uma relação directa entre a tendência anti-social e a privação. Para este autor, esse momento de privação original ocorre durante o período em que o ego da criança reside no processo de fusão entre as forças libidinosas e agressivas do Id. Quando as forças destrutivas ameaçam dominar as forças do

amor, assiste-se no indivíduo a uma tentativa de exteriorizar do seu mundo interno naquilo que poderia representar algo de destrutivo e agressivo, ou seja, o indivíduo usa os impulsos instintivos para transformar o Mal em Bem. Ainda, segundo o autor, a criança anti-social não teve a possibilidade de desenvolver um bom ambiente interno, tendo por isso, necessidade de recorrer ao controle externo.

Ainda segundo Winnicott (cit. por Braconnier & Marcelli, 2000) existe uma relação entre as tendências anti-sociais e a privação da vida familiar, sendo que a falta de um quadro de referência adequado dentro da família, dos prestadores de cuidados ou dos substitutos parentais, pode desencadear insegurança por parte da criança e potenciar comportamentos disruptivos.

Sá (2001), baseando-se em Winnicott, assinala que a privação emocional pode ser compreendida como um “déficit” nas relações primárias do sujeito com a mãe. A mãe, na expressão de Winnicott, é o primeiro “organizador psíquico” da criança” (Sá, 2001) e a ela caberia oferecer segurança ao filho, segurança esta, que se refere à capacidade de administrar os seus impulsos, principalmente dando segurança nas suas frustrações inevitáveis.

Ainda nesta linha da relação entre os fenómenos de delinquência e privação, Coimbra de Matos (2002) distingue o delinquente neurótico e o delinquente borderline. O que caracteriza o delinquente neurótico é o comportamento inibido, resultante da repressão do desejo pessoal em obediência a um Super Ego rígido, severo e inibitório. A passagem ao acto traduz a expressão de descarga agressiva episódica, conseqüente do estado de frustrações e privações acumuladas vividas pelo sujeito.

O comportamento delinquente borderline corresponde a uma deficiência narcísica primária definida por Balint (1977) (ref. por Coimbra de Matos (2002) de “*falha narcísica*”. Estes sujeitos têm um Super Eu lacunar como reflexo de um Self clivado, ora por uma imagem grandiosa, ora diminuta, cuja personalidade oscila entre o binário impulso/ contra impulso, ao qual corresponde uma relação dual alternante (amor/ódio). Em síntese, na origem da delinquência neurótica, está um meio familiar acomodado, caracterizado pela “*obediência automática à lei do outro*” e na origem da delinquência borderline, estará a carência afectiva precoce causada por objectos de abandono.

Relativamente à frustração precoce, esta tem sido um dos factores referenciados para a compressão da origem da delinquência juvenil. A frustração precoce relaciona-se com a não - consideração da individualidade própria da criança, condicionando a constituição de um falso Eu, associado a sentimentos de carências narcísicas e depressão, convertidos na adolescência, usualmente, em atitudes de desprezo e violência perante a sociedade.

Das várias reflexões feitas sobre os diferentes autores que investiram o seu estudo nesta área, continuamos a reforçar a ideia de que a origem da delinquência reside “*na insuficiência ou má qualidade dos cuidados maternos, relações extremamente frustrantes com os pais, separações precoces e prolongadas, marcada distorção das relações pais -crianças, negligência e indiferença parental, defeito psicótico ou carácter perverso dos pais, instabilidade familiar e falta de apoio do meio envolvente*”.(Coimbra de Matos, 2002)

Um estudo capaz de suportar baseando-se nas diferentes características intra individuais e inter individuais de jovens com factores de risco associados à delinquência, é o que Vitaro et al. (1999) realizaram, cujo objectivo pretendia averiguar as causas da delinquência. Numa amostra de 506 rapazes com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, utilizou um questionário para avaliar a frequência com que cometem os comportamentos anti-sociais tendo em conta um período de tempo específico. Os resultados deste estudo, afirmam que a falta de supervisão parental, a privação emocional dos pais e da própria família, são as causas mais prováveis e mais marcantes para a explicação da génese da delinquência.

De facto é essencial voltar a realçar que nenhum destes factores é, em si mesmo, considerado causal para os comportamentos delinquentes na juventude. Nem podemos arriscar sobre a forma como estes factores interagem entre si, nem como se desenrolam os processos dinâmicos em causa nessa interacção. Pelo exposto, seria pertinente, desenvolver de forma mais atenta as questões relacionadas com a qualidade da relação vivida associada aos fenómenos da delinquência.

II.2.2. Importância da qualidade da relação vivida

“Crescer psicologicamente em segurança, autonomia, bem-estar e criatividade, só é possível se isto se passar de forma tranquila e agradável durante os primeiros anos de vida”.

Strecht (1998)

No decurso do desenvolvimento humano, a qualidade da relação vivida com quem está mais próximo durante os primeiros anos de vida, marca as raízes do relacionamento conosco próprios.

O que interiormente apreendemos e vivemos vamos, mais tarde, transferir para o exterior, quer seja na família, na escola ou na sociedade em geral. Daí que a vida relacional do indivíduo, por tratar-se da primeira relação humana, tem uma importância fundamental naquilo que ele é.

Um dos primeiros passos da vida relacional é o estabelecimento de um laço de vinculação, termo inicialmente utilizado por Bowlby, como sendo *“uma ligação de afecto específica de um indivíduo a outro”*. Este autor influenciado pela etologia e pela compreensão analítica da relação objectal, considera que os esquemas de *attachement*, que o indivíduo desenvolve durante os seus primeiros anos de imaturidade, são modelados pelas atitudes das suas figuras parentais e, por consequência, influencia a qualidade das novas relações construídas pelo indivíduo.

A figura de *attachement* desempenha, para a criança, uma base segura a partir da qual, ela pode explorar o seu ambiente, representando o sentimento de segurança ao nível emocional, obtido através da proximidade e disponibilidade desta figura. Constitui assim os modelos de representação de si e dos outros, resultante da interiorização das relações precoces, permitindo à criança desenvolver as suas próprias capacidades individuais, de forma a ocorrer uma efectiva integração harmoniosa.

A infância e a adolescência são caracterizadas como sendo um período sensível durante o qual, o conceito de *attachement* se desenvolve menos normal ou desviante, de

acordo com a experiência individual, mantida com as suas figuras de referência. Ainda segundo Bowlby, quando um indivíduo desenvolve, ao longo da sua infância, representações negativas de si e do outro, com desvalorização real do *attachement*, acaba por estar mais exposto e vulnerável ao aparecimento de quadros psicopatológicos. Com base na teoria defendida pelo autor, a predisposição de alguns jovens para comportamentos delinquentes, tem como causa o afastamento prolongado da criança à figura de *attachement*.

Indo ao encontro da pertinência deste trabalho, torna-se importante perceber se existe um sinal revelador, no adolescente, de que houve uma incapacidade de vinculação na infância e que esta carência relacional, precoce, contribuiu para dificuldades relacionais associadas à delinquência.

É neste sentido fulcral apreciar a relação directa entre as perturbações da vinculação e a delinquência. Muitos estudos sugerem que uma vinculação deficiente, pode dever-se, por um lado a uma separação prolongada das figuras de referência, por outro a uma incapacidade por parte da mãe de desempenhar um papel tranquilizador. Tudo isto, em consequência última, suscitaria falhas graves no desenvolvimento, distinguindo-se muitas vezes ao nível da actividade delinvente. Por detrás do comportamento delinvente podemos ver, por vezes, fraquezas e falhas no processo de vinculação e das capacidades de controlo dos afectos, que levam a criança ou o adolescente a adoptar condutas menos adequadas.

Dozier (ref. por Perry, 2001) mencionou que um problema de *attachement* representa um factor de risco no aparecimento de problemas psiquiátricos e que, reciprocamente, a patologia é uma fonte de actuação e, eventualmente, de perturbação do comportamento de *attachement*. Isto significa que a interiorização de *attachement* precoces patológicos, pode influenciar as relações ulteriores, de forma a desenvolver uma personalidade mais vulnerável. As insuficiências iniciais conduzem a estados de vulnerabilidade e fragilidade estruturais e futuras, com vivências traumáticas de perda, fragmentação, separação, desestruturação, despersonalização, não existência e desvalorização crónica (Strecht, 1999).

Na sequência das diferentes pesquisas sobre a vinculação na infância e o seu prolongamento na adolescência, Allen et al. (1998) (ref. por Braconnier & Marcelli, 2000), numa pesquisa com 131 adolescentes que apresentavam um ou vários factores de risco de disfuncionamento, mostram o quanto a organização da vinculação na infância está

intrinsecamente ligada a muitos aspectos do funcionamento psicossocial e, em particular, das relações significativas.

Quando a relação entre a criança ou o adolescente e a sua família está desestruturada, quando existe um vazio ou uma explosão desagregadora do seu universo, a criança ou o adolescente interioriza modelos de relação distorcidos, acabando por repetir, sistematicamente, o que foi apreendido nessas experiências precoces. Muitas vezes traduz-se em padrões de comportamentos desviantes fixados a quadros clínicos patológicos, onde se torna imprescindível uma relação terapêutica reparadora.

Winnicott reforça mais uma vez a importância da qualidade da relação vivida no desenvolvimento de condutas anti-sociais. Para o efeito realizou um estudo com crianças que perderam as suas famílias na II Guerra Mundial, desenvolvendo conceitos básicos sobre o desenvolvimento emocional precoce, conducentes à chamada teoria da tendência anti-social. Debruçando-se sobre a compreensão “*do crime como doença psicológica*” (Winnicott, 1946/1997) estabelece a relação entre as tendências anti-sociais em crianças e a sua privação da vida familiar. A sua teoria assume, como ideia base, que na falta súbita de um quadro de referência minimamente adequado, dentro da família ou dos prestadores de cuidados habituais, a criança, ao começar a constatar essa realidade, deixa de se sentir segura e livre. As suas emoções passam a ser de angústia e passa a procurar, a todo o custo, uma outra referência que substitua a anterior.

Na conduta dos jovens delinquentes, a sua vida afectiva está centrada em si mesmo, marcada por um grande desejo de posse e de incorporação do objecto amado, conduzindo a muitas rupturas relacionais que causam, elas próprias, um sentimento de abandono e de rejeição. Têm a impressão de terem sido privados de qualquer coisa de fundamental e têm medo de qualquer abandono futuro.

III.O Jovem em diferentes Trajectórias

Quando as necessidades da criança não são tidas em linha de conta, sempre que os cuidados escasseiam em adequação e tomam contornos de negligência, subnutrição, maltrato, separações que se sucedem, muitas vezes, num meio familiar incapaz de promover o ambiente

adequado ao seu desenvolvimento, os sustentáculos fundadores da criança (aquisição da representação coerente de si próprio, constituição de um narcisismo sólido, capacidade de conter as pulsões) surgem como vulneráveis (Berger, 2003).

Neste sentido, surgem as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), que enquanto instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional, são as responsáveis por prevenir ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral das crianças, visando também, promover os direitos da criança e do jovem. Os seus procedimentos são sustentados e fundamentados ao abrigo da lei 147/99 de 1 de Setembro (Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

Para que seja possível combater a situação de perigo na qual a criança/jovem se encontra, é necessário a aplicação de medidas de promoção e protecção que, a nível legal, protejam a criança ou o jovem. Essas medidas são da competência exclusiva das CPCJ e dos Tribunais, e constituem dois grandes grupos:

- Medidas em meio natural de vida (apoio junto dos pais ou de outro familiar, confiança a pessoa idónea, apoio para a autonomia de vida);
- Medidas de colocação (acolhimento familiar e acolhimento em instituição).

Posto isto, e para servir de suporte a este estudo, torna-se importante fazer alusão a estas duas medidas que marcaram as trajectórias de vida destes jovens, analisando de forma sucinta cada uma delas.

III.1.O Jovem em Meio Familiar de Vida

Os pais têm um papel fulcral no desenvolvimento afectivo da criança. Os pais adultos, que não existem na vida afectiva das crianças, ou que só existem algumas vezes, não estando presentes, ou estando presentes quando querem e não quando os filhos precisam, pais que existindo, persistem numa relação com os filhos em que predominam padrões de distorção ou confusão representam, para estas crianças, um risco acrescido. Para elas, cresce o risco da construção de uma ideia de si próprias e do mundo em que falha a confiança básica. Com vários níveis de dependência, ou seja, dificuldades no estabelecimento de fronteiras entre elas próprias e os outros, perdem a capacidade de atribuir um significado ao que sentem e pensam,

ou ao que os outros sentem e pensam (Strecht, 1999). Tudo isto constrói, por si só, o risco de se manterem sentimentos de desconforto, com fracas expectativas sobre qualquer possibilidade de viver experiências de afecto e conforto, agradáveis para a criança.

De forma absurdamente simplista, somos tentados a referir que, se o meio da criança e, nomeadamente, as suas figuras de referência materna e paterna, forem “doentes”, mantendo com ela relações distorcidas e patológicas, o EU em estruturação não se pode desenvolver harmoniosamente, pois o que apreende do mundo externo são modos de viver e sentir deturpados, confusos, agressivos ou violentos. Não podemos descurar a hipótese de que muitos desses comportamentos advêm de gerações passadas, sendo transmitidas deste modo de pais para filhos, acabando por se tornar numa patologia transgeracional.

Tendo por base vários estudos que nos mostram que o adoecer psíquico de muitas crianças e adolescentes, mais não é do que um eco de uma falha familiar e social, onde o suporte emocional indispensável ao desenvolvimento harmonioso da criança, falha muito precocemente, importa na realidade, antes de mais, perceber quem são estas crianças. Partindo do princípio básico de que nada aparece do nada e pouco é obra do acaso, podemos definir a vida destas crianças, como uma vida de não crianças (Strecht, 1999). Segundo M. Bortner e Linda Williams (cit. por Strecht, 1999), estas crianças, marcadas pelo caminho da delinquência, não tiveram experiências tradicionalmente vistas como sendo parte de uma infância normal em que, muitas vezes, não lhes foram colmatadas as necessidades básicas como comida, abrigo, roupa, carinho, conforto e não foram protegidos da crueldade e abuso da vida. Muitas destas crianças não tiveram o estímulo e a tolerância que encoraja o crescimento pessoal e o seu desenvolvimento. Para muitas destas crianças e jovens, várias foram as vezes que não usufruíram de oportunidades para se sentirem queridas, úteis e poderem contribuir, como pessoas, para o bem-estar das suas próprias famílias e, em última instância, da sociedade. Podemos acrescentar ainda que, para muitos, o período da adolescência não foi vivido como um tempo de aprendizagem e acumulação gradual de experiências de conhecimento.

Em suma, nunca será demais reflectirmos sobre a família e o meio, enquanto factores de grande importância no desenvolvimento saudável da criança e do adolescente. Uma boa estruturação familiar proporciona uma segurança indispensável à criança. Pelo contrário, a distorção familiar representa uma das grandes causas dos comportamentos desviantes e, nela, podem estar incluídas a destruição familiar, a pobreza sócio - económica, o abandono, a

exposição crónica à violência e privações múltiplas. Uma família desestruturada e desintegrada pode ter repercussões graves na personalidade de uma criança, levando-a por vezes a adoptar comportamentos desviantes.

Quanto mais a distorção da dinâmica familiar se inscrever no plano da realidade, com uma lacuna real nas relações de objecto, isto é, quanto maior for a pobreza das relações intra-familiares, quanto mais a ausência dos pais se inscrever num processo de realidade, mais nos encontramos face a sujeitos dominados por tendências marginalizantes e/ ou anti-sociais. Estes, cada vez mais cedo, iniciam um percurso de vida marcado pelas diferentes perturbações comportamentais: fugas de casa e da escola, prática dos mais diversos tipos de furto, consumo de drogas e também mais cedo entram em contacto com as "*teias da lei*".

III.2.O jovem em Acolhimento Institucional

Os efeitos da institucionalização, o educar as crianças e os jovens em situações colectivas, privadas de contacto com os pais, merece alguma reflexão.

As respostas de acolhimento extra-familiar de crianças e jovens, em contexto institucional, devem ser entendidas no quadro de um sistema global, integrado e coerente (o sistema de protecção infantil) e diferenciado, com soluções de vários formatos, intensidades e perfis específicos valorizando-se, acima de tudo, a promoção global dos direitos das crianças e dos jovens.

Relativamente às indicações do acolhimento institucional, é de referir que, de facto, a medida de acolhimento institucional é especialmente indicada em determinadas situações (Zurita & Fernández del Valle, 1996) para crianças e jovens: com dificuldades relacionais graves com os seus pares e/ou com adultos; que tenham experimentado situações graves de privação, isolamento ou maus-tratos nas suas famílias, experiências repetidas de separação ou outras colocações insatisfatórias; com dificuldades em lidar com a autoridade, interpretando o controlo do adulto como rejeição; com condutas inadmissíveis para os padrões morais e de comportamento da família, que se revela incapaz de as modificar; com défices ao nível do auto-controlo; com comportamentos perigosos para si próprios ou para os outros, requerendo protecção e controlo especiais; que tenham irmãos também em situação de risco.

O acolhimento institucional de crianças e jovens sem suporte familiar adequado – a medida de colocação mais expressiva no nosso país, sobretudo no que respeita ao acolhimento prolongado – tem vindo a constituir-se como questão central, a partir da qual se tem analisado todo o sistema de protecção, dinamizando ideias e mudanças.

O impacto real e efectivo da institucionalização é de difícil determinação. O contributo da institucionalização para o impacto global desta experiência é de difícil avaliação e, porventura, inútil. Tanto quanto se sabe, é a totalidade experiencial e vivencial da criança que é significativa e relevante do ponto de vista desenvolvimental, mais do que os episódios isolados, mais ou menos precoces, ou mais ou menos perturbadores (Schaffer, 1990).

Por outro lado, a institucionalização não constitui uma variável homogénea e isolada; nem institucionalização é sinónimo de acolhimento institucional, nem o substantivo singular — instituição — é colectivo, isto é, não contém a realidade diversa e plural de prestações institucionais de protecção infantil. Importa, por isso, analisar as dimensões específicas dos vários contextos institucionais e a sua (in) adequação face às condições necessárias ao desenvolvimento esperado das crianças.

As investigações realizadas, nesta área, sobre o verdadeiro impacto da institucionalização nas crianças e jovens, indicam que as crianças e os jovens institucionalizados apresentam tendência depressiva, por comparação, com as crianças em meio familiar de vida e que não foram vítimas de maltrato (Rosinha, 2005; Ferreira, 2002, *cits.* por Marques, 2006). Estas crianças apresentam elevados níveis de desestruturação e manifestam um tipo de desenvolvimento que fica aquém do restante universo infantil. Tendem igualmente a manifestar condutas agressivas, pelo que a violência é adoptada como um dos principais meios de comunicação e a delinquência, um caminho muitas vezes por elas seguido (Biscaia & Negrão, 1999; Taylor, 2004). São crianças e jovens tristes, deprimidos, desorganizados, conflituosos, imaturos, com baixa auto-estima, apresentando dificuldades intelectuais, de aprendizagem, de linguagem e de integração (Planella, 1997; Plougmand, 1988; Fonseca e colaboradores, In Costa, 2006; Magalhães, In Costa, 2006; Vesterdal, 1980;).

De facto, sabe-se que a severidade do impacto da institucionalização está relacionada com o grau de privação institucional e os níveis de carência aí registados.

Outros estudos desenvolvidos no âmbito das crianças e jovens em risco (Koenig, Cicchetti & Rogosch, 2000; Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001; Finzi, Hareven, & Weizman,

2003, Chapman, Wall, & Barth, 2004;) sugerem igualmente que as crianças e os jovens acolhidos em instituições, são mais susceptíveis a desenvolver patologias do que as crianças e os jovens em meio familiar de vida.

Alberto (1999) entende que, pelas suas características, qualquer institucionalização pode comportar consequências negativas a diversos níveis, sobretudo pela vivência subjectiva de afastamento e abandono das crianças, relativamente à família e pelas atribuições depreciativas e de auto-desvalorização que pode motivar.

Na verdade, a institucionalização supõe riscos objectivos e reais, designadamente, de regulamentação excessiva da vida quotidiana, invasora da definição do espaço próprio; de que a vivência grupal interfira na organização da intimidade; de que a organização institucional e a permanência prolongada das crianças, dificulte a construção da sua autonomia pessoal, na medida em que suspende a construção do projecto de vida; de que o profissionalismo, na prestação de cuidados, bloqueie o desenvolvimento de vínculos e a expressão dos afectos.

Importa considerar, no entanto que, face aos argumentos favoráveis da Institucionalização e uma vez garantido o cumprimento dos requisitos mínimos de protecção e provisão inerentes ao funcionamento dos equipamentos residenciais, surge a questão do seu papel e função bem como da sua eficácia e qualidade. Poderá considerar-se a institucionalização como o mais indicado para a criança, num dado momento...ideia reforçada pelo estudo realizado por Sousa, Pires e Galante (2005). Referem estes autores que o acolhimento se constitui como benéfico ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, na medida em que, ao terem sido retiradas das suas famílias de risco, lhes permite partilhar um ambiente protector, contentor e adequado. Os autores ressalvam o acompanhamento que deverá estar subjacente a todo o processo. Deste modo, importa averiguar se a Instituição que acolhe o Jovem, tem capacidade de oferta de serviços especializados para o tratamento de problemáticas específicas, constituindo um contexto privilegiado para a realização de determinadas intervenções terapêuticas.

A colocação extra-familiar deve ser entendida, não apenas como o suprimento estrito de uma falha ao nível do contexto parental, mas como oportunidade de ganhos efectivos, tanto para a criança como para a família. É aqui que a definição de critérios de sucesso se torna necessária, tendo em conta a situação das crianças, quando da sua entrada nos centros, quer ao nível das suas circunstâncias familiares, relacionais e sociais, quer do ponto de vista do seu desenvolvimento.

É de referir ainda que, as experiências propiciadas pela vida em grupo podem ser especialmente benéficas para os adolescentes: facilitam o estabelecimento de laços com diferentes pares e adultos; favorecem o desenvolvimento de sentimentos de pertença e de cooperação em relação ao grupo; promovem a interiorização dos valores e padrões de conduta grupais, criando condições de ensaio de tomada de decisões em conjunto — enfim, favorecem a identificação com o grupo de pares e o desenvolvimento da própria identidade mediante atitudes, papéis e condutas no grupo.

Numa tentativa cega de “protecção” dos jovens que cometem actos delinquentes, e numa abordagem de promoção exacerbada do jovem para o direito, pouca ou nenhuma importância foi dada ao risco de viver institucionalizado e privado da sua liberdade, nomeadamente no que se refere à sintomatologia psicopatológica. Esqueceram-se da importância que a família pode assumir neste fenómeno, mantendo-a à parte de todo o processo, negligenciando os seus contributos e actuações. Assim, de uma forma forçada, assiste-se à prioridade dada em classificar alguém como “perigoso”, qualificando os seus actos e punindo-os, mas nunca responsabilizando todos os actores que tiveram parte activa no processo – a família. Esta foi, sem dúvida, a medida que pareceu mais eficiente, no entanto esqueceram-se do “ser” para dar primazia ao “direito”.

II. Método

II.1. Definição do Problema

Com base nos pressupostos teóricos apresentados e nas conclusões dos estudos anteriormente referidos, propomo-nos estudar as problemáticas adversas ao desenvolvimento emocional e cognitivo destes jovens, várias vezes traduzido por diferentes níveis de mal-estar. Assim, pretende-se relacionar as trajetórias de vida dos jovens, em situações de institucionalização e em meio familiar de vida, com os sintomas psicopatológico e a intensidade de sofrimento psicológico, numa procura de minimizar contornos mais prejudiciais, subjacentes a estas vivências.

Esta análise é realizada, a partir da ideia de que, as crianças e os jovens em risco acolhidos em instituições, são mais susceptíveis a desenvolver patologias do que as crianças e os jovens em meio familiar de vida (Koenig, Cicchetti & Rogosch, 2000; Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001; Finzi, Hareven, & Weizman, 2003, Chapman, Wall, & Barth, 2004;). Face às vivências de desestruturação que sabemos fazerem parte das experiências precoces dos adolescentes com comportamentos delinquentes (Strecht, 1999,2001; Leote de Carvalho, 2003), queremos realçar apenas que, na ausência de redes de suporte externo na família, ou na comunidade e em presença de uma fragilidade interna da figura parental, a promoção do desenvolvimento psíquico saudável, está comprometida.

II.2. Delineamento do Estudo

Dada a pertinência da temática da delinquência juvenil e o crescente interesse sobre as suas possíveis causas e factores de risco associados, de forma a tentar resolver o intuito deste estudo empírico, utilizou-se o método comparativo transversal, para encontrar respostas que relacionassem as duas trajetórias, a Institucionalização e o Meio Familiar de Vida, com os sintomas psicopatológicos e o sofrimento psicológico. Escolheu-se assim, um grupo de jovens institucionalizados e outro de jovens não institucionalizados, em meio familiar de vida, ambos com comportamentos delinquentes, de ambos os sexos, avaliados segundo um único momento

avaliativo (Ribeiro, 1999), para comparar os resultados e relacioná-los com os padrões familiares.

Constituíram-se assim, como variáveis independentes a Institucionalização e o Meio Familiar de Vida e como variável dependente as 9 dimensões de sintomas da SCL-90-R, (**Somatização, Obsessão Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo**).

II.3. Hipóteses

Considerando o que foi exposto anteriormente, e de forma a responder ao objectivo deste estudo, colocaram-se as seguintes hipóteses baseadas na literatura e em alguns estudos desenvolvidos nesta área:

- Espera-se que a institucionalização afecte significativamente todas as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos, em que o Grupo de Jovens Institucionalizados apresentaria um maior número sintomas psicopatológicos, em detrimento do Grupo de Jovens com comportamentos delinquentes Não Institucionalizados, em meio familiar de vida;
- Prevê-se igualmente que o Grupo de Jovens Institucionalizados revele valores mais significativos, ao nível das seguintes dimensões de sintomas psicopatológicos: Depressão, Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade e Ansiedade;
- Considera-se ainda que haja uma correlação muito forte entre as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos, na Escala SCL-90-R;
- Espera-se que seja possível estabelecer uma analogia entre a institucionalização e o Índice Geral de Sintomas (GSI), o que sugere que o Grupo de Jovens Institucionalizados tenderá a exprimir maior intensidade de sofrimento psíquico.

II. 4. Participantes

II.4.1. Selecção dos Participantes e Critérios de Distribuição

A amostra do presente estudo é constituída por 30 Jovens portugueses ($N=30$). De forma a equilibrar a amostra, os sujeitos foram distribuídos por dois grupos distintos:

- Grupo de Jovens Institucionalizados (G.J.I.) acolhido em Institutos de Acolhimento para Crianças e Jovens, composto por 15 sujeitos de ambos os sexos;
- Grupo de Jovens Não Institucionalizados, integrados em meio familiar de vida (G.J.N.I.), constituído por 15 jovens de ambos os sexos.

Neste estudo, os dados referentes ao Grupo de Jovens Institucionalizados (G.J.I.) foram recolhidos no Instituto D. Francisco Gomes e na Casa de Protecção à Rapariga, em Faro.

Relativamente ao Instituto D. Francisco Gomes, acrescenta-se que, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que acolhe, educa e integra na sociedade crianças e jovens que, se viram privados de meio familiar normal. Este Instituto, reconhecido por “Casa dos Rapazes”, acolhe jovens, com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, que são reencaminhados para a instituição pela Segurança Social e Comissão de Protecção de Crianças e Jovens Menores. Quanto à Casa de Protecção à Rapariga, esta tem capacidade para acolher 36 raparigas entre os 12 e os 18 anos. O objectivo desta Instituição é abrigar raparigas desfavorecidas, com comportamentos de risco na área da delinquência ou mesmo maus tratos e abandono da própria família.

Quanto ao Grupo de Jovens Não Institucionalizados (G.J.N.I.), integrados em meio familiar de vida, os mesmos frequentam a Escola E.B 2,3 Bartolomeu Dias – Sacavém.

A Escola EB 2.3 Bartolomeu Dias - Sacavém, frequentada por um elevado número de alunos de etnias africanas, provenientes de bairros de realojamento, em que muitos estão identificados com problemas na área da delinquência. De referir que muitos destes alunos são oriundos de famílias desestruturadas, que pouco participam no acompanhamento efectivo

destes jovens, alheando-se até das suas responsabilidades parentais, não obstante do esforço continuado da escola em promover a interacção com o meio social fora das suas fronteiras, procurando dar respostas para as dificuldades de integração social dos alunos e das suas famílias. Dadas estas características, considerámos que esta Escola reuniu os requisitos necessários à pertinência deste estudo.

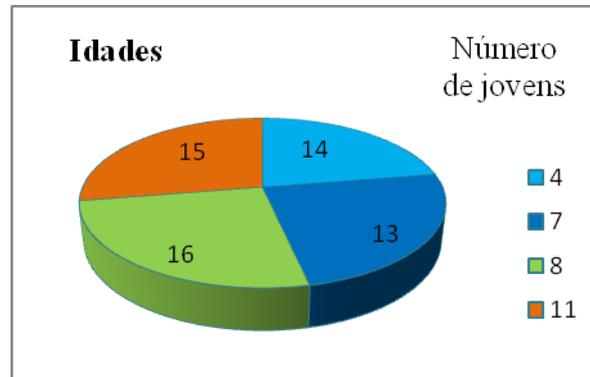
Os sujeitos da amostra deste estudo, são jovens que, na altura da recolha dos dados, tinham idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos ($M=14,666$, $DP=1,124$). A escolha desta faixa etária prende-se com o facto do estudo incidir sobre Jovens Adolescentes, e com a aplicação do próprio questionário. Nomeadamente, pelas questões que o questionário apresenta, pois requerem que os sujeitos já dominem determinados conceitos e que sejam eles próprios capazes de responder de forma objectiva a cada uma das questões.

Tabela 1: Característica demográfica relacionada com a idade nos dois grupos da amostra.

N	30
Média	14,6667
Desvio Padrão	1,12444

Relativamente à distribuição das idades, pela observação do Gráfico 1, podemos verificar a frequência do número de Jovens para cada uma das idades.

Gráfico 1: Distribuição dos Jovens relativamente à idade.



II. 5. Instrumento

II.5.1. Escala de Avaliação de Sintomas 90- R (SCL- 90- R)

O instrumento utilizado para atingir os objectivos a que este trabalho se propõe, nomeadamente perceber como variam os problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos nos dois grupos distintos (G.J.I. e G.J.N.I.), é a Escala SCL- 90- R, que corresponde à versão portuguesa do “*Symptom Checklist 90 – Revised*” (Derogatis, L.R., & Lazarus, L.,1994). (Anexo A)

A SCL-90-R é capaz de fornecer, de maneira rápida e económica, uma grande quantidade de informação sobre múltiplos aspectos do comportamento do jovem, numa grande diversidade de situações. Esta Escala multidimensional foi concebida para avaliar um amplo intervalo de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos. É uma medida de auto-avaliação, composto por 90 itens (em que cada um descreve uma alteração psicopatológica ou psicossomática concreta) distribuídos por 9 escalas de sintomas, que são avaliados numa escala tipo lickert de cinco pontos que se referem a diferentes níveis de intensidade do sofrimento do sujeito. (Anexo B)

A SCL-90-R é composta por 3 escalas globais (Índice Geral de Sintomas, Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos). No entanto, para efeitos deste estudo, só se vai proceder à análise do Índice Geral de Sintomas e às 9 escalas de sintomas (**Somatização, Obsessão Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo**). As nove dimensões primárias de sintomas da SCL-90-R, (Anexo C) de acordo com o manual foram descritas como:

Somatização (S) – Esta dimensão reflecte distúrbios que surgem da percepção da disfunção corporal. As queixas localizam-se nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e outros que tenham uma forte mediação independente. Dores e desconforto da musculatura grossa e outros equivalentes somáticos da ansiedade são também componentes da somatização.

Obsessão Compulsão (OC) – Esta dimensão inclui sintomas que são, frequentemente, identificados com a síndrome clínica padrão do mesmo nome. Essa medida focaliza-se em pensamentos, impulsos e acções que são experienciados como renitentes (repetitivos) e irresistíveis e que são de natureza indesejável. Comportamentos e experiências de carácter cognitivo que indiquem dificuldade nessa área estão aqui incluídos também, como por exemplo dificuldade de concentração.

Sensibilidade Interpessoal (SI) - Está focalizada em sentimentos de inadequação, inferioridade, particularmente em comparação com outras pessoas. Auto depreciação, falta de auto confiança, grande desconforto durante interações interpessoais, são as manifestações características desta síndrome. Adicionalmente, indivíduos com alto scores na Sensibilidade Interpessoal relatam auto consciência aguda e expectativas negativas, sobre comportamentos e percepções interpessoais com outros e de si mesmo.

Depressão (D) – Esta dimensão reflecte as manifestações clínicas da depressão. Sintomas de distúrbio de humor e afectivo são representados como sinais de isolamento, de baixo interesse na vida, falta de motivação e falta de energia vital. Além disso, sentimentos de derrota, pensamentos suicidas e outros correlatos cognitivos e somáticos da depressão, estão incluídos.

Ansiedade (An) - Sinais gerais de ansiedade tais como nervosismo, tensão e tremor estão incluídos nesta definição, assim como ataques de pânico, sentimentos de terror, de apreensão e de medo. Alguns correlatos somáticos da ansiedade estão incluídos também como componentes desta dimensão.

Hostilidade (H) – A dimensão da Hostilidade reflecte pensamentos, sentimentos ou acções que são característicos da afectividade negativa do estado de raiva. A selecção desses itens reflecte qualidades como agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento.

Ansiedade Fóbica (AF) - É definida como uma resposta persistente de medo, dirigida a uma pessoa específica, lugar, objecto ou situação, que é irracional e desproporcional ao estímulo e leva a comportamentos de fuga e esquiva. Os itens desta dimensão estão focalizados nas manifestações de comportamentos mais disruptivos e patogénicos.

Ideação Paranóide (IP) – A Ideação Paranóide é representada fundamentalmente por comportamentos paranóides, como um modo desordenado de pensamento. As características cardinais do pensamento projectivo, hostilidade, desconfiança, grandiosidade, centralidade, medo de perder autonomia, e desilusão são considerados os sinais primários desta dimensão.

Psicoticismo (Ps) - Foi designada para representar o constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Os itens indicativos de isolamento, estilo de vida esquizóide, foram incluídos como sendo o primeiro grau de sintomas da esquizofrenia, tais como alucinações e pensamentos controlados por delírios.

II.5.2. Aplicação e Avaliação da SCL-90-R

Considerando a aplicação da SCL-90-R, importa referir que são necessárias instruções mínimas para assegurar a validade da medida. Em qualquer contexto de avaliação, a atitude utilizada pelo administrador do teste sobre a valorização da avaliação, marcará efectivamente as respostas dos entrevistados.

A referida Escala deve ser introduzida, para o sujeito, de uma maneira positiva e

informativa capaz de comunicar a importância da avaliação psicológica e a relevância dos dados, para a saúde individual e o tratamento em potencial. A SCL-90-R nunca deve ser introduzida para ser respondida sem consentimento explícito do sujeito e nunca por um aplicador que não acredite na validade do processo da avaliação clínica.

Para a versão de aplicação em lápis e papel, a forma utilizada para o presente estudo, são imprescindíveis instruções que elucidem o sujeito a responder à SCL-90-R de modo adequado. Assim, as instruções passam por explicar ao sujeito que, ao longo da SCL-90-R dispõe de uma lista de problemas que as pessoas às vezes, têm. Solicita-se que o sujeito leia cada um desses problemas cuidadosamente e marque um círculo no valor que melhor descreve **quanto esse problema o tem preocupado ou angustiado durante os últimos 7 dias incluindo o próprio dia da realização da Escala.**

Pede-se ao sujeito que marque o círculo, apenas num número para cada problema e não salte nenhum item. Se mudar de ideia, apague a primeira marca cuidadosamente.

De acordo com o exemplo, **O quanto está preocupado ou angustiado com: Impulsos de raiva ou fúria que não consegue controlar**, o jovem deve circunscrever o número que corresponde ao estado com o qual mais se identifica, de acordo com a escala de Lickert. Sabendo que o 0 (zero) o indica com nenhum sintoma, o 1 (um) com um pouco, o 2 (dois) com moderadamente, o 3 (três) com bastante e o 4 (quatro) com extremamente. A partir destes valores, é possível calcular um valor para cada uma das 9 dimensões de sintomas psicológicos, através da média dos itens que participam nessa dimensão. É, igualmente, a partir das médias destes valores, que é possível comparar os resultados entre os 2 grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I.).

Um aspecto importante de uma avaliação clínica é a referência ao tempo de auto avaliação. O tempo padrão utilizado pela SCL-90-R é “*nos últimos 7 dias incluindo o hoje*”. Hamilton (1970) promoveu uma extensa discussão sobre o tempo de uma semana, referente à avaliação clínica. As informações de vida nos últimos 7 dias, nos indivíduos, são mais relevantes para o status clínico actual. Quando se discute a relevância do tempo, nomeadamente quanto ao facto do período de 7 dias não ser o suficiente para avaliar a sintomatologia psicopatológica, estudos informais demonstraram que um intervalo de tempo maior não parece ser efectivo para o perfil clínico. Tempos mais longos referidos começam a introduzir distorções, provavelmente por causa da memória e da natural variabilidade dos sintomas psicológicos durante períodos de longa duração. As normas da

SCL- 90- R são baseadas no período dos últimos 7 dias. Entretanto outros períodos podem ser usados, particularmente se o período de tempo é de interesse específico para a condição ou contexto do estudo proposto.

A cotação do SCL- 90- R é feita através da pontuação e interpretação das 9 dimensões de sintomas psicológicos e dos três índices globais de perturbação: o Índice Geral de Sintomas (GSI), o Número de Sintomas Positivos (PST) e o Nível de Perturbação dos Sintomas Positivos (PSDI). Neste estudo, e para responder ao objectivo inicial, apenas foi calculado o **Índice Geral de Sintomas (GSI)**, que corresponde à média dos 90 itens, visto ser do nosso interesse avaliar de forma generalizada e indiscriminada a intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático global nos jovens da nossa amostra.

II. 6. Procedimento

Numa primeira fase procedeu-se ao levantamento das instituições onde, de acordo com a pertinência do estudo, poderia ser realizado este trabalho. Foram abordadas várias que, na sua maioria, se revelaram pouco disponíveis e alongaram as suas respostas indefinidamente. Dai, a escolha ter recaído nas Instituições onde foram recolhidos os dados, por terem revelado uma atitude mais participativa e colaborante.

Tendo em conta a amostra do Grupo de Jovens Institucionalizados (G.J.I.), para desenvolver o estudo com jovens de ambos os sexos, a recolha de dados efectuou-se junto de duas instituições, o Instituto D. Francisco Gomes (“Casa dos Rapazes”) e a Casa de Protecção à Rapariga em Faro. Para o efeito contactou-se a Direcção do Instituto D. Francisco Gomes e da Casa de Protecção à Rapariga, de forma a efectuar as diligências necessárias, nomeadamente, a solicitar a autorização para a elaboração do estudo.

Após a aprovação dos mesmos, enviámos uma carta para a Direcção do Instituto D. Francisco Gomes e da Casa de Protecção à Rapariga, onde se deu a conhecer o interesse/pertinência e o objectivo deste estudo, bem como a forma como o mesmo iria decorrer e o instrumento a utilizar. (Anexo D)

Em relação ao Grupo de Jovens Não Institucionalizados (G.J.N.I.) em meio familiar de vida, a recolha dos dados foi efectuada na Escola Bartolomeu Dias – Sacavém. Efectuaram-se as mesmas diligências, que se prendiam com, a autorização para a elaboração do estudo. A autorização para a realização do estudo foi obtida por parte do Conselho Directivo da Escola, em cooperação com a Psicóloga responsável pelo Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família do Instituto de Apoio à Criança, que prontamente aceitou colaborar com a investigação. De referir que, a estes jovens já lhes foi aplicada a medida de promoção e protecção que, a nível legal, os protege, e que são da competência exclusiva das CPCJ e dos Tribunais. Nesta situação concreta foi lhes aplicada a medida em meio familiar de vida (apoio junto dos pais ou de outro familiar, confiança a pessoa idónea, apoio para a autonomia de vida).

O critério de selecção da Escola Bartolomeu Dias – Sacavém foi feito, tendo em consideração a aproximação pretendida às características sócio - demográficas do Grupo dos Jovens Institucionalizados (idade e jovens identificados com comportamentos de risco na área da delinquência). Estes dados foram confirmados pela Psicóloga da Escola, tendo-se assim verificado os requisitos para se iniciar a recolha de dados.

Depois de obtidas as autorizações necessárias e acordado com ambas as Instituições a data e o horário para a recolha de dados, procedeu-se então à realização da SCL-90-R.

Inicialmente foi explicado aos participantes a pertinência do estudo e de que forma poderiam participar nele. Foi igualmente referido que a Escala a preencher não era um teste e que, por esse motivo, não existiam respostas correctas ou incorrectas. Explicou-se que, caso tivessem qualquer dúvida, poderiam solicitar a intervenção do investigador. Ainda foi referido ao sujeito que, se tivesse interesse em participar, teria apenas de assinar um termo de consentimento e, em caso contrário, não teria quaisquer repercussões. (Anexo D)

Dadas todas as instruções e esclarecidas as dúvidas que eventualmente possam ter surgido, pede-se ao jovem que preencha voluntariamente o inventário, esclarecendo que não existe um tempo predefinido e que deve responder da forma mais sincera possível, garantindo sempre que as questões de anonimato e confidencialidade estão asseguradas.

Deve-se explicar convenientemente que a Escala é constituída por duas secções principais, em que na primeira preenchem o dado relativo à idade do próprio jovem (foi tido o cuidado de, não mencionar, de modo algum, qualquer aspecto que remetesse para a própria

família do jovem) e uma segunda parte, composta por 90 itens relativos a problemas ou sintomas que, por vezes, as pessoas apresentam nas últimas semanas, incluindo o dia em que vai preencher o questionário. Numa escala de 0 a 4 (0= nunca, 1= pouco, 2= moderadamente, 3= bastante e 4= extremamente).

Desta forma, é pedido ao jovem que preencha todos esses dados, de acordo com essa escala, tendo sempre a noção de que está a responder de acordo com a forma como se sentiu perturbado pelos sintomas descritos, ao longo do questionário. O preenchimento dessa escala deve reflectir os sintomas que têm vindo a afectar os jovens, sobre os quais incide a amostra do estudo.

Após terminar o preenchimento da Escala, deve agradecer-se de imediato toda a atenção e colaboração dispendida por estes jovens.

II. 7. Análise Estatística dos dados da amostra

A análise estatística dos resultados obtidos, teve lugar com a construção de uma base de dados adequada às variáveis em estudo, a que se seguiu uma análise dos respectivos dados no programa S.P.S.S. (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 15.0.

Antes de proceder a qualquer análise estatística, analisou-se inicialmente a Consistência Interna para as 9 dimensões de sintomas psicológicos da SCL-90-R.

Para observar os resultados obtidos no Inventário SCL - 90 - R, recorreremos, numa primeira fase, à análise da estatística descritiva, tendo-se calculado os valores da média, desvio padrão, mínimo e máximo.

De forma a escolher o teste estatístico a utilizar no cálculo das diferenças entre os dois grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I.), verificou-se primeiro se as variáveis em estudo tinham distribuição normal, através do teste Shapiro-Wilk (na medida em que as duas amostras são de dimensão inferior a 50). Verificou-se que as variáveis em estudo não apresentam uma distribuição normal ($p < 0,05$), deste modo, não podemos utilizar testes paramétricos para a comparação das médias dos scores do inventário. Assim, o teste estatístico usado para compararmos as diferenças entre os dois grupos, é o teste de Wilcoxon – Mann -Whitney.

De forma a estabelecer a relação entre as variáveis em estudo utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson.

III. Resultados

Neste capítulo, vamos inicialmente proceder à apresentação das qualidades psicométricas das 9 dimensões de sintomas psicopatológicos da Escala SCL-90-R (Somatização, Obsessão - Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo), nomeadamente no que se refere à Consistência Interna.

Numa segunda fase, procedeu-se ainda à análise Descritiva dos Valores Médios, Desvios-padrão, Mínimo e Máximo, para os 30 sujeitos da amostra, nas 9 dimensões de sintomas psicopatológicos. Conjuntamente, iremos analisar as diferenças relativas aos valores médios, mínimo e máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos nos 2 grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I), bem a correlação entre as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos, através do coeficiente de correlação de Pearson.

Por último terá lugar a análise do Índice Geral de Sintomas, a fim de averiguar a relação entre os dois grupos (G.J.I e G.J.N.I)

III. 1. Análise da Consistência Interna para as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos da SCL-90-R.

A análise da Consistência Interna possibilita avaliar a fidelidade do instrumento, ou seja, até que ponto um conjunto de itens é homogéneo e permite avaliar o grau em que a medida é consistente, ou se encontra livre de erro aleatório (Cronbach, 1992, cit por. Maroco, 2003). Assim, para aceder à Consistência Interna, calculou-se, separadamente, o coeficiente Alpha de Cronbach para as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos da SCL-90-R, na medida em que este coeficiente é o mais adequado para instrumentos com scores múltiplos, onde as respostas aos itens variam numa escala, como é o caso, de 0 a 4.

Tabela 2: Análise da Consistência Interna da SCL-90-R (N=30).

	S	OC	SI	D	An	H	AF	IP	Ps
Alpha de Cronbach	,886	,846	,868	,928	,826	,887	,714	,855	,867

As 9 dimensões de sintomas psicopatológicos da SCL-90-R, apresentaram elevados e significativos valores de Alpha de Cronbach ($\text{Alpha} > 0,05$). Estes resultados remetem para bons valores de Consistência Interna ao nível das 9 dimensões de sintomas psicopatológicos.

III. 2. Análise dos Resultados obtidos no Inventário SCL-90-R

III.2.1. Análise Descritiva dos Valores Médios, Desvios-padrão, Mínimo e Máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos (N=30).

Como os dados evidenciam bons resultados de Consistência Interna para as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos, foi possível o cálculo e a análise das médias e desvios- padrão para ambos os grupos em estudo (G.J. I. e G.J.N.I.).

Como esta escala é quantitativa, a medida de tendência central mais adequada para comparar os diferentes resultados observados, é a média e o desvio padrão. No entanto, a título de interesse também pode analisar-se, o máximo e o mínimo. Os valores de mínimo e máximo referem-se aos valores registados ao nível da concordância dos sujeitos para cada uma das 9 dimensões de sintomas psicopatológicos. Esses valores podem variar numa escala de 0 (mínimo) a 4 (máximo).

Tabela 3: Média, Desvio-padrão, Mínimo e Máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos (N= 30).

	S	OC	SI	D	An	H	AF	IP	Ps
Média	,727	1,216	1,122	1,133	,876	1,344	,519	1,127	,846
Desvio Padrão	,696	,783	,878	,962	,705	1,058	,593	,913	,776
Mín.	,000	,100	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Máx.	2,920	2,800	3,780	3,230	2,400	3,333	1,860	3,330	2,700

Pela Tabela 3, é possível observar os valores médios, os desvios – padrão, bem como os mínimos e os máximos correspondentes às 9 dimensões de sintomas psicopatológicos para os 30 sujeitos. Deste modo, analisaremos cada uma das 9 dimensões de sintomas psicopatológicos, descrevendo os seus valores.

Apreciando os resultados médios para a dimensão Somatização, podemos referir que esta apresenta um valor médio de 0,727 e um desvio padrão de 0,696.

Quanto à dimensão Obsessão Compulsão, esta regista o valor médio de 1,216 e o desvio padrão 0,783.

Relativamente à dimensão Sensibilidade Interpessoal, a média registada é de 1,122, e o desvio padrão de 0,878.

Considerando a dimensão Depressão, podemos apurar que esta dimensão assume em termos médios um valor de 1,133, e um desvio padrão de 0,962.

Avaliando a dimensão Ansiedade podemos verificar que esta assume em termos de média o valor de 0,876. Para o desvio padrão, o valor apresentado é de 0,705.

Relativamente à dimensão Hostilidade, analisando os valores médios e o desvio padrão, podemos citar que se registaram os valores de 1,344 e 1,058.

Quanto à dimensão Ansiedade Fóbica os valores médios registam o valor de 0,519 e desvio padrão 0,593.

Analisando a dimensão Ideação Paranóide, podemos verificar que esta assume de média o valor de 1,127. Para o desvio padrão, o valor apresentado é de 0,913.

Em relação à dimensão Psicoticismo, os valores médios apresentam o valor de 0,846 e desvio padrão de 0,776.

Esta análise permite-nos verificar que em termos médios, as dimensões Obsessão Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Hostilidade e Ideação Paranóide apresentam os valores mais elevados.

Em relação ao nível de concordância, analisado pelos valores do mínimo e máximo, os resultados mais elevados, registados nos valores máximos, dizem respeito às dimensões Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Hostilidade e Ideação Paranóide. Estas dimensões coincidem com as que apresentam as médias mais elevadas.

III.2.2. Análise dos valores médios, mínimo e máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicológicos nos 2 grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I.).

Partindo da análise das respostas dos sujeitos da nossa amostra, tendo em consideração o Grupo dos Jovens Não Institucionalizadas integrados em meio familiar (G.J.N.I.), e o Grupo dos Jovens Institucionalizados (G.J.I.), procedemos à comparação dos resultados obtidos.

Tabela 4: Média, mínimo e máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicológicos nos 2 grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I.).

		Média	Mínimo	Máximo
S	G.J.I.	,977	,000	2,920
	G.J.N.I.	,477	,000	2,080
OC	G. J.I.	1,600	,700	2,800
	G.J.N.I.	,833	,100	2,500
SI	G.J.I.	1,659	,780	3,780
	G. J.N.I.	,585	,000	1,670
D	G. J.I.	1,697	,380	3,230
	G. J.N.I.	,569	,000	2,540
A	G. J.I.	1,286	,400	2,400
	G.J.N.I.	,466	,000	1,800
H	G. J.I.	2,033	,330	3,330
	G. J.N.I.	,655	,000	2,500
AF	G. J.I.	,771	,000	1,860
	G.J.N.I.	,266	,000	1,140
IP	G. J.I.	1,611	,500	3,330
	G. J.N.I.	,644	,000	2,500
Ps	G. J.I.	1,286	,200	2,700
	G. J.N.I.	,406	,000	1,800

A Tabela 4 ilustra os valores médios, bem como os mínimos e os máximos correspondentes às 9 dimensões de sintomas psicológicos para cada um dos grupos. Assim, analisaremos cada uma das 9 dimensões de sintomas psicológicos, de forma a comparar os valores encontrados nos 2 grupos deste estudo.

Em relação à dimensão Somatização, importa referir que o Grupo de Jovens Institucionalizados revela um valor superior (0,977) face ao Grupo de Jovens Não Institucionalizados (0,477).

A análise destes dados sugere-nos que o Grupo de Jovens Institucionalizados, manifesta um maior número de sintomas que reportam para a percepção da disfunção corporal, sentindo algumas vezes desconforto ao nível muscular. Estes sintomas funcionam como equivalentes somáticos da ansiedade.

Para a dimensão Obsessão Compulsão, o Grupo de Jovens Institucionalizados, apresenta resultados consideravelmente superiores (1,600) relativamente ao Grupo de Jovens Não Institucionalizados (0,833).

Estes resultados traduzem que, o Grupo de Jovens Institucionalizados foi quem evidenciou uma maior tendência para a sintomatologia obsessiva compulsiva, revelando um maior número de sintomas que incluem pensamentos, impulsos e acções, experienciados como repetitivos e muitas vezes indesejáveis.

Quanto à dimensão Sensibilidade – Interpessoal, o Grupo de Jovens Institucionalizados apresenta valores médios superiores (1,659) ao Grupo de Jovens Não Institucionalizados (0,585).

Apreciando os resultados obtidos, podemos acrescentar que, o Grupo de Jovens Institucionalizados, experiencia substancialmente sentimentos de inadequação e inferioridade, particularmente em comparação com outros jovens. As manifestações mais frequentes reflectem situações de falta de auto confiança e grande desconforto, durante interacções interpessoais.

Analisando a dimensão Depressão, o Grupo de Jovens Institucionalizados, revela valores médios bastante superiores (1,697) quando comparado com o Grupo de Jovens Não Institucionalizados (0,569).

A observação destes valores indica-nos que o Grupo de Jovens Institucionalizados anuncia sinais de isolamento, de baixo interesse na vida, falta de motivação e falta de energia vital. Além disso, sentimentos de derrota, pensamentos suicidas e outros correlatos cognitivos e somáticos da depressão, estão algumas vezes incluídos.

Relativamente à apreciação da dimensão Ansiedade, o Grupo de Jovens Institucionalizados expõe valores médios bastante elevados (1,286), comparativamente ao Grupo de Jovens Não Institucionalizados (0,466).

Verifica-se, então, que o Grupo de Jovens Institucionalizados exibe um maior número de sinais de ansiedade tais como nervosismo, tensão e tremor. Ainda se pode observar, sentimentos de terror e de medo.

Observando os resultados obtidos na dimensão Hostilidade, o Grupo de Jovens Institucionalizados obteve resultados superiores (2,033), quando comparados com o Grupo de Jovens Não Institucionalizados (0,655).

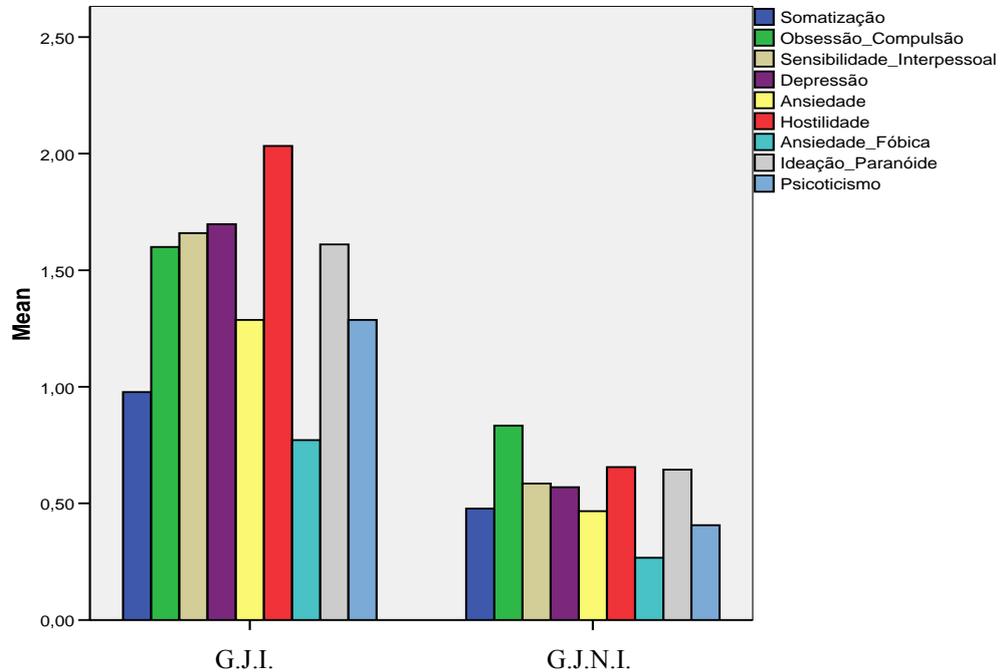
Estes valores sugerem que, o Grupo de Jovens Institucionalizados manifesta mais pensamentos, sentimentos ou acções que são características da afectividade negativa do estado de raiva. Esta dimensão reflecte qualidades como a agressão, a irritabilidade, a raiva e o ressentimento. Assim, os dados sugerem que o Grupo de Jovens Institucionalizados apresentou igualmente um maior número destes sintomas.

Pela comparação dos dados dos dois grupos, ao nível da dimensão Ansiedade Fóbica, podemos observar que o Grupo de Jovens Institucionalizados apresenta valores mais elevados (0,771), quando comparado com o Grupo de Jovens Não Institucionalizados (0,266). Estes resultados remetem para que o Grupo de Jovens Institucionalizados apresente mais sinais de medo, dirigidos a uma pessoa específica, lugar, objecto ou situação, que são irracionais e desproporcionais ao estímulo e que levam algumas vezes a que estes jovens adoptem comportamentos de fuga e esquiva.

Apreciando a dimensão Ideação Paranóide, podemos observar que o Grupo de Jovens Institucionalizados apresenta valores médios superiores (1,611), quando confrontados com o Grupo de Jovens Não Institucionalizados (0,644). Deste modo o primeiro grupo de Jovens apresenta, fundamentalmente, mais comportamentos paranóides, como um modo desordenado de pensamento, onde a desconfiança, a hostilidade, a grandiosidade e o medo de perder autonomia, são considerados os sinais primários.

Relativamente à dimensão Psicoticismo, o Grupo de Jovens Institucionalizados exibe os valores mais elevados (1,286) relativamente ao Grupo de Jovens Não Institucionalizados (0,406). Estes valores apontam para que o Grupo de Jovens Institucionalizados, apresente um maior número de sinais de isolamento.

Gráfico 2: Análise dos valores médios para as 9 dimensões de sintomas psicológicos nos 2 grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I.).



Sintetizando os resultados, e de acordo com o exposto na Tabela 4, reforçada pelo Gráfico 2, o Grupo de Jovens Institucionalizados apresenta, para todas as dimensões de sintomas psicopatológicos, os valores médios mais elevados, quando comparado com o Grupo de Jovens Não Institucionalizados.

Os resultados apresentados mostram que, para o Grupo de Jovens Institucionalizados (G.J.I.), as 9 dimensões de sintomas psicológicos da SCL- 90- R têm médias entre 0, 771 e 2,033. Apresentam valores inferiores a 1 nas dimensões Somatização (0,977) e Ansiedade Fóbica (0,771). Os valores superiores a 1 estão presentes nas dimensões Obsessão Compulsão (1,600), Sensibilidade Interpessoal (1,659), Depressão (1,697), Ansiedade (1,286), Ideação Paranóide (1,611) e Psicoticismo (1,286). Revela valores superiores a 2 na dimensão Hostilidade (2,033).

Estes dados vão ao encontro de uma das hipóteses deste estudo, que sugeria que o Grupo de Jovens Institucionalizados revelasse valores mais significativos ao nível das

seguintes dimensões de sintomas psicopatológicos: Depressão, Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade e Ansiedade.

Em relação aos valores de mínimo e máximo, para o Grupo de Jovens Institucionalizados, podemos referir que os mesmos variam entre 0 e 4 (0 e 3,780). Isto significa que, ao nível da concordância, este grupo de jovens se identificou, de acordo com todos os valores da escala de Lickert. Evidencia assim, uma considerável preocupação com os problemas que têm vindo a merecer uma atenção especial na sua vida.

Comparativamente, os valores de mínimo e máximo para o Grupo de Jovens Não Institucionalizado, integrado em meio família de vida, estes variam entre 0 e 3 (0 e 2,540). Ao nível da concordância, este grupo identificou-se, de acordo com a escala de Lickert, com nenhum sintoma (0), com um pouco (1), com moderadamente (2) e com bastante (3), não evidenciando tanta preocupação com os problemas analogamente ao Grupo de Jovens Institucionalizados.

Tabela 5: Diferenças entre as médias para os 2 grupos (G.J.I. e G.J.N.I.).

	S	OC	SI	D	An	H	AF	IP	Ps
P	,027	,004	,000	,001	,001	,000	,012	,003	,001

Pela Tabela 5 é possível observar, que existem diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os grupos de Jovens Institucionalizados e Jovens Não Institucionalizados, ou seja, é possível especular que a institucionalização afecta significativamente todas as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos.

Estes valores corroboram uma das hipóteses colocadas neste estudo, em que a institucionalização afectaria significativamente todas as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos, onde o Grupo de Jovens Institucionalizados apresentaria um maior número de sintomas psicopatológicos, em detrimento do Grupo de Jovens com comportamentos delinquentes Não Institucionalizados, em meio familiar de vida.

III.3. Correlação entre as 9 dimensões de sintomas psicológicos da SCL- 90- R. (N=30)

Após a confirmação da boa Consistência Interna das 9 dimensões de sintomas psicopatológicos, procedeu-se ao cálculo da correlação de Pearson entre os valores médios totais. Os valores médios totais foram determinados somando, para cada uma das 9 dimensões de sintomas psicopatológicos, os valores encontrados para cada jovem, em relação às 90 questões da SCL-90-R.

Tabela 6: Correlação entre as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos da SCL-90-R (N=30)

	S	OC	SI	D	An	H	AF	IP	Ps
S									
OC	,765(**)								
SI	,679(**)	,817(**)							
D	,811(**)	,775(**)	,861(**)						
An	,855(**)	,888(**)	,819(**)	,905(**)					
H	,722(**)	,657(**)	,821(**)	,914(**)	,792(**)				
AF	,629(**)	,802(**)	,801(**)	,760(**)	,781(**)	,595(**)			
IP	,763(**)	,722(**)	,725(**)	,863(**)	,776(**)	,809(**)	,589(**)		
Ps	,804(**)	,870(**)	,918(**)	,931(**)	,927(**)	,856(**)	,870(**)	,799(**)	

Pela leitura da Tabela 6, é possível apurar a existência de elevadas e significativas correlações entre as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos da SCL-90-R.

No entanto, é de destacar que as correlações mais fortes se verificam entre as dimensões Ansiedade e Depressão (0,905), Hostilidade e Depressão (0,914), Psicoticismo e Sensibilidade Interpessoal (0,918), Psicoticismo e Depressão (0,931) e Psicoticismo e Ansiedade (0,927).

Relativamente à correlação de valor 0,905, entre a Ansiedade e a Depressão, podemos mencionar que esta é altamente significativa ($\alpha=0,01$ e $0,05$). Deste modo estamos perante uma correlação positiva de intensidade muito forte, que nos sugere que 90,5% da variação do score de uma, é explicada pelo score da outra, ou seja, quanto maior o score de Ansiedade, maior é o score de Depressão, e vice-versa.

Quanto à correlação de valor 0,914 e altamente significativa ($\alpha=0,01$ e $0,05$) entre a Hostilidade e a Depressão. Isto remete para uma correlação positiva de intensidade muito forte. O que significa que 91,4% da variação do score de uma é explicada pelo score da outra, ou seja, quanto maior o score de Hostilidade, maior é o score de Depressão, e vice-versa.

Considerando a correlação entre o Psicoticismo e a Sensibilidade Interpessoal, é de referir que esta é bastante significativa, de valor 0,918 ($\alpha=0,01$ e $0,05$), significando uma correlação positiva de intensidade muito forte. O que denota que 91,8% da variação do score de uma, é explicada pelo score da outra, ou seja, quanto maior o score do Psicoticismo, maior é o score da Sensibilidade Interpessoal, e vice-versa.

A correlação de valor 0,931 é bastante significativa ($\alpha=0,01$ e $0,05$) entre o Psicoticismo e a Depressão. Isto indica-nos que estamos perante uma correlação positiva de intensidade muito forte. Significando que 93,1% da variação do valor de cada uma das dimensões, é explicada pelo valor da outra, ou seja, quanto maior for o valor do Psicoticismo, maior é o score de Depressão, e vice-versa.

Sucedem-se o mesmo para as dimensões do Psicoticismo e da Ansiedade, em que apresentam uma correlação bastante significativa de valor 0,927 ($\alpha=0,01$ e $0,05$). Podemos afirmar que estamos perante uma correlação positiva de intensidade muito forte. O que significa que 92,7% da variação de uma dimensão, é explicada pelo score da outra, ou seja, quanto maior o score do de Psicoticismo, maior é o score da Ansiedade, e vice-versa.

A forte correlação entre as 9 dimensões de sintomas psicológicos, confirma uma das hipóteses colocadas no início deste estudo.

III.4. Análise do Índice Geral de Sintomas (GSI).

De forma a apurar o Índice Geral de Sintomas (GSI), referente à intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático do Jovem, calculou-se o somatório dos pontos obtidos nas 9 dimensões, dividido depois pelo número total de itens respondidos.

Tabela 7: Valores médios e desvios-padrão do Índice Geral de Sintomas (GSI), para os 2 grupos.

	N	Média	Desvio Padrão
G.J.I.	15	1,433	,636
G.J.N.I.	15	,551	,562
Total	30	,992	,741

Pela Tabela 7 é possível observar os valores médios e os desvios-padrão nos 2 grupos (G.J.I. e G.J.N.I.), relativamente ao Índice Geral de Sintomas (GSI).

Constatou-se que o GSI do Grupo de Jovens Institucionalizados (G.J.I.) apresentou uma média de 1,433 e um desvio padrão de 0,636. O GSI do Grupo de Jovens Não Institucionalizadas integrados em meio familiar de vida (G.N.I.), teve uma média de 0,551 e um desvio padrão de 0,562.

Estes resultados sugerem que o Grupo de Jovens Institucionalizados (G.J.I.), apresenta os valores mais elevados. Deste modo, a hipótese de que existiria uma relação entre a institucionalização e o Índice Geral de Sintomas (GSI) foi corroborada, sugerindo-se que o Grupo de Jovens Institucionalizados tenderá a exprimir maior intensidade de sofrimento psíquico.

Tabela 8: Diferenças entre as médias para os 2 grupos (G.J.I. e G.J.N.I.) no Índice Geral de Sintomas (GSI).

	GSI
Média	-3,339
Sig.	,001

Pela análise da Tabela 8, quando se analisa o sig <0,05, para o score de GSI, podemos afirmar que existem diferenças significativas no que respeita ao Índice Geral de Sintomas ($p=0,001$). Mais uma vez se prova que a Institucionalização afecta o Índice Geral de Sintomas, isto é, que a Institucionalização influencia o nível de intensidade de sofrimento psíquico.

IV. Discussão

Após a apresentação dos resultados obtidos neste último capítulo, iremos, numa primeira instância, reflectir sobre a forma como as respostas às questões colocadas se integram nas várias teorias que serviram de fundamentação a este trabalho. Procuramos, assim, hipóteses explicativas para os resultados encontrados, sem esquecer o contributo/limitações deste estudo e, simultaneamente, abrimos caminho para novas linhas de investigação.

Esta investigação procurou dar resposta às hipóteses inicialmente colocadas, lembrando:

- Espera-se que a institucionalização afecte significativamente todas as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos, em que o Grupo de Jovens Institucionalizados apresentaria um maior número sintomas psicopatológicos, em detrimento do Grupo de Jovens com comportamentos delinquentes Não Institucionalizados, em meio familiar de vida;
- Prevê-se igualmente que o Grupo de Jovens Institucionalizados revele valores mais significativos, ao nível das seguintes dimensões de sintomas psicopatológicos: Depressão, Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade e Ansiedade;
- Considera-se ainda que haja uma correlação muito forte entre as 9 dimensões de sintomas psicopatológicos, nos 2 grupos de jovens;
- Espera-se que seja possível estabelecer uma analogia entre a institucionalização e o Índice Geral de Sintomas (GSI), o que sugere que o Grupo de Jovens Institucionalizados tenderá a exprimir maior intensidade de sofrimento psíquico.

Antes de fazer qualquer reflexão teórica sobre a análise dos resultados obtidos, importa também, introduzir na discussão, alguns dados sobre o instrumento utilizado. A análise da Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R) comprovou a sua capacidade de avaliar sintomas psicopatológicos de forma simples e rápida, demonstrando que a sua utilização em situações clínicas permite o diagnóstico de problemas psicológicos, indicando o grau de intensidade do seu sofrimento psicológico.

Quando um estudo se debruça sobre a adolescência, existem alguns pressupostos teóricos capazes de descrever esta faixa etária, que não podem ser esquecidos. Por isso importa ainda, e reforçando algumas das ideias já apresentadas, referir que a adolescência por ser um período particularmente rico em possibilidades desestabilizadoras, lança por vezes questões que, alguns jovens não têm condições de responder positivamente. Estas situações podem mesmo determinar em sofrimento psíquico e a eclosão de quadros psicopatológicos.

Partindo desta percepção, e de acordo com o problema inicial deste estudo, iremos relacionar as diferentes problemáticas adversas ao desenvolvimento emocional e cognitivo destes jovens, com as vivências de institucionalização e em meio familiar de vida. Neste sentido começamos por fazer a ligação com o pressuposto de que existe uma diferença efectiva entre o Grupo de Jovens Institucionalizados (G.J.I.) e o Grupo de Jovens Não Institucionalizados (G.J.N.I.), ao nível da presença de sintomas psicopatológicos.

Paixão (1994), ref. por Rovisco (2002), refere que as noções de risco e vulnerabilidade, estão subjacentes à compreensão do sofrimento mental e do adoecer psicológico. Deste modo, a análise dos sintomas psicopatológicos em Jovens Adolescentes identificados com comportamentos delinquentes, justifica-se pela importância que a adolescência adquiriu nas últimas décadas, em função do reconhecimento das consequências negativas dos problemas de saúde mental e a constatação da menor atenção dedicada a esta faixa etária em relação às demais.

- Quando se aprecia os sintomas psicopatológicos mais evidentes nos 2 Grupos de Jovens, podemos referir que, o Grupo de Jovens Institucionalizados (G.J.I.), se distingue significativamente do Grupo de Jovens Não Institucionalizados (G.J.N.I.), em meio familiar de vida, tendo o primeiro grupo de Jovens obtido valores superiores, traduzindo assim, uma maior presença de sintomas psicopatológicos. Estes dados vão de encontro ao reconhecido na revisão de literatura e confirmam a hipótese de que a institucionalização afecta significativamente os sintomas psicopatológicos, em que o Grupo de Jovens Institucionalizados apresentaria um maior número sintomas psicopatológicos, em detrimento do Grupo de Jovens com comportamentos delinquentes Não Institucionalizados, em meio familiar de vida.

Reflectindo sobre a saúde mental destes jovens, estudos recentes revelam que o início de diversos problemas psicológicos, é mais precoce do que se julgava. Segundo Bowlby, a

saúde mental futura encontra os seus alicerces na qualidade dos cuidados parentais, recebidos nos seus primeiros anos de vida, constituindo-se como fundamentais (Bowlby, 1981; 1984; 1998; Sroufe, 2005). Reforçando mais uma vez a ideia do autor, as separações sucessivas na primeira infância conduzem a um sentimento de desamor, abandono e rejeição, pelo desespero de não ter sido amado, manifestando-se emocionalmente retraídos e isolados, não conseguindo estabelecer relações afectivas saudáveis com outras crianças e adultos, manifestando-se indiferentes, lentificados, infelizes e incapazes de reacção. Suportando esta ideia Berger (2003) defende que muitas das crianças que foram separadas judicialmente dos seus progenitores, desenvolvem perturbações psíquicas apreciáveis. Estados de angústia e de depressão, que se manifestam na idade adulta, tal como outras situações psicopatológicas, são associados por Bowlby (1984), a estados de angústia e desespero vivenciados na infância, aquando a separação prolongada da figura materna ou a sua perda definitiva. Assim, para este autor, os estados de perturbação da primeira infância precedem as condições patológicas que mais tarde se virão a manifestar, quer na fase da adolescência, quer mesmo na fase adulta.

Ao avaliar as dimensões de sintomas psicológicos que, de acordo com a literatura, reforçam a sintomatologia dos jovens institucionalizados que apresentam problemas ao nível do comportamento, e que traduzem sofrimento psicológico, podemos destacar a depressão, a sensibilidade interpessoal, a hostilidade e a ansiedade. Da análise feita aos resultados encontrados, e corroborando uma das hipóteses colocadas, o Grupo de Jovens Institucionalizados revela valores mais significativos ao nível destas dimensões de sintomas psicopatológicos.

Na transição do adolescente para a vida adulta, o jovem atravessa uma fase de desintegração, que pode ser de diferentes níveis, nomeadamente ao nível do seu sistema psicológico. Em que o sintoma corresponde à incapacidade de pensamento, usualmente associado ao delinquir. Assim, assiste-se ao predomínio do agir sobre o pensar (Matos, 1991).

Relativamente à dimensão depressão, que assume um destaque especial pelos valores registados, importa referir que, no processo normal de crescimento e autonomização, o adolescente vive o que se chama de depressão normal própria da adolescência, marcada por profundos sentimentos de perda. Para Ladame (1981) (ref. por Rovisco, 2002) não existe

adolescência normal sem depressão, ou seja, sem momentos depressivos ligados a sentimentos de perda e de vazio.

Outros autores, nomeadamente Toolan, Weiner, Glaser, Malmquist e Bakwin (in Marcelli, 2002) referem que, na sua maioria, os comportamentos sintomáticos observáveis na adolescência poderão estar relacionados a uma semiologia depressiva. Destas manifestações sintomáticas, há a diferenciar as relacionadas à depressividade (perturbações do comportamento, passagem ao acto, delinquência, ...) típicas da “*depressão mascarada*”. (Kim & Wiesner, 2006).

Na sequência do que foi referido anteriormente, segundo Benavente (2002) no que respeita ao diagnóstico diferencial, importa considerar que os comportamentos desviantes podem tratar-se de depressões mascaradas, ou seja, “*equivalentes depressivos enquanto comportamentos análogos aos sintomas depressivos da idade adulta*” (Esman, 1990). A frequência dos afectos e de emoções de natureza depressiva podem dar origem a manifestações sintomáticas bastante diferentes— os equivalentes depressivos— como sejam alguns comportamentos delinquentes.

Não descurando a atenção nos sintomas que se traduzem pela Ansiedade, do ponto de vista da compreensão psicanalítica, Coimbra de Matos (1978), considera como traço mais característico dos indivíduos que apresentam este tipo de comportamentos, a inconstância da relação de objecto, bem como, a intolerância à frustração, bem como a incapacidade para suportar a ansiedade.

Como os resultados evidenciaram, podemos encontrar uma forte correlação entre os sintomas da Ansiedade e da Depressão. Assim, de acordo com Coimbra de Matos (1996), relacionando os sintomas da depressão e da ansiedade, o adolescente evita a depressão e exprime a ansiedade através de comportamentos e da acção. Assim, no dinamismo psíquico destes jovens, predomina a não elaboração mental da frustração imposta pela realidade, havendo um consumo de toda a energia pulsional no agir. O autor admite ser a falha na interiorização do bom objecto, o factor condicionador de um sentimento de depressão inconsciente que vai ser compensada por comportamentos instáveis e de fuga para a frente e, em alguns casos, pela recriação de objectos, como prolongamento e acabamento do objecto bom, parcial e interno. Os comportamentos desviantes podem ter origem na tentativa de libertação da tensão interna, insuportável, marcada pelo sentimento de perda de algo bom que se conjuga com o medo de ser rejeitado. Esta incessante procura do que perdeu, pode estar

associada à destruição. Perante a dificuldade de interiorizar os conflitos, o adolescente responde com a criação de um espaço psíquico próprio, capaz de o libertar da realidade externa e interna intolerável. O adolescente recorre assim a estratégias de sobrevivência, projectando os seus problemas, muitas vezes, através da acção.

Deste modo os Jovens Adolescentes podem manifestar a sua depressão através de actos anti-sociais, comportamentos hostis e até mesmo agressivos, e mais uma vez os resultados obtidos neste estudo sugerem a existência de uma forte correlação entre os sintomas da Depressão e da Hostilidade. Na origem deste tipo de perturbações encontramos, segundo Kammerer (1992), carências nas primeiras relações afectivas, corroboradas pelos estudos de Spitz e Bowlby, que possibilitaram o estudo aprofundado das perturbações ligadas aos problemas do narcisismo. A fragilidade narcísica é sugerida por vários autores (Kernberg, 1995; Kammerer, 1992) como característica deste tipo de perturbações. O sentimento de forte desvalorização vai reflectir-se num Eu desvalorizado e num Ideal do Eu grandioso que vem compensar as lacunas existentes.

Face à dimensão da hostilidade, que reflecte pensamentos, sentimentos e acções relacionadas com a agressividade, irritabilidade, raiva e ressentimento, importa dizer que, a forma como a agressividade de cada criança evolui depende da resposta que a família lhe atribui. Na família, a criança aprende a expressar-se enquanto ser individual e a própria família, dentro de alguns limites, vai aprendendo a respeitar os seus desejos, sendo um lugar privilegiado à construção da sua personalidade (Bowlby, 1981). Por isso sentimentos de raiva e fúria serão minimizados por sentimentos de respeito, de ternura e partilha. Por outro lado, se o código relacional, patente na família, é o da agressividade, sentimentos negativos serão exacerbados (Berger, 2003). As pulsões que são conservadas em estado bruto, sem modelagem do pensamento, irão comprometer a adaptação da criança.

Forma-se, assim, um ciclo vicioso em que as perturbações emocionais diminuem a auto-estima e a tolerância à frustração que, por sua vez, aumenta os comportamentos agressivos/delinquentes e a dificuldade em pensar (Strecht, 2001). De acordo com as teorias de Bion (1961/1991), a inadequada capacidade para tolerar a frustração pode obstruir o desenvolvimento dos pensamentos, não permitindo a aceitação da realidade, conduzindo por vezes o jovem ao isolamento, como se pode observar pelos valores registados na dimensão do Psicoticismo.

A estas diferentes características, parece-nos pertinente acrescentar a presença frequente de imagens de si negativas nos Jovens Institucionalizados, com comportamento delinvente. Os Jovens Institucionalizados, neste estudo, apresentaram valores relevantes na dimensão Sensibilidade Interpessoal que avalia, precisamente, os sentimentos de inferioridade, depreciação e falta de auto-confiança. Estes jovens manifestam os fracassos da sua integração social por meio de actos de delinquência, oposição agressiva e protesto reivindicativo. Como são jovens que já viveram vários fracassos, instalaram em si sentimentos de auto-depreciação que correspondem à constatação clássica de uma imagem de si negativa. A imagem de si enriquece-se com os juízos que o indivíduo faz, à luz dos seus valores, das suas próprias acções. No decurso das primeiras fases, esta imagem estrutura-se em grande parte junto da imagem que os pais têm da criança. Geralmente, os pais têm da criança uma imagem positiva, apercebem-se, na criança, das qualidades e possibilidades e são eles que a ajudam a viver e a comportar-se de acordo com uma imagem que comporta numerosos valores. A imagem de si é função das próprias experiências de vinculação e controlo, assim, se o meio é caloroso, a auto-valorização está facilitada; se não é, uma imagem negativa conduz a uma identidade negativa. (Braconnier & Marcelli, 2000)

Deste modo, o comportamento impulsivo e a agressividade que estes jovens tendem a adoptar na resolução de problemas, bem como a sua pouca resistência à frustração, são alguns dos sintomas que com base do DSM- IV- TR (2002), nos levam a reforçar mais uma vez a ideia de um possível diagnóstico de uma patologia anti-social da personalidade.

Acrescenta-se ainda, e dando resposta a uma das questões colocadas inicialmente face ao Índice Geral de Sintomas (GSI) que traduz a intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático do Jovem, os resultados sugerem que o Grupo de Jovens Institucionalizados (G.J.I.) apresenta os valores mais elevados. Deste modo, a hipótese de que existiria uma relação entre a institucionalização e a intensidade de sofrimento psíquico foi corroborada, sugerindo-se que o Grupo de Jovens Institucionalizados tenderá a exprimir maior intensidade de sofrimento psíquico. De facto, estes resultados ajudam a esclarecer que a sintomatologia psicopatológica traduzida por sofrimento psíquico, associado à delinquência, se organiza num ambiente de morbilidade de uma família desestruturada e em risco (Sá, 2003).

De acordo com Sá (2003), questionando se os centros de acolhimento serão prisões para crianças, e se os pais destas crianças, futuros jovens, terão merecido medidas equivalentes, os nossos resultados caminham no sentido de perceber as verdadeiras vantagens

de retirar estes jovens das suas famílias, desculpabilizando-se na verdade, em muitos casos os, verdadeiros responsáveis.

Bowlby (1984) refere Waddington (1957) concorda que o desenvolvimento da personalidade depende em muito da relação face às vivências no seio familiar, em especial, aquando da primeira infância. De salientar que, a relação estabelecida com a mãe e as relações com ambos os pais, permitirão à criança a interiorização de modelos de relação, onde apoiará todas as suas expectativas. Bowlby (1998) refere a importância da existência, mesmo na adolescência, de um consistente lar, como base segura, permitindo a continuidade da saúde mental.

A família constitui-se como o principal suporte e apoio da criança (Cole, Cole e Lightfoot, 2005). Katz et al. (1996) (cit. por Sá, 2000) descrevem as experiências familiares, como uma das mais fortes influências no desenvolvimento psicológico e social da criança. É no meio familiar que a criança nutre o seu narcisismo saudável, pelo amor que recebe dos pais, pela imagem valorizada que lhe é transmitida e pelo amor incondicional e disponível, que lhe permitirá a construção de uma consistente auto-estima (Berger, 2003). Na ausência dessas vivências, instala-se um sentimento de vazio e de depressão. Não consegue ser suficientemente amada, investida, valorizada. A algumas crianças, foi vedada a possibilidade de se construírem na presença de figuras, onde pudessem encontrar apoio e cuidados (Bowlby, 1984).

Importa, contudo, reter a noção de Rutter, (cit. por Aguilar et. al, 2000), segundo a qual, a psicopatologia não surge devido à existência de um factor de risco em particular, mas da conjugação de diversos factores de risco no passado da criança. Na realidade, o comportamento depende da interacção entre os genes, do ambiente e da história de adaptação do indivíduo (Sroufe & Egeland, cit. por Aguilar et al., 2000). Para o aparecimento deste tipo de problemas, existem factores familiares, sociais e económicos que são determinantes (Pólvora, 1986).

Outros autores reforçam a ideia de que os comportamentos desviantes podem ter origem na tentativa de libertação da tensão interna insuportável, marcada pelo sentimento de perda de algo bom que se conjuga com o medo de ser rejeitado. Esta incessante procura do que perdeu, pode estar associada à destruição. Os comportamentos podem, também, enquadrar-se numa problemática tentativa de repressão da dor mental, através de condutas ao lado do sentir. Ocorre a substituição do sentir pelo agir, ou uma associação entre o agir e o sentir. Instala-se

um ciclo de mal estar, em muitos casos traduzido por sintomas psicopatológicos e sofrimento psíquico, ao mesmo tempo que o jovem vive numa permanente desadaptação. (Weiner, 1995)

V- Conclusão

Na sequência dos resultados obtidos com a realização deste estudo, importa mais uma vez enfatizar a importância da prevenção precoce, na medida em que, um esforço na prevenção será sempre a melhor forma de minorar qualquer tipo de problema, incluindo mesmo o da delinquência juvenil.

Quanto mais precoce for a detecção e o desenvolvimento de estratégias de intervenção nos casos de risco, menor será necessariamente a acumulação traumática de que estes jovens são vítimas e, conseqüentemente, o seu desenvolvimento físico e psicológico será certamente mais harmonioso.

Apesar de tudo, não podemos esquecer que estes jovens institucionalizados provêm de famílias e de meios sociais de suporte em que a palavra comum é a falta (Leote de Carvalho, 2003). Falta de recursos económicos, falta de recursos sociais e escolares e falta de recursos psicológicos. Portanto, quanto mais cedo se colocar à disposição destas crianças, estratégias de compromisso de humanização, mais eficazes se virão a revelar.

Alguma da revisão de literatura e dos estudos já referidos ao longo deste trabalho, defendem a ideia de que a institucionalização promove nos jovens o desenvolvimento de um maior número de sintomas psicopatológicos, importa ressaltar e alertar para os benefícios que em certos casos a institucionalização pode trazer. Sempre que a permanência da criança/jovem em meio natural de vida coloca em risco o seu desenvolvimento, é urgente a sua retirada. Tal como indicam Sousa, Pires e Galante (2005), as crianças/jovens vivenciam momentos de grande desordem interior, podendo as suas reacções oscilar, em curtos períodos de tempo, entre tristeza, angústia, zanga, raiva, entre outras (Bowlby, 1984). A todo um conjunto de práticas abusivas e negligentes continuadas, vivenciadas num ambiente inseguro proporcionado pelos cuidadores, acresce às crianças o trabalho de luto e de reparação dessas figuras de vinculação, numa separação muitas vezes incompreendida (Sousa, Pires e Galante, 2005).

Deste modo espera-se que, as instituições sejam capazes de desempenhar as funções educativas fundamentais da vivência familiar, nomeadamente a contenção do sofrimento depressivo, a capacidade de amar, de ter esperança no futuro e de pensar. No fundo, espera-se

que sejam capazes de ajudar todos estes jovens na construção do seu próprio projecto de vida, investindo igualmente num modelo relacional diferente, para que sejam capazes de, no futuro, construir relações mais satisfatórias.

Muitos destes jovens chegam às instituições, depois de já terem percorrido um longo caminho de muitas outras institucionalizações, ou depois de várias sinalizações por parte do sistema escolar ou de saúde, que nem sempre conseguem intervir de forma eficaz. Pode, assim, dizer-se que por vezes os pais são responsáveis pelos trajectos de insegurança permanente destes jovens, e que seria importante o envolvimento afectivo destes, na sua vida. No entanto, não se pode cair no erro de generalizar, pois sabe-se que existem outros factores de risco associados.

Aquando a institucionalização, é importante consciencializar os pais para a sua obrigação na participação na vida da instituição, devendo ser chamados a envolver-se em todo o processo de tratamento, no sentido de lhes proporcionar, também a eles, o acompanhamento necessário que lhes possa fornecer os recursos para se poderem responsabilizar, efectivamente, pela saúde física e mental dos seus filhos.

Foi nesse sentido que Bowlby (1981), considerando a perda da figura materna durante o período compreendido entre os seis meses e os seis anos de idade, como agente patogénico, alertou para a importância de, em detrimento de retirar as crianças de lares desestruturados e insuficientes, incrementar as condições familiares, pelo que a prioridade é manter a família unida, desenvolvendo competências que promovam a coesão dos seus elementos, acreditando que nada se pode igualar ao próprio lar (Bowlby, 1981).

Embora o quadro jurídico, em Portugal, tenha mudado muito nos últimos anos face às crianças e aos jovens que cometem actos delinquentes, continua a verificar-se uma actuação passiva perante os adultos investidos no poder paternal e que são, portanto, legalmente, os responsáveis.

A fixação da idade mínima de intervenção tutelar educativa nos 12 anos, pela consideração que abaixo desta idade, a infracção deve ser considerada como o “pathos” (Rodrigues & Duarte-Fonseca, 2000) que envolve os acidentes da natureza, deveria, se o referido pathos significar a existência de uma patologia, ser considerada como uma questão urgente de tratamento no âmbito da saúde mental.

De acordo com o que já foi referido, deveriam existir mecanismos de responsabilização que envolvessem os pais no acompanhamento destes jovens, para que permitissem trabalhar a organização das suas funções parentais, de modo a, por um lado, diminuir o tempo de institucionalização do jovem e, por outro, fazer com que a reintegração familiar leve ao estabelecimento de novos padrões relacionais. Este acompanhamento é fundamental, uma vez que a família de origem funciona, muitas vezes como rede de suporte ou fonte de conflito após a sua saída de acolhimento.

Partindo da ideia de que as crianças e os jovens institucionalizados, são maioritariamente crianças e jovens psicologicamente doentes (Sá, 2001, Kroll et al. 2002), surge a necessidade de integração de técnicos de saúde mental, não só na intervenção junto deste jovens, mas também no próprio processo de decisão sobre as medidas, com a organização de tratamentos pedopsiquiátricos e psicossociais diferenciados para cada caso. Isto implica uma gestão individualizada e personalizada de vida para cada criança em que, para além das medidas jurídicas que são ponderadas, devem ser simultaneamente delineados projectos de reabilitação psicológica e social, integrados nas realidades possíveis de cada jovem. Nos casos mais preocupantes de psicopatologia, seria imprescindível encontrar respostas aos mais variados níveis, que permitissem um nível de tratamento diferenciado nos casos mais graves. A delinquência juvenil é uma das consequências de uma longa exposição de uma criança em perigo e esta, numa criança muito doente, que necessita de reanimação psíquica (Sá, 2003).

De acordo com os resultados obtidos neste trabalho e reforçando a ideia de que, “o futuro está nos jovens de hoje”, apelando-se cada vez mais, e de forma exigente, para uma *"geração de sucesso"*, será com alguma certeza que podemos afirmar que os itinerários de vida que estes indivíduos tentarão prosseguir, serão sem dúvida, uma árdua tarefa. De facto, as imprescindíveis condições de funcionamento psicoafectivo e social, adequado à adopção de um estilo de vida saudável e as condições de vida que a civilização actual impõe aos jovens, são solicitações *"facilmente"* ultrapassáveis, para uns, mas para *"outros"* são dificuldades intransponíveis.

Quando reflectimos e olhamos, verdadeiramente, para ver e não só para tomar conhecimento, quando nos implicamos, directamente, com o objectivo de compreender

efectivamente os fenómenos, podemos não chegar logo a grandes conclusões teóricas, mas estamos certos que os jovens institucionalizados, identificados com problemas ao nível do comportamento, merecem uma atenção, sem dúvida, mais cuidada. Importa assim, investigar o quanto os efeitos das perturbações, rupturas e privações psicossociais sucessivas, se reflectirão no decurso das suas trajectórias de vida.

De certo modo, estes jovens prevêem que não se conseguirão adaptar aos estímulos externos, que em nada se adequam aos seus ideais. A realidade sócio-económica, a situação de desemprego, a distorção frequente dos anéis familiares, seja por existência de conflitos familiares seja pela ausência da figura parental, provocam ainda mais, um intenso sentimento de frustração, propicio ao enraizamento de uma identidade, cada vez mais não adaptativa.

Em forma de conclusão e referindo mais uma vez Winnicott, que nos diz que, quando as crianças sofrem privação afectiva, manifestam por vezes comportamentos anti-sociais, do ponto de vista psicodinâmico, estes comportamentos demonstram esperança em obter algo de bom que foi perdido, sendo a ausência de esperança a característica básica da criança que sofreu a privação. O jovem experimenta um impulso na procura do objecto, de alguém que possa encarregar-se de cuidar dele, esperando poder confiar num ambiente estável, capaz de suportar a tensão resultante do comportamento impulsivo. O ambiente é repetidamente testado na sua capacidade para suportar a agressão, tolerar o incómodo, impedir a destruição, preservando o objecto que é procurado e encontrado.

Factores individuais, familiares e sociais estão implicados no desenvolvimento e na persistência do comportamento anti-social, interagindo de forma complexa e ainda pouco esclarecida. Como o comportamento anti-social se torna mais estável e menos modificável ao longo do tempo, crianças e adolescentes com problemas de comportamento precisam de ser identificados o mais cedo possível, para que tenham maior oportunidade de beneficiar de intervenções terapêuticas e acções preventivas. O tratamento mais efectivo envolve a combinação de diferentes condutas junto à criança/adolescente, à família e até mesmo à escola. Quando não é possível o acesso a intervenções complementares, o profissional de saúde mental deve identificar a conduta terapêutica prioritária, em cada caso específico.

Relativamente ao problema de partida, este estudo permitiu recolher alguns dados pertinentes nesta área, nomeadamente, face ao facto da institucionalização influenciar diferentes áreas do funcionamento destes jovens. Se, por outro lado, considerarmos a delinquência como sintoma de patologia (em que a personalidade está perturbada e há perigo para a sociedade), mais do que estigmatizar, importa muitas vezes assumi-la como estratégia de socialização, em que o jovem é vítima da constelação familiar, do sistema escolar, da situação sociocultural e de um universo subtilmente repressivo.

V.1. Contributo e Limitações do Estudo

Um dos contributos deste estudo prende-se com o facto de termos um grupo de controlo, o Grupo de Jovens Não Institucionalizados, em meio familiar de vida, que serviu de comparação directa. Permitiu-nos assim, tirar conclusões sobre os efeitos da institucionalização na saúde mental destes jovens.

Pensamos ter já realçado que uma das conclusões que retirámos das várias pesquisas bibliográficas, e para as quais pensamos que os nossos resultados também contribuíram, tem a ver com a importância da relação que estes jovens deveriam manter com a família, por forma a diminuírem o seu sofrimento psíquico. Deste modo, outro contributo, não menos importante, tem a ver com a questão da responsabilização da família e a chamada de atenção que se faz para o seu envolvimento junto da Instituição. Este estudo reforça a ideia de que a família deve acompanhar e mostrar suporte a estes jovens, para que seja possível desenvolver um trabalho de reestruturação da dinâmica e dos padrões familiares.

Como limitações do nosso estudo, salientamos a pequena dimensão da amostra. Graças às dificuldades encontradas, no que se refere ao número de jovens institucionalizados que reuniam as condições elementares para o nosso estudo, só nos foi possível um número reduzido de jovens.

Quanto à recolha dos dados relativos à história clínica destes jovens, e para ir ao encontro do objectivo deste estudo, é de realçar que nos foi dada pouca informação sobre os mesmos, nomeadamente sobre a relação que ainda mantém com a família. Para o grupo de jovens não institucionalizados, a informação foi-nos facultada pela psicóloga da escola que acompanha estes jovens, muitas vezes pelos seus problemas a nível escolar, levantando algumas dúvidas sobre a

uniformidade dos critérios.

Muitas destes jovens apresentam um baixo nível de escolaridade, que os impede de uma compreensão e interpretação clara dos diferentes itens do questionário, o que provavelmente condicionou em parte os resultados.

V.2. Propostas para novas linhas de investigação

Seria interessante analisar outras dimensões não avaliadas por este estudo, tal como a qualidade dos contactos familiares, bem como a rede de suporte social que envolve as famílias destes jovens.

A elaboração de um projecto de intervenção psicológica e social, para promoção junto dos jovens institucionalizados, da educação para o direito prevista nos objectivos da lei tutelar educativa, seria uma mais-valia. Seria interessante desenvolver um estudo que envolvesse a elaboração de um projecto, que fosse capaz de responder aos reais interesses destes jovens e que de certa forma promovesse a saúde mental, proporcionando uma intervenção integrada e defendendo assim o melhor interesse do jovem.

Seria igualmente pertinente realizar um trabalho que aborde não só a psicopatologia nos jovens institucionalizados como também as questões ligadas à perda e à separação.

Um trabalho ao nível do planeamento das saídas destes jovens, precisa de ser repensado. Deste modo seria importante, desenvolver um estudo longitudinal, em que as instituições acompanhariam a saída destes jovens, partindo do princípio que os jovens que saem do acolhimento, por autonomização ou por reintegração familiar, necessitam de um tempo de seguimento, para que seja possível um trabalho de suporte muitas vezes com a própria família, para que seja ela própria capaz de reconhecer as mudanças que o acolhimento produziu no jovem.

VI. Referências Bibliográficas

- Aguilar, B., Sroufe, A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: from birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, 12, 109-132.
- Alberto, I.M. (1999). “Como pássaros em gaiolas?” Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In Machado, C. e Gonçalves, R.A. (Orgs.) (2002), *Violência e Vítimas de Crimes*, vol.2, 221-243. Coimbra: Quarteto Editora.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM - IV - TR- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Aragão, R. (2000). Do vínculo às relações sociais: aspectos psicodinâmicos. *Análise psicológica*, 2, (XVIII), 157-177.
- Benavente, R. (2002). *Delinquência Juvenil: Da disfunção social à psicopatologia*. *Análise Psicológica* (2002), 4 (XX): 637-645.
- Berger, M. (2003). *A Criança e o Sofrimento da Separação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bion, W. R. (1961/1991). Uma teoria do pensar. E. B. Spillius (Ed.) (1991). *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica – vol. 1: Artigos predominantemente teóricos* (pp. 185-193). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Biscaia, J. & Negrão, F. (1999). As crianças e os maus-tratos. *Sonhar Comunicar/Repensar a Diferença*, 6, 2-3, 281-290.
- Bowlby, J. (1981). *Separação: Angústia e raiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e Perda: Vol. 2. Separação: Angústia e Raiva*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (1998). *A Secure Base – Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.

- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carvalho, M. J. L. (2003). *Entre as Malhas do Desvio. Jovens, Espaços, Trajectórias e Delinquências*. Lisboa: Celta Editora.
- Chapman, M., Wall, A., Barth, R., (2004). Children's voices: The perceptions of children in foster care. *American Journal of orthopsychiatry*, 74, 3, 293-304.
- Coimbra de Matos, A. (1978). Notas sobre a delinquência juvenil. In *Artigos publicados nas revistas "Jornal do Médico" e "Médico"*. (pp. 31-36).
- Coimbra de Matos, A. (1996). *A Depressão na Infância e Adolescência*. Conferencia do VII Encontro Nacional de Pedopsiquiatria, Beja.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O Desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cole, M., Cole, S., & Lightfoot, C. (2005). *The Development of Children*. New York: Worth Publisher.
- Costa, A. (2006). Crianças em risco: condicionalismos e consequências. *Sonhar – Comunicar/Repensar a Diferença*, 2, 1, 103-124.
- Decreto - Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, Diário da República – I, Série A, n.º 204 de 1/9/1999, 6115-6132.
- Derogatis, L.R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. Em M. Maruish (Ed.), *The use psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Esman, A. (1990). Les troubles de l'humeur a l'adolescence. *Psychiatrie de l'Enfant*, 33 (1), 93-111.
- Farrington, D. & Anderson, J. (2002). Are Within- individual causes of delinquency the same as between-individual causes?. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12, 53-68.

- Finzi, R., Har-Even, D., & Weizman, A., (2003). Comparasion of ego defenses among physically abused children, neglected, and non-maltreated children. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 5, 388-395.
- Fontes, M. (2002) *Privação e Delinquência*. D. W. Winnicott, São Paulo. Dina Livro.
- Hamilton, M. (1970). *The Hamilton Depression Scale*. Em W. Guy & R. Bonato (Orgs.), ECDFU assessment manual. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Kammerer, P. (1992). *Delinquance et narcissisme à l'adolescence*. Paris: Collection Païdos/Adolescence.
- Kernberg, O. (1995). *Agressão nos transtornos de personalidadee perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kim, H. & Wiesner, M. (2006). Co-Occurring Delinquency and Depressive Symptoms of Adolescent Boys and Girls: A Dual Trejectory Modeling Approach, 42 (6) 1220-1235.
- Koenig, A., Cicchetti, D., Rogosch, F., (2000). Child compliance/noncompliance and maternal Contributors to internalization in maltreating and nonmaltreating dyals. *Child Development*, 71, 4, 1018-1032.
- Kroll, L. et al. (2002). Mental health needs of boys in secure care for serious or persistent offending: a prospective and longitudinal study. *Lancet*, 359, 1975- 1980.
- Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Macfie, J., Cicchetti, D., Toth S., (2001) Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child abuse & neglect*, 25, 9, 1253-1267.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística Com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, M. (1995). *Adolescência e transgressão: entre a transgressão dos limites e os limites da transgressão*. Congresso: Os Jovens e a Justiça. Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.

- Marques, R. T. (2006). *Crianças Acolhidas em Lar Residencial: Representações de Vinculação, Desenvolvimento, Competências Sociais e Comportamento*. Mestrado em Psicologia Clínica. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Matos, M. P. (1991). *Factores de Risco Psicológico em Jovens Condutores de Motorizada e sua influência relativa na ocorrência de Acidentes*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Matos, M. P. (1996). *Adolescer ou delinquir*. In *Análise Psicológica* (1996), 1 (XIV): 23-29.
- Negreiros, J. (2001). *Delinências Juvenis. Trajectórias, Intervenções e Prevenção*. Coleção Comportamentos. Lisboa: Editorial Notícias.
- Perren, S. & Hornung, R. (2005). *Bullying and Delinquency in Adolescence: Victims' and Perpetrators' Family and Peer Relations*. *Swiss Journal of Psychology*, 64 (1), 51-64.
- Perry, B. (2001). *Attachment in maltreated children* [On-line]. Disponível em: www.childtrauma.org (Novembro de 2002).
- Planella, J. (1997). *A violência como forma de comunicação nas crianças e adolescentes em situação de risco social*. *Infância e Juventude*, 4, 85-100.
- Plougmand, O. (1988). *Aspectos psico-pedagógicos da violência contra as crianças*. *Infância e Juventude*, 3, 7-20.
- Pólvora, F. (1986). *Tratamento psicoterápico da delinquência juvenil*. III Jornadas de Psiquiatria S. João de Deus. Lisboa: Editorial Hospitalidade.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rodrigues, A., Duarte-Fonseca, A. (2000). *Comentário da Lei tutelar educativa*. Coimbra: Coimbra Ed.
- Rovisco, G. (2002) *Os Comportamentos de Risco na Adolescência e as suas Expressões*. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Sá, E. (2000). *Crianças para sempre. Lisboa: Fim de Século Eds.*

Sá, E. (2001). *Crianças em perigo, crianças perigosas*. Relatório sobre crianças que cometeram delitos e se encontram abrangidas pela Lei Tutelar Educativa. (Trabalho não publicado).

Sá, E. (2003). *Adolescentes somos Nós. Lisboa: Fim de Século Eds.*

Schaffer, H. (1990). *Making decisions about children: psychological questions and answers*. Oxford Blackwell Publishers.

Sousa, L., Pires, S. & Galante, H. (2005). Crescer em Famílias de Acolhimento: Padrões e Vinculação, Psicopatologia e Influência dos Estilos Parentais. *Psychologica*, 40, 279- 303.

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: a Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349-367.

Strecht, P. (1998). *Crescer vazio: repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus-tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio e Alvim.

Strecht, P. (1999). *Preciso de ti: perturbações psicossociais em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio e Alvim.

Strecht, P. (1999). Comentário à conferência. *Pare, escute e pense: O sentir, o pensar e o agir na evolução das crianças e dos jovens (Actas do 1º encontro do Centro Dr. João dos Santos – Casa da Praia)* (pp.157-166). Lisboa: Centro Dr. João dos Santos – Casa da Praia.

Strecht, P. (2001). *Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio e Alvim.

Taylor, C. (2004). Justiça para crianças integradas no sistema de protecção. *Infância e Juventude*, 1, 55-77.

Vesterdal, J. (1980). Aspectos criminológicos dos maus-tratos às crianças na família -factores etiológicos e consequências a longo prazo. *Infância e Juventude*, 4, 7-44.

Vitaro, F., Brendgen, M., Pagani, L., Tremblay, R., & McDuff, P. (1999). Disruptive behavior, peer Association, and conduct disorder: Testing the developmental links through early intervention. *Development and Psychopathology*, *11*, 287-304.

Weiner, I. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação C. Gulbenkian.

Winnicott, D. W., (1943/1997). Recherches sur la délinquance. *Adolescence*, *15*, 2, pp. 263-269.

Winnicott, D. W., (1946/1997). Some psychological aspects of juvenile delinquency. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Eds.), *Deprivation and delinquency*, (pp. 113-119). London: Routledge.

Zurita, J., & Fernández del Valle, J. (1996). Recursos residenciales para menores. In J. Ochotorena, & M. I. Madariaga (Eds.), *Manual de protección infantil*_(pp.393-445). Barcelona: Masson.

Anexos

Anexo A: Questionário utilizado para a recolha de dados

QUESTIONÁRIO DE 90 SINTOMAS: SCL-90-R

SCL-90-R

QUESTIONÁRIO DE 90 SINTOMAS¹ (SYMPTOM CHECKLIST 90 – REVISED)

DEROGATIS, L.R., Ph.D. (1977, 1983, 1994)

INSTRUÇÕES

Leia atentamente as frases que se encontram nas páginas seguintes. São frases que dizem respeito a problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor o descreve, ou seja, o grau com que este o afectou NAS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). Não deixe nenhuma questão por responder.

OS RESULTADOS DESTA PROVA SÃO CONFIDENCIAIS

Nome: _____ Idade: _____

¹ Tradução Portuguesa experimental de Alexandra Anciães (2004) a partir da adaptação Espanhola de González de Riviera e colaboradores (1988).

Examinador: _____ Data: ____/____/____

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
1. Dores de cabeça					
2. Nervosismo ou tensão interior					
3. Pensamentos, palavras ou ideias repetitivas e não desejadas, que não lhe deixam a mente					
4. Sensações de desmaio ou tonturas					
5. Perda de desejo ou prazer sexual					
6. Ter a impressão de ser criticado pelos outros					
7. Ter a impressão que alguém pode controlar os seus pensamentos					
8. Ter a impressão que os outros são culpados da maioria dos seus problemas					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas					
10. Preocupado(a) com a sujidade, a falta de cuidado ou a desorganização					
11. Sentir-se facilmente irritado(a) ou zangado(a)					
12. Dores no peito ou no coração					
13. Medo da rua ou dos espaços abertos					
14. Falta de forças ou lentidão					

15. Pensamentos de acabar com a vida					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem					
17. Tremuras					
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança					
19. Falta de apetite					
20. Chorar facilmente					
21. Timidez ou sentir-se incomodado(a) perante o sexo oposto					
22. Ter a impressão de se sentir preso(a) ou apanhado(a) em falta					
23. Sentir medo súbito sem razão aparente					
24. Impulsos de raiva ou fúria que não consegue controlar					
25. Sentir medo de sair de casa sozinho(a)					
26. Sentimentos de culpa					
27. Dores no fundo das costas					
28. Sentir-se incapaz para terminar as tarefas					
29. Sentir-se só					
30. Sentir-se triste					
31. Preocupado(a) em demasia					

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
32. Não ter interesse por nada					
33. Sentir-se amedrontado(a)					
34. Melindrar-se facilmente					
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos					
36. Sentir que os outros não compreendem ou não vivem os seus problemas					
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si					
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem feitas					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração					
40. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago					
41. Sentir-se inferior aos outros					
42. Sentir dores nos músculos					
43. Sentir que é observado(a) ou comentado(a) pelos outros					
44. Dificuldades em adormecer					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
46. Dificuldade em tomar decisões					
47. Medo de viajar de carro, autocarro, metro ou comboio					
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta ar)					
49. Afrontamentos ou calafrios					
50. Evitar certos lugares, coisas ou actividades porque lhe causam medo					
51. Sensação de cabeça vazia					

52. Adormecimentos ou picadas (formigueiro) no corpo					
53. Sentir um nó na garganta					
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
55. Dificuldades de concentração					
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo					
57. Sentir-se tenso(a) ou aflito(a)					
58. Sentir as pernas ou os braços pesados					
59. Pensar na morte ou que vai morrer					
60. Comer demais					
61. Não se sentir à vontade quando é observado(a) ou falam a seu respeito					

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios					
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
64. Acordar muito cedo de manhã					
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas ações como tocar, contar ou lavar-se					

66. Sono agitado ou perturbado					
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas					
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham					
69. Sentir-se muito embaraçado(a) junto a outras pessoas					
70. Sentir-se mal no meio de muitas pessoas, como em lojas ou cinema					
71. Sentir que tudo constitui esforço					
72. Ataques de terror ou pânico					
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos					
74. Envolver-se frequentemente em discussões					
75. Sentir-se nervoso(a) quando fica só					
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades					
77. Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com pessoas					
78. Sentir-se tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a)					
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor					
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer					
81. Gritar ou atirar coisas					
82. Medo de desmaiar em público					
83. Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si					
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o(a) incomodam bastante					
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros					

86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora					
87. Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo					
88. Sentir-se distante ou sem intimidade com alguém					
89. Sentimentos de culpa					
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente					

Obrigado(a) pela sua colaboração

Anexo B: Itens da escala original por dimensão

Somatização

Item	Sintoma
1	Dores de cabeça
4	Sensações de desmaio ou tonturas
12	Dores no peito ou no coração
27	Dores no fundo das costas
40	Vontade de vomitar ou mal estar no estômago
42	Sentir dores nos músculos
48	Dificuldade em respirar (sensação de falta ar)
49	Afrontamentos ou calafrios
52	Adormecimentos ou picadas (formigueiro) no corpo
53	Sentir um nó na garganta
56	Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo
58	Sentir as pernas ou os braços pesados

Obsessividade Compulsividade

Item	Sintoma
3	Pensamentos, palavras ou ideias repetitivas e não desejadas, que não lhe deixam a mente
9	Dificuldade em se lembrar das coisas
10	Preocupado(a) com a sujidade, a falta de cuidado ou a desorganização
28	Sentir-se incapaz para terminar as tarefas
38	Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem feitas
45	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz
46	Dificuldade em tomar decisões
51	Sensação de cabeça vazia
55	Dificuldades de concentração
65	Ter de repetir várias vezes as mesmas acções

Sensibilidade Interpessoal

Item	Sintoma
6	Ter a impressão de ser criticado pelos outros
21	Timidez ou sentir-se incomodado(a) perante o sexo oposto
34	Melindrar-se facilmente
36	Sentir que os outros não compreendem ou não vivem os seus problemas
37	Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si
41	Sentir-se inferior aos outros
61	Não se sentir à vontade quando é observado(a) ou falam a seu respeito
69	Sentir-se muito embaraçado(a) junto a outras pessoas
73	Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos

Depressão

Item	Sintoma
5	Perda de desejo ou prazer sexual
14	Falta de forças ou lentidão
15	Pensamentos de acabar com a vida
20	Chorar facilmente
22	Ter a impressão de se sentir preso(a) ou apanhado(a) em falta
26	Sentimentos de culpa
29	Sentir-se só
30	Sentir-se triste
31	Preocupado(a) em demasia
32	Não ter interesse por nada
54	Sentir-se sem esperança perante o futuro
71	Sentir que tudo constitui esforço
79	Sentir-se sem préstimo ou sem valor

Ansiedade

Item	Sintoma
2	Nervosismo ou tensão interior
17	Tremuras
23	Sentir medo súbito sem razão aparente
33	Sentir-se amedrontado(a)
39	Palpitações ou batimentos rápidos do coração
57	Sentir-se tenso(a) ou aflito(a)
72	Ataques de terror ou pânico
78	Sentir-se tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a)
80	Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer
86	Pensamentos ou imagens de natureza assustadora

Hostilidade

Item	Sintoma
11	Sentir-se facilmente irritado(a) ou zangado(a)
24	Impulsos de raiva ou fúria que não consegue controlar
63	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém
67	Ter impulsos para destruir ou partir as coisas
74	Envolver-se frequentemente em discussões
81	Gritar ou atirar coisas

Ansiedade Fóbica

Item	Sintoma
13	Medo da rua ou dos espaços abertos
25	Sentir medo de sair de casa sozinho(a)
47	Medo de viajar de carro, autocarro, metro ou comboio
50	Evitar certos lugares, coisas ou actividades porque lhe causam medo
70	Sentir-se mal no meio de muitas pessoas, como em lojas ou cinema
75	Sentir-se nervoso(a) quando fica só
82	Medo de desmaiar em público

Ideação Paranóide

Item Sintoma
8 Ter a impressão que os outros são culpados da maioria dos seus problemas
18 Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança
43 Sentir que é observado(a) ou comentado(a) pelos outros
68 Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham
76 Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades
83 Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si

Psicoticismo

Item Sintoma
7 Ter a impressão que alguém pode controlar os seus pensamentos
16 Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem
35 Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos
62 Ter pensamentos que não são os seus próprios
77 Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com pessoas
84 Ter pensamentos acerca do sexo que o(a) incomodam bastante
85 Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros
87 Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo
88 Sentir-se distante ou sem intimidade com alguém
90 Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente

Itens Adicionais

Item Sintoma
19 Falta de apetite
44 Dificuldades em adormecer
59 Pensar na morte ou que vai morrer
60 Comer demais
64 Acordar muito cedo de manhã
66 Sono agitado ou perturbado
89 Sentimentos de culpa

Anexo C: Quadro de correspondência entre nomes e siglas utilizadas na escala

**Versão Original Symptom
Checklist-90-R SCL-90-R**

**Versão em Português
Escala de Avaliação de Sintomas-
90-R SCL-90-R**

Somatization	SOM	Somatização	S
Obsessive-Compulsive	O.C	Obsessão Compulsão	OC
Interpersonal Sensitivity	I-S	Sensibilidade Interpessoal	SI
Depression	DEP	Depressão	D
Anxiety	ANX	Ansiedade	An
Hostility	HOS	Hostilidade	H
Phobic Anxiety	PHOB	Ansiedade Fóbica	AF
Paranoid Ideation	PAR	Ideação Paranóide	IP
Psychoticism	PSY	Psicoticismo	Ps

Anexo D: Pedido de Autorização às Instituições e Termo de Consentimento Informado

Pedido de Autorização às Instituições

Assunto: Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação

Eu, _____ (nome do investigador), venho por este meio solicitar a vossa autorização para efectuar a recolha de dados para a minha tese de mestrado intitulada “Institucionalização e Sintomas Psicopatológicos: O comportamento delinquente na adolescência e a influência de factores de risco”.

Esta investigação incide sobre a pertinência de estudar as problemáticas adversas ao desenvolvimento emocional e cognitivo destes jovens, várias vezes traduzido por diferentes níveis de mal-estar. Assim, pretende-se relacionar as trajectórias de vida dos jovens, em situações de institucionalização (G.J.I.) e em meio familiar de vida (G.J.N.I.), com os problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos. Para isso, é solicitado aos jovens que preencham um questionário de modo a ser facultada a informação necessária ao objectivo da tese.

A todos os jovens será explicado o objectivo do projecto de investigação. Todas as informações prestadas no âmbito do projecto são totalmente anónimas e sigilosas, e só serão utilizadas para fins de investigação.

Cordialmente, com os melhores cumprimentos

(nome do investigador)

Lisboa, ____ de _____ de 2008

Termo de Consentimento Informado

Eu, _____(nome do participante),
certifico que concordo participar voluntariamente na investigação científica que
_____(nome do investigador) se encontra a
realizar no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia
Aplicada (ISPA).

A investigação, assim como a minha participação, foi-me definida e inteiramente
explicada por _____(nome do investigador).

Tive oportunidade de formular as questões que achei oportunas, as quais me foram
respondidas satisfatoriamente.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco.

Sou livre de responder às questões desta investigação e posso, a qualquer altura, retirar
o meu consentimento, terminando assim a minha participação na investigação sem que isso
possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

A minha assinatura abaixo escrita, indica que li, compreendi e aceitei a informação
contida neste consentimento informado. Estará disponível uma cópia deste documento sempre
que a solicitar.

_____, de _____ de 2008

(assinatura do participante)

_____, de _____ de 2008

(assinatura do investigador)

Anexo E: Outputs Estadísticos

Outputs da Estatística Descritiva para a Caracterização Sócio - Demográfica dos Participantes relativamente à Idade.

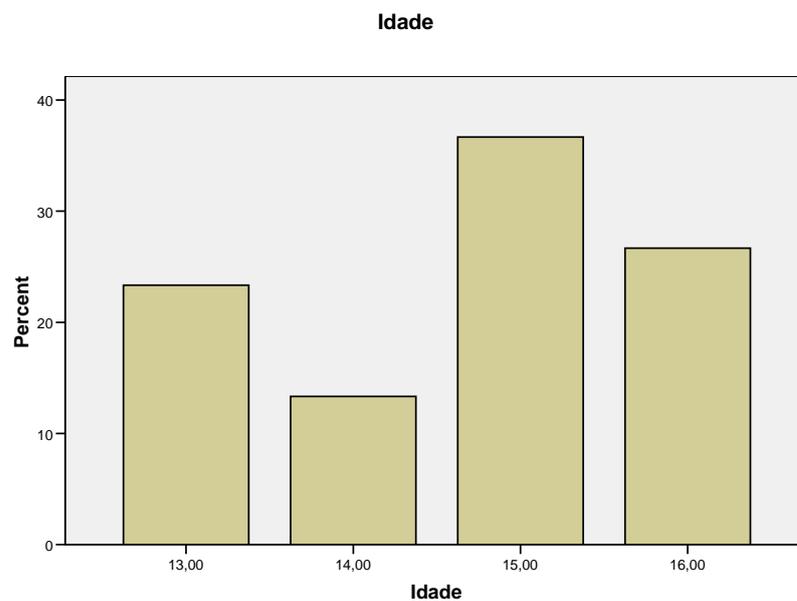
Tabela 1 e 2: Média, Desvio Padrão e Frequências para a característica demográfica relacionada com a idade nos dois grupos da amostra.

Statistics

Idade

N	Valid	30
	Missing	0
	Mean	14,6667
	Median	15,0000
	Std. Deviation	1,12444

Frequencies



**Outputs para a Análise da Consistência Interna para os Critérios
Estudados da Escala SCL-90-R.**

Tabela 3: Análise da Consistência Interna da SCL-90-R (N=30).

Correlations

	S	OC	SI	D	An	H	AF	IP	Ps
Sig	886** ²	846** ²	868** ²	928** ²	826** ²	887** ²	714** ²	855** ²	867** ²

** . Correlation is significant at the 0.05.

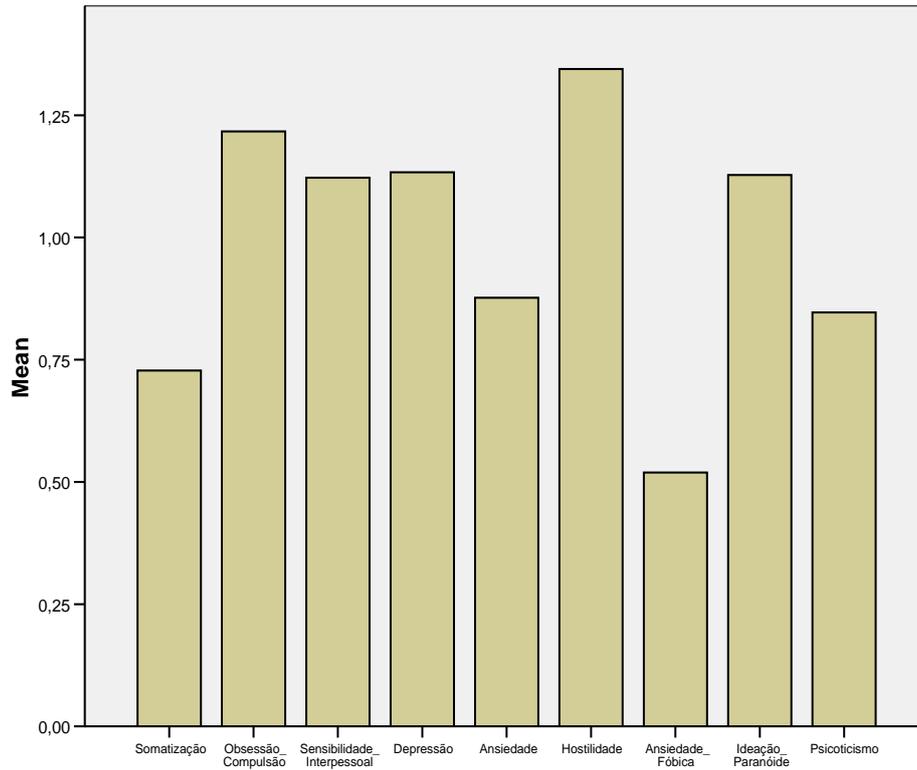
**Outputs para a Análise Descritiva dos Valores Médios, Desvios-padrão, Mínimo
e Máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicológicos (N=30).**

Tabela 4 e 5: Média, Desvio-padrão, Mínimo e Máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicológicos (N= 30)

Statistics

		Somatização	Obsessão Compulsão	Sensibilidade Interpessoal	Depressão
N	Valid	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0
	Mean	,7278	1,2167	1,1222	1,1333
	Median	,5833	1,1000	1,0000	,8077
	Std. Deviation	,69616	,78393	,87846	,96203
	Minimum	,00	,10	,00	,00
	Maximum	2,92	2,80	3,78	3,23

		Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade Fóbica	Ideação Paranóide	Psicoticismo
N	Valid	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	,8767	1,3444	,5190	1,1278	,8467
	Median	,7500	1,1667	,2143	,9167	,7000
	Std. Deviation	,70500	1,05857	,59376	,91359	,77670
	Minimum	,00	,00	,00	,00	,00
	Maximum	2,40	3,33	1,86	3,33	2,70



Output da análise dos valores médios, mínimo e máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicológicos nos 2 grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I).

Tabela 6 e 7: Média, mínimo e máximo, para as 9 dimensões de sintomas psicológicos nos 2 grupos em estudo (G.J.I. e G.J.N.I).

Descriptives

		Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Somatização	G.J.I.	9778	,73156	,00	2,92
	G.J.N.I.	4778	,57861	,00	2,08
	Total	7278	,69616	,00	2,92
Obsessão Compulsão	G.J.N.I.	,6000	,72605	,70	2,80
	G.J.I.	8333	,65647	,10	2,50
	Total	,2167	,78393	,10	2,80
Sensibilidade Interpessoal	G. J.I.	,6593	,78844	,78	3,78
	G. J.N.I.	5852	,59904	,00	1,67
	Total	,1222	,87846	,00	3,78
Depressão	G.J.N.I.	,6974	,89162	,38	3,23
	G. J.I.	5692	,66350	,00	2,54
	Total	,1333	,96203	,00	3,23
Ansiedade	G. J.I.	,2867	,64239	,40	2,40
	G.J.N.I.	4667	,50662	,00	1,80
	Total	8767	,70500	,00	2,40
Hostilidade	G. J.N.I.	,0333	,91764	,33	3,33
	G. J.I.	6556	,67983	,00	2,50
	Total	,3444	1,05857	,00	3,33

		Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Ansiedade Fóbica	G.J.I.	,7714	,63384	,00	1,86
	G.J.N.I.	,2667	,43821	,00	1,14
	Total	,5190	,59376	,00	1,86
Ideação Paranóide	G.J.N.I.	1,6111	,90120	,50	3,33
	G.J.I.	,6444	,64509	,00	2,50
	Total	1,1278	,91359	,00	3,33
Psicoticismo	G. J.I.	1,2867	,71601	,20	2,70
	G. J.N.I.	,4067	,56753	,00	1,80
	Total	,8467	,77670	,00	2,70

Tabela 8: Teste da Normalidade para averiguar se as diferenças são estatisticamente significativas.

Tests of Normality

	Contexto	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Somatização	G.J.I.	,137	15	,200(*)	,911	15	,139
	G.J.N.I.	,218	15	,053	,797	15	,003
Obsessão Compulsão	G. J.I.	,176	15	,200(*)	,887	15	,061
	G.J.N.I.	,180	15	,200(*)	,903	15	,107
Sensibilidade Interpessoal	G.J.I.	,150	15	,200(*)	,881	15	,049
	G. J.N.I.	,260	15	,008	,825	15	,008
Depressão	G. J.I.	,141	15	,200(*)	,950	15	,531
	G. J.N.I.	,231	15	,030	,740	15	,001
Ansiedade	G. J.I.	,148	15	,200(*)	,938	15	,353
	G.J.N.I.	,178	15	,200(*)	,854	15	,020
Hostilidade	G. J.I.	,122	15	,200(*)	,954	15	,582
	G. J.N.I.	,190	15	,148	,839	15	,012
Ansiedade Fóbica	G. J.I.	,172	15	,200(*)	,914	15	,157
	G.J.N.I.	,345	15	,000	,636	15	,000
Ideação Paranóide	G. J.I.	,156	15	,200(*)	,925	15	,231
	G. J.N.I.	,159	15	,200(*)	,826	15	,008
Psicoticismo	G. J.I.	,138	15	,200(*)	,961	15	,714
	G. J.N.I.	,239	15	,021	,764	15	,001

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Tabela 9: Estatística de teste Mann-Whitney U relativo à diferença entre as médias para os 2 grupos (G.J.I. e G.J.N.I.).

Test Statistics

Mann-Whitney Test

	S	OC	SI	D	An	H	AF	IP	Ps
P	,027	,004	,000	,001	,001	,000	,012	,003	,001

Output da Correlação entre as 9 dimensões de sintomas psicológicos da SCL- 90-R (N=30)

Tabela 10: Correlação entre as 9 dimensões de sintomas psicológicos do Inventário SCL- 90-R (N=30).

	S	OC	SI	D	An	H	AF	IP	Ps
S									
OC	,765(**)								
SI	,679(**)	,817(**)							
D	,811(**)	,775(**)	,861(**)						
An	,855(**)	,888(**)	,819(**)	,905(**)					
H	,722(**)	,657(**)	,821(**)	,914(**)	,792(**)				
AF	,629(**)	,802(**)	,801(**)	,760(**)	,781(**)	,595(**)			
IP	,763(**)	,722(**)	,725(**)	,863(**)	,776(**)	,809(**)	,589(**)		
Ps	,804(**)	,870(**)	,918(**)	,931(**)	,927(**)	,856(**)	,870(**)	,799(**)	

Output da Análise do Índice Geral de Sintomas (GSI).

Tabela 11: Valores médios e desvios-padrão do Índice Geral de Sintomas (GSI), para os 2 grupos.

Descriptives

GSI

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
G.J.I.	15	1,4333	,63614	,54	2,57
G.J.N.I.	15	,5511	,56293	,03	2,08
Total	30	,9922	,74137	,03	2,57

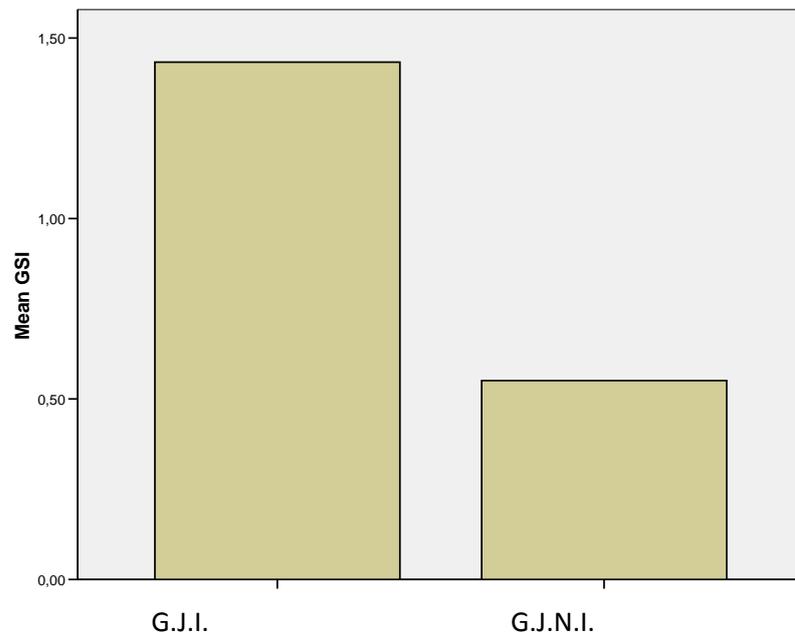


Tabela 12: Teste da Normalidade para averiguar se as diferenças são estatisticamente significativas.

Tests of Normality

	Contexto	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SI	G.J.I.	,130	15	,200(*)	,950	15	,518
	G.J.N.I.	,213	15	,066	,823	15	,007

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Tabela 13: Estatística de teste Mann-Whitney U relativo à diferença entre as médias para os 2 grupos (G.J.I. e G.J.N.I.) no Índice Geral de Sintomas (GSI).

Test Statistics

Mann-Whitney Test

	GSI
Z	-3,339
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Contexto