

Agradecimentos

Não poderia deixar de agradecer o apoio que várias pessoas me deram ao longo desta caminhada.

Primeiramente agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Cátia Magalhães, pela sua orientação, apoio, disponibilidade e conselhos que me foi dando ao longo da realização do projeto. Muito Obrigada.

Agradeço às instituições pelo apoio e colaboração para o desenvolvimento do projeto.

Aos meus pais, pois sem eles nada disto seria possível, obrigado por contribuírem para a pessoa que sou hoje. À minha irmã, pelo apoio incondicional e motivação que sempre me deu, ao meu sobrinho e cunhado.

E ainda à minha colega Inês Santos e à sua família por todo o apoio que também me deram para que fosse possível terminar mais esta etapa do meu percurso académico.

A todos vós muito obrigado por tudo.

RESUMO

O bem-estar psicológico e o *mindfulness* são objeto de estudo, dada a importância de identificar os fatores que promovem o crescimento pessoal, autorrealização, atenção plena e a *consciência de si* na adolescência. Estes aspectos ganham relevo quando se trata de adolescentes institucionalizados, pois a evidência científica revela que o processo de institucionalização pode ser considerado um fator de stress acrescido, tendendo a diminuir o bem-estar. No entanto, são escassos os estudos que relacionem estas três componentes.

O presente projeto tem como objetivo analisar o bem-estar psicológico, aceitação e *mindfulness* numa amostra de 25 adolescentes institucionalizados. Estudou-se também as diferenças de género e a associação entre o bem-estar psicológico e *mindfulness*. Foram aplicadas as escalas de Bem-Estar Psicológico e a *Child and Adolescent Mindfulness measure* (CAMM) e o questionário de caracterização sociodemográfica. Os dados foram analisados recorrendo ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão IBM 22). Efetuaram-se análises descritas e inferenciais, assumindo o grau de confiança .05.

Os resultados indicam que o género, se apresenta como contrastante ($p \leq .05$) da subescala cognitivo emocional positiva (EBEPA). No que diz respeito à CAMM, não se encontram diferenças significativas em função do género. Encontrou-se uma correlação positiva significativa ($r = .473$, $p = .017$) entre a subescala cognitiva emocional positiva e a CAMM. Verificou-se também uma correlação negativa significativa ($r = -.494$, $p = .012$) entre a subescala ansiedade e a CAMM.

Assim, salienta-se a importância de promover estratégias e intervenções que visem mudanças positivas no ajustamento psicológico e comportamental dos adolescentes, bem como desenvolver mais estudos com jovens institucionalizados.

Palavras-chave: Adolescência, Bem-estar psicológico, *Mindfulness*, Institucionalização.

ABSTRACT

Psychological well-being and mindfulness are the object of study investigations, given the importance of identifying factors that promote the personal growth, self-fulfillment, mindfulness and self-awareness in adolescence. These aspects come to the fore when it comes to institutionalized adolescents, because the scientific evidence shows that the process of institutionalization can be considered an increased stress factor, tending to decrease the welfare. However, there are few studies that relate wellness, mindfulness and institutionalization.

This project aims to analyze the psychological well-being, mindfulness and acceptance in a sample of 25 institutionalized adolescents. We studied gender differences and the association between psychological well-being and mindfulness. Scales of Psychological Well-Being and the Child and Adolescent Mindfulness measure and sociodemographic questionnaire were applied. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS version 22 IBM). We carried out descriptive and inferential analyzes, assuming the .05 level of confidence.

Results point out that gender is presented as contrasting ($p \leq .05$) of positive emotional cognitive subscale (EBEPA). Concerning CAMM, there are not significant differences in gender. We found a significant positive correlation ($r = .473$, $p = .017$) between the cognitive and the emotional subscale positive CAMM. There was also a significant negative correlation ($r = -.494$, $p = .012$) between the anxiety subscale and CAMM.

Thus, we emphasize the importance of promoting strategies and interventions targeting positive changes in psychological and behavioral adjustment of adolescents as well as develop more studies with institutionalized youth.

Keywords: Adolescence, Psychological Well being, Mindfulness, Institutionalization.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	i
RESUMO.....	ii
ABSTRACT	ii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. O Bem-Estar: Conceito e dimensões	3
1.1. Conceito e dimensões de Bem-estar.....	3
1.2. Bem – Estar Psicológico.....	5
1.3. Bem-estar e género.....	5
2. Mindfulness.....	7
2.1. Conceito de mindfulness e aceitação	7
2.2. Mindfulness e género	10
3. Adolescência	10
3.1. Bem-estar e adolescência	10
3.1.1. Comportamentos de risco na adolescência.....	13
3.1.2. Bem- estar, <i>mindfulness</i> e adolescência.....	14
4. Acolhimento institucional.....	16
4.1. Características e objetivos gerais das instituições de acolhimento.....	18
4.2. Aspetos positivos e negativos da institucionalização	19
5. Promoção e intervenção na área da saúde mental na adolescência: as potencialidades de uma nova abordagem centrada no bem-estar e mindfulness	20
CAPITULO II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO	23
1. Apresentação do estudo e delimitação do problema.....	23
2. Objetivos da investigação, questões e hipóteses de investigação	24
2.1. Objetivos gerais e específicos	24
2.2. Questões de investigação	24
2.3. Hipóteses de investigação.....	24
3. Tipo de investigação.....	25
3.1. Definição e operacionalização das variáveis	25
4. Amostra	26
4.1. Principais critérios de inclusão e exclusão da amostra.....	27
5. Técnicas de recolha de dados	27
5.1. Instrumentos	27
5.1.1. Caracterização dos Instrumentos.....	27

5.1.1.1. Caracterização Sociodemográfica.....	27
5.1.1.2. EBEPa – Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes.....	27
5.1.1.3. A Children´s Acceptance and Mindfulness Measure – CAMM.....	29
6. Procedimentos formais e aspetos éticos.....	30
7. Técnicas Estatísticas e grau de confiança	30
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E BREVE ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	32
1. Apresentação e breve análise dos resultados.....	32
1.1. Características psicométricas dos instrumentos.....	32
1.1.1. Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEPa)	32
1.1.2. A Children´s Acceptance and Mindfulness Measure - CAMM	33
2.1.1. Resultados descritivos da escala EBEPa	33
2.3. Resultados do total e subescalas da EBEPa em função do género	34
2.4. Resultados da Escala CAMM em função do género.....	36
2.5- Associação entre o bem-estar psicológico e mindfulness na amostra total	36
CONCLUSÃO.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXOS.....	45
Anexo A: Cronograma de Atividades 2013-2014.....	46
Anexo B: Instrumentos	47
Anexo C: Pedido de autorização relativo à utilização dos instrumentos	52
Anexo D: Pedido de colaboração às instituições para aplicação dos instrumentos ..	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Operacionalização das variáveis dependentes	25
Tabela 2- Características sociodemográficas da amostra (n=25;100%).....	26
Tabela 3- Valores da consistência interna da escala e subescalas EBEPa	32
Tabela 4- Valor da consistência interna da escala CAMM	33
Tabela 5- Média, Desvio padrão, mínimo e máximo da escala	33
Tabela 6- Média, Desvio padrão, mínimo e máximo da escala	34
Tabela 7- Resultados do total da escala e subescalas do EBEPa em função do gênero	35
Tabela 8- Resultados da Escala CAMM em função do gênero	36
Tabela 9- Correlação entre as subescalas do bem-estar psicológico e a escala CAMM	36

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACT - Terapia de Aceitação e Compromisso

ANS - Ansiedade

AS - Apoio Social

CAMM - Children's Acceptance and Mindfulness Measure

CAT – Centro de acolhimento Temporário

CEN - Cognitiva Emocional Negativa

CEP - Cognitiva Emocional Positiva

CPCJP - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

DBT - Terapia Comportamental Dialética

EBEPA - Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes

ECMIJ- Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

LIJ - Lar de Infância e Juventude

MBCT - Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness*

MBSR - Terapia de Redução de Stress Baseada no *Mindfulness*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC - Perceção de Competências

PIB – Produto Interno Bruto

INTRODUÇÃO

A sociedade atual é cada vez mais complexa e de enormes paradoxos, por um lado, encontra-se cada vez mais globalizada economicamente e tecnologicamente o que faz com que ocorra um impacto nas organizações sociais e nas relações interpessoais, caminhando-se para um maior individualismo e consumismo, por outro lado, existe a procura do bem-estar e a promoção da saúde mental.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento crucial para a construção de uma identidade, de padrões de comportamentos e desenvolvimento de competências pessoais e sociais (Braconnier & Marcelli, 2000). Os adolescentes são vistos, por vezes, como um grupo que se envolve em comportamentos de risco, que podem comprometer a saúde física e mental (consumo de substâncias, a violência, o suicídio, os distúrbios alimentares, entre outros).

A institucionalização de crianças e jovens envolve diversas e complexas situações e, é uma medida implementada quando não se verificam determinadas condições tendo em vista o superior interesse da criança. É atribuído às instituições responsabilidades como: prestar cuidados de saúde e de alimentação, desenvolver o bem-estar físico e psicológico e ainda as atividades educativas e escolares. A institucionalização acarreta aspetos positivos e negativos, isto é, se por um lado, é considerada como melhor solução para proteção do menor, por outro lado, a criança acaba por sofrer quando tem de passar pela aplicação desta medida.

Ao longo dos últimos anos o bem-estar tem suscitado o interesse dos investigadores. Este constructo não pode ser encarado de forma isolada, mas enquadrado em diferentes teorias e modelos. Neste sentido destaca-se uma das teorias base do bem-estar: o Bem-estar psicológico, baseado em conceções de crescimento pessoal e autorrealização, que engloba seis dimensões: autonomia, domínio do meio, relações positivas com os outros, propósitos na vida e desenvolvimento pessoal (Ryan & Deci 2001).

Nos dias de hoje é um desafio cada vez maior adquirir estratégias e desenvolver capacidades que permitam lidar com uma diversidade de perturbações mentais e/ou físicas, ou apenas, com situações stressantes do quotidiano. As intervenções baseadas no treino de *mindfulness* têm vindo a ser cada vez mais utilizadas e aplicam-se a um vasto conjunto de populações, com resultados bastante positivos na promoção do bem-estar psicológico e consciência de si.

Têm sido desenvolvidas iniciativas centradas na promoção e educação para a saúde dirigida aos adolescentes, sendo a sua saúde e bem-estar entendidos como elementos-chave do desenvolvimento. A prática baseada no *mindfulness* valorizam a

promoção da empatia, criatividade, relacionamentos pró-sociais, e compaixão por si e pelo outro, sendo estes aspetos fulcrais para a construção de uma adolescência saudável. Vários estudos suportam a utilização de atividades baseadas no *mindfulness* na diminuição de problemas de saúde mental, tais como ansiedade e depressão, e na melhoria do bem-estar psicológico para crianças e adolescentes.

Tendo em conta os aspetos referidos, procurou-se analisar o bem-estar psicológico, aceitação e *mindfulness* em adolescentes institucionalizados.

O presente projeto inclui três capítulos: (I) o enquadramento teórico; (II) o plano de investigação (III) apresentação e breve análise dos resultados.

O capítulo I engloba uma breve revisão da literatura, que vai ao encontro dos objetivos, questões e hipóteses de investigação deste projeto. Começa-se por abordar de forma breve o tema do bem-estar. Neste ponto, temas como bem-estar psicológico e aspetos relacionados com o género serão refletidos. Ainda no capítulo I, será também explorado o tema *mindfulness*. Num ponto seguinte, refere-se a relação entre bem-estar, *mindfulness*, adolescência e comportamentos de risco. O quarto ponto do enquadramento teórico, reflete as características, objetivos gerais, aspetos positivos e negativos do acolhimento institucional. Por último, a importância da promoção da saúde mental nos adolescentes. Neste ponto evidenciou-se as potencialidades de uma nova abordagem centrada no bem-estar e *mindfulness*.

O capítulo II é dedicado ao plano de investigação, onde são apresentados as questões e hipóteses de investigação, objetivos subjacentes ao presente projeto, os instrumentos, a amostra, os procedimentos e, finalmente, as técnicas estatísticas e o grau de confiança.

É no capítulo III que surge a apresentação e breve análise dos resultados, assim como as respetivas conclusões.

O projeto encerra com os respetivos anexos, onde são apresentados o questionário sociodemográfico, escalas, bem como o cronograma que ilustra o processo inerente à elaboração do mesmo.

CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O Bem-Estar: Conceito e dimensões

1.1. Conceito e dimensões de Bem-estar

O bem-estar é uma área de estudo extremamente ampla, que tem vindo a ser alvo de inúmeros trabalhos teóricos e empíricos, sobretudo a partir da última década do século XX. Este conceito foi reconhecido como tópico de importância científica ao nível da investigação e da intervenção social e clínica.

De acordo com Deci e Ryan (2001) o bem-estar refere-se à satisfação, realização ou felicidade, que derivam do bom funcionamento do ser humano, isto é, refere-se ao bom funcionamento psicológico e à experiência.

A atenção dada ao bem-estar resulta do destaque atribuído a três objetivos na intervenção psicológica: a) a redução e/ou eliminação dos problemas ou dificuldades; b) a prevenção desses problemas; c) a promoção do desenvolvimento harmonioso que visa a otimização da adaptação do indivíduo (Kendall, Lerner, & Craighead, 1984, cit. por Bizarro, 1999). Passou-se a abordar a temática, não apenas centrada no atenuar do sofrimento humano, mas também na compreensão e promoção dos aspetos positivos do funcionamento psicológico, por exemplo, o perdão, a criatividade, a sabedoria, o otimismo, a satisfação com a vida, a resiliência, o altruísmo, a esperança e a responsabilidade (Novo, 2005).

As investigações têm confirmado que quanto mais centrado em objetivos materiais menor é o bem-estar, em contrapartida o desenvolvimento e a implicação de objetivos interiores estão associados à felicidade. Sendo assim, estas duas facetas da felicidade, a centrada nas virtudes do ser e a orientada para a satisfação do ter, estão relacionadas com perspetivas teóricas em torno do bem-estar (Deci & Ryan, 2001).

O conceito de bem-estar enquadra-se no constructo de saúde mental, sendo que apesar de não se adotar como uma dimensão absoluta para medir saúde mental, o bem-estar é uma condição essencial, pois promove os aspetos positivos da mesma (Novo, 2005).

Alguns autores remetem a origem da temática do bem-estar para o período da Grécia antiga, onde Aristóteles e outros filósofos procuravam definir os fatores essenciais para a promoção de prazer e felicidade. Essa procura originou duas correntes de pensamento relativamente distintas, que ainda hoje, orientam os modelos relacionados com o bem-estar: o *hedonismo* e o *eudaimonismo* (Deci & Ryan, 2001)

A perspetiva hedónica permite identificar o nível de felicidade e de satisfação dos indivíduos, e procura identificar condições sociodemográficas, políticas, e culturais que lhe estão associadas. Percebeu-se que o bem-estar não pode ser avaliado

apenas por fatores externos sendo também importante considerar a experiência subjetiva do sujeito relativamente ao seu próprio bem-estar, daí a sua associação ao bem-estar subjetivo (Novo,2005).

Edward Diener, um dos principais investigadores do bem-estar subjetivo, inseriu este domínio de estudo no âmbito da psicologia positiva desde o início dos anos 80 (Novo, 2005). O modelo de bem-estar subjetivo veio afirmar-se como uma proposta que visa “considerar a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, tendo como referente as suas experiências emocionais, positivas e negativas, e tendo por base valores, necessidades, expectativas e crenças pessoais” (Novo, 2005, p.185).

Os indivíduos que têm um bem-estar subjetivo elevado sentem muitas emoções positivas e poucas emoções negativas quando estão envolvidas em atividades que acham interessantes, quando vivenciam muitos prazeres e poucos sofrimentos e quando estão satisfeitos com as suas próprias vidas (Novo, 2005).

Diener e Seligman (2004) mostraram, através de estudos experimentais que as pessoas que apresentam uma maior satisfação com a vida têm mais amigos, participam em atividades de grupo e demonstram melhores relações sociais comparativamente às pessoas que apresentam baixo bem-estar.

Ainda relativamente ao bem-estar subjetivo, existem alguns modelos explicativos nomeadamente a teoria de *Bottom-Up* e a teoria de *Top-Down*. A abordagem *Bottom-Up* tem por base a felicidade e a acumulação de momentos positivos, a satisfação das necessidades por parte do indivíduo que se traduz em felicidade. Em contraste a abordagem *Top-Down* existe uma pré-disposição para experienciar felicidade, ou seja, retira-se prazer das vivências porque já existe um estado de felicidade anterior. A felicidade depende da adaptação do indivíduo à sua vida, que é influenciada pelas suas experiências de vida, pelas comparações que vai estabelecendo com quem o rodeia, bem como, pelos seus valores pessoais (Galinha & Ribeiro, 2005).

No que diz respeito à perspetiva eudaimónica, esta constitui um campo de estudo que integra as dimensões do funcionamento psicológico de autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito de vida em desenvolvimento pessoal. Esta considera que o bem-estar é mais do que a felicidade em si, ou seja, nem toda a realização dos desejos resulta em bem-estar visto que muitas consequências podem não ser benéficas e, portanto não promovem o mesmo. Esta perspetiva relaciona-se com o bem-estar psicológico (Novo, 2005).

Seguidamente será abordado mais especificamente o conceito de bem-estar psicológico.

1.2. Bem – Estar Psicológico

O bem-estar psicológico assenta na compreensão do desenvolvimento humano e dos desafios existenciais da vida. Este modelo de bem-estar surge por parte de algumas críticas feitas ao modelo de bem-estar subjetivo, nomeadamente, o facto de este constructo ser restritivo pois o bem-estar é mais do que satisfação com a vida, a presença de afetos positivos e ausência de afetos negativos.

Desta forma, surge um modelo multidimensional baseado em conceções de crescimento pessoal e desenvolvimento humano e autorrealização, que integra seis dimensões psicológicas: *autonomia* - sentimento de autodeterminação e capacidade de autorregulação; *domínio do meio* - capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes adequados às suas características e a capacidade de controlo de meios complexos; *crescimento pessoal* - sentimento de desenvolvimento contínuo e aberturas a novas experiências de vida e desafios; *relações positivas com os outros* - capacidade de estabelecer relação de empatia e afeição com os outros, capacidade de amar e manter amizades, isto é, estabelecimento de relações positivas e altruístas; *propósito na vida* – capacidade de estabelecer objetivos, atribuindo significado à própria vida; e a *autoaceitação* - caracteriza-se pela perceção e aceitação dos múltiplos aspetos do individuo e avaliação positiva do seu passado (Ryff & Keyes, 1995).

O bem-estar psicológico surge como o resultado de um desenvolvimento e funcionamento positivo neste conjunto de dimensões que abrangem a área da perceção pessoal e interpessoal, a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a mobilização para o futuro, assumindo um carácter amplo e representativo do funcionamento psicológico positivo. O sentimento de felicidade ultrapassa, neste modelo, a ideia de que ela é um fim ou que é um objetivo de vida para ser considerada como produto do desenvolvimento e da realização da pessoa humana (Novo,2005).

1.3. Bem-estar e género

A sociedade com maior ou menor subtileza condiciona as perceções que o adolescente tem em relação a si próprio e ao que o rodeia, define percursos apropriados para se chegar a fase de adulto e aos direitos e deveres que lhe estão associados.

Muitos têm sido os estudos a procurar os fatores e os processos causais ou relacionados com o bem-estar. De entre os muitos fatores encontrados, o género tem-se destacado na relação com o bem-estar.

As investigações realizadas não mostram consenso quanto aos resultados finais. Estes oscilam entre a não existência de diferenças entre os géneros e a existência de apenas ligeiras diferenças. Estas diferenças encontradas relacionam-se com a dimensão afetiva, uma vez que alguns estudos consideram que as mulheres experienciam níveis mais elevados de afeto negativo e de afeto positivo, de forma mais frequente e mais intensa (Diener & Ryan, 2009).

Assim, parece que os níveis elevados de afeto positivo e de afeto negativo nas mulheres se equilibram, resultando em níveis de bem-estar global semelhantes ao dos homens (Galinha, 2008).

Bizarro (1999) refere que os níveis de bem-estar têm valores mais elevados em adolescentes do género masculino. Estas diferenças não são tão claras nas idades mais jovens dos adolescentes. Na perspetiva de Azúa e colaboradores (2009), a autoperceção do bem-estar até por volta dos 12 anos é global, não sendo razoável falar de uma distinção entre a dimensão emocional e a dimensão cognitiva desse mesmo bem-estar. A partir dos 15 anos observa-se uma recuperação nos níveis de autoperceção do bem-estar que irá melhorar nos anos sucessivos (Ruiz de Azúa, 2007; Azúa, Goñi & Madariaga, 2009; Esnaola, 2005; Goñi, Rodríguez & Ruiz de Azúa, 2004, cit. por Silva, Matos & Diniz, 2010).

Ceballos (2009) e Silva (2010) fazem alusão a algumas diferenças entre géneros na adolescência: o ritmo de desenvolvimento é diferente, sendo que as raparigas manifestam, habitualmente, um avanço de dois anos no processo de maturidade global; os rapazes desenvolvem a sua identidade mais por metas pessoais do que por metas sociais, e as raparigas preferem o social ao pessoal; os rapazes por sua vez, expressam o conflito em termos de comportamento (devido às limitações impostas), enquanto que para as raparigas o conflito reflete questões de identidade (o sentimento acerca de si mesmas).

Vários estudos mostram que os níveis de bem-estar observados nas idades mais jovens são mais elevados do que os observados nas idades mais avançadas dos adolescentes (Berjano et al., 2008; Bisegger et al., 2005; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005; Matos et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2001, cit. por Silva et al., 2010).

Silva et al. (2010) refere que o estudo de Azúa (2007) constatou que o género feminino apresenta maiores oscilações quanto à perceção do bem-estar subjetivo do que o género masculino, ao longo das distintas etapas do ciclo vital. O bem-estar subjetivo no género masculino é mais elevado do que o do género feminino da mesma idade. Desta forma, pode dizer-se que o género feminino vive mais intensamente os afetos negativos e positivos e que interioriza as experiências afetivas negativas, procurando encontrar em si uma explicação para as mesmas, o que resultaria numa

autopercepção com menor nível de bem-estar numa fase da adolescência (Roothman, Kisten & Wissing, 2003; Yang, 2002 cit. por Silva et al., 2010). Embora não haja um consenso geral quanto à influência da idade, a verdade é que cada faixa etária apresenta as suas especificidades, devendo estas ser tidas em conta para a promoção do bem-estar.

Em suma, as diferenças intergénero não são constantes ao longo das sucessivas etapas do ciclo vital, e tendem a decrescer com o aumento da idade. Posto isto, é importante refletir não só na vulnerabilidade dos adolescentes em determinadas fases da vida como nos mecanismos psicológicos que melhoram a sua autopercepção de bem-estar, nomeadamente nas fases em que o género feminino recupera a percepção do bem-estar em relação à desvantagem que tinham em relação ao género masculino durante algumas etapas do ciclo vital (Silva et al., 2010).

2. Mindfulness

2.1. Conceito de mindfulness e aceitação

O conceito de *mindfulness* é a tradução inglesa do termo — *Sati* (em *Pali*, língua original de Buda), que significa recordar, consciência, intencionalidade da mente, mente vigilante, atenção plena, alerta, mente lúcida, e autoconsciência (Siegel, 2010 cit. por Amaral, 2012). Este conceito está relacionado com qualidades particulares de atenção e consciência, que podem ser cultivadas e desenvolvidas através da meditação e outras estratégias.

O interesse clínico pelo conceito de *mindfulness* surge da convergência entre duas tradições: a primeira ligada aos preceitos científicos Ocidentais introduzida pela psicóloga Ellen Langer e a segunda ligada à tradição meditativa do Oriente introduzida por John Kabat Zinn. Segundo Langer (1989, cit. por Vandenberghe & Assunção, 2009) o indivíduo vive em piloto automático, não tem atenção ao momento presente, julga por senso comum, logo o *mindfulness* é a criação de novas categorias para interpretar os acontecimentos prestando atenção aos mesmos e aos contextos em que se inserem.

Para Kabat-Zinn (1990, cit. por Vandenberghe & Assunção, 2009) o *mindfulness* consiste em focar a atenção no momento presente com um determinado propósito, sem julgar, quer os fenómenos que surgem na consciência individual durante a prática do *mindfulness*, quer as percepções, cognições, emoções ou sensações, que são observadas cuidadosamente mas não são avaliadas como boas ou más, verdadeiras ou falsas, saudáveis ou doentes, importantes ou triviais, assim o

mindfulness é o não julgamento e a observação do fluxo de estímulos contínuos interno e externo que possam surgir ao indivíduo.

O conceito que está intimamente relacionado com o *mindfulness* é o conceito de aceitação. A prática do *mindfulness* ao envolver a aceitação da realidade, em vez de procurar estratégias sistemáticas para a mudar, pode conduzir o indivíduo a experienciar acontecimentos tal como eles são, sendo que o objetivo é aceitar o momento presente, observar todos os seus aspetos, alargar o horizonte naquele preciso momento e assim valorizar aspetos que a maior parte das vezes passam, despercebidos (Baer, 2003).

As práticas meditativas podem ser uma estratégia eficaz para desenvolver o estado *mindfulness* (Brown & Ryan, 2004, cit. por Amaral, 2012). A psicologia budista distingue dois métodos de meditação: a meditação de concentração e a meditação *mindfulness*. No primeiro método, é escolhido um objeto de concentração, interno ou externo, como por exemplo, uma imagem, um objeto, um local do corpo ou um mantra. Na meditação de concentração a mente regressa ao objeto de concentração, assim que notamos que esta se deixou de concentrar no mesmo (Germer, 2005, cit. por Amaral 2012). Por sua vez, a meditação *mindfulness*, engloba uma extensão maior de objetos na consciência, um de cada vez, isto é, dá-se maior atenção àquilo que predomina na consciência, momento a momento. Esta pode ser praticada em posição sentada, deitada, em pé ou em movimento (Germer, 2005, cit. por Amaral,2012). Regularmente, a meditação começa por uma concentração específica na respiração e quando a mente vagueia, em vez de voltar imediatamente à respiração, como na meditação de concentração, deve-se identificar aquilo que apareceu na consciência e que distraiu o indivíduo, com curiosidade e sem julgar, e depois retomar a atenção para a respiração (Germer, 2005, cit. por Amaral,2012).

Siegel (2010, cit. por Amaral, 2012) refere que existem três tipos de práticas de *mindfulness*: a prática informal, a formal e a prática de retiro. A primeira, a prática informal, consiste em o indivíduo lembrar-se de prestar atenção, durante as atividades do dia-a-dia e ao que acontece momento a momento. Em segundo a prática formal, em que o indivíduo dedica um determinado intervalo de tempo do dia para meditar sentado e em silêncio. Por último a prática de retiro, que envolve períodos extensos de meditação formal, normalmente em silêncio, com muito pouca interação pessoal.

O *mindfulness* tem sido incorporado no tratamento de várias perturbações psicológicas. Segundo Baer (2003) os tratamentos baseados no *mindfulness* permitem uma profunda mudança da relação da perspetiva pessoal do sujeito com os seus próprios processos internos, entre eles, um “distanciamento cognitivo” no qual os

pensamentos são objetivamente vistos apenas como pensamentos e não significando necessariamente verdades absolutas ou a realidade do “self”.

A utilização do *mindfulness* tem-se estendido a diversas populações: clínicas, não clínicas com várias patologias, tais como perturbações de ansiedade, perturbações alimentares, *stress*, entre outros.

Atualmente existem várias intervenções terapêuticas que atestam os benefícios do treino *mindfulness* na saúde mental e no funcionamento psicológico, entre estas destacam-se: a Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (MBCT), desenvolvida por Segal, Williams, e Teasdale, (2002 cit. por cit. por, Vandenberghe & Assunção, 2009), e orientada para a prevenção de recaída na depressão. A Terapia de Redução de Stress Baseada no *Mindfulness* desenvolvido por Kabat-Zinn (1982), como tratamento para a dor crónica e outros problemas. A Terapia Comportamental Dialéctica (DBT) desenvolvida por Lenehan (1987, cit. por, Vandenberghe & Assunção, 2009), o cliente aprende a aceitar as vivências classificadas como negativas para poder agir de forma a promover mudanças mais profundas. Por último, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), desenvolvida por Hayes, Strosahl e Wilson (1999), visa promover a flexibilidade psicológica, conseguida trabalhando a capacidade de estar no momento presente vivendo-o em plenitude e valorizando-o tal como é.

Os estudos revelam sucesso na população adulta o que fez com que estes modelos terapêuticos fossem alargados à população mais jovem, porém ainda é uma área de estudo muito recente existindo poucas informações e investigações nesta etapa do desenvolvimento.

Neste sentido, estudos com crianças e adolescentes revelam que o *mindfulness*, como técnica que desenvolve a atenção focada no presente, pode modificar a forma como as pessoas pensam, agem e sentem, reduzindo os sintomas de stress e depressão e promovendo o bem-estar nas crianças em idade escolar (Kuyken et al., 2013).

Foi realizado um estudo através da aplicação de um programa de *mindfulness* nas escolas, este tinha como objetivo fazer um teste de eficácia desse mesmo programa, em termos do bem-estar e saúde mental, imediatamente após os alunos terem sido confrontados com uma situação de stress, neste caso os exames de final de ano. O Programa de *Mindfulness* foi implementado em 6 escolas Britânicas, com a duração de 9 semanas desenhado especificamente para ser desenvolvido na sala de aula. Outras 6 escolas que pertenciam ao estudo não receberam o mesmo programa. O resultado final demonstrou que os jovens que participaram no Programa de *Mindfulness* revelaram menos sintomas depressivos, menor stress e maior bem-estar do que os jovens do grupo de controlo (Kuyken, et al., 2013).

Em suma, os estudos revelaram a importância da abordagem baseada no Mindfulness na melhoria do bem-estar das crianças e jovens. Se, se pensar nos sintomas mencionados, estes podem diminuir o desempenho escolar do aluno, bem como podem ser fatores de risco para o posterior desenvolvimento de sintomatologia clínica.

2.2. Mindfulness e género

Embora escassos, os estudos existentes sobre o género sugerem que o traço mindfulness é superior nos homens. As mulheres são mais vulneráveis à exposição a eventos de stress repetidos (Nolen-Hoeksema, 2001; Schmaus, Laubmeir, Boquiren, Herzer, & Zakowski, 2008). Também são mais propensas a descrever sintomas psicossomáticos (Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen, & Dewulf, 2008; Heitkempe & Jarrett, 2008). No entanto, os estudos referem que não existem diferenças significativas em função do género (Cunha et al., 2013).

Da revisão da literatura efetuada, e no que diz respeito a crianças e adolescentes, o contexto é bem mais pobre, existindo até à data poucos estudos que avaliem as competências de aceitação e *mindfulness* nesta população, bem como diferenças significativas em função do género.

3. Adolescência

3.1. Bem-estar e adolescência

A adolescência é caracterizada por mudanças rápidas e intensas que se verificam em diferentes níveis: físico, cognitivo, social, moral e psicológico (Braconnier & Marcelli, 2000).

As primeiras mudanças ocorrem a nível físico trazendo as designadas transformações da imagem corporal do adolescente.

Ao nível das perceções do domínio cognitivo o adolescente começa por desenvolver uma maior capacidade metacognitiva, isto é, capaz de pensar sobre o que os outros pensam sobre si, e ainda ter a capacidade de se descentralizar do seu egocentrismo assumindo assim a perspetiva do outro que o rodeia (Remédios, 2010).

Os processos sociais que se desenvolvem na adolescência podem trazer algumas alterações ao bem-estar psicológico, estando estas associadas ao isolamento social, preocupação em ser aceite pelos outros e maior conformidade social.

Segundo Bizarro (1999) o desenvolvimento social é um processo de aprendizagem de padrões de comportamentos e de atitudes conforme as regras e as expectativas dos grupos sociais ao qual o adolescente pertence e assim adquire a sua

vida social e autonomia. A relação com o grupo de pares é importante na medida em que desenvolve a sua identidade e autonomia o que irá refletir-se num maior bem-estar psicológico. Porém, a qualidade da relação com estes grupos de pode ter influência no aparecimento e continuidade de algumas condutas patológicas, por exemplo, perturbações do comportamento (Braconnier & Marcelli, 2000).

No que concerne ao desenvolvimento moral, o adolescente efetua juízos e avaliações morais em situações cada vez mais complexas (Bizarro, 1999). Ou seja, é capaz de se preocupar com os outros, conhecer as regras e leis da sociedade, agir conforme as expectativas dos outros, reconhecer direitos e deveres, agir de forma adequada consoante o contexto e ter consciência dos princípios sociais.

Neste período ocorre ainda o desenvolvimento das competências de autorregulação, pois o adolescente aprende a controlar as emoções para não ter uma reação excessiva a qualquer estímulo ambiental, responder ao mesmo de maneira equilibrada, e assim regular de forma eficaz a intensidade das suas emoções. Ao haver dificuldade em regular as emoções, trará consequências ao nível da relação com o outro e também a nível do bem-estar psicológico (Bizarro, 1999).

O processo do desenvolvimento do adolescente envolve modificar relações entre o indivíduo e os múltiplos níveis do contexto em que este se encontra, logo as variações na existência e no ritmo dessas relações promovem uma grande diversidade na adolescência e representam fatores de risco ou protetores através deste período de vida (Lerner, De Stefanis, & Ladd, 1998; Matos, 1997, cit por Rmédios, 2010). Assim, a adolescência representa um período de riscos mas também um período de oportunidades para experiências de aprendizagem que conduzam a um desenvolvimento equilibrado e bem-estar.

Susman e Rogol (2004) revelaram que à medida que os adolescentes vão valorizando as suas autoperceções físicas e sociais, no momento em que também vão ocorrendo as transformações da puberdade, o desenvolvimento da aceitação de si realça-se e, assim alcançam um maior nível de bem-estar psicológico.

Na investigação centrada no bem-estar dos adolescentes, um dos principais contextos avaliados é a escola (Fernandes, Raposo, Bertelli, & Almeida, 2011). Os autores pretenderam ampliar a importância deste contexto através da análise do efeito de variáveis sociodemográficas nos níveis de satisfação escolar e o contributo desta dimensão para a explicação do bem-estar psicológico, de acordo com o modelo de Ryff (1989a, 1989b cit. por Fernandes et al., 2011). Os resultados demonstraram que não existem diferenças significativas de satisfação com a escola em função do género, local de residência e níveis de estatuto socioeconómico. Por outro lado, a existência de relações positivas entre pais e filhos favorecem o ambiente escolar. Verificou-se

que a satisfação com a escola se correlaciona positivamente com todas as dimensões do bem-estar psicológico exercendo um efeito positivo nos níveis de bem-estar global (Fernandes et al., 2011).

Existem alguns estudos sobre o bem-estar na adolescência, porém instrumentos de avaliação para esta temática ainda são escassos. Os estudos centrados no bem-estar psicológico dos adolescentes reportam-se ao funcionamento ótimo dos indivíduos. A investigação tem mostrado que o envolvimento em projetos pessoais apresenta um importante impacto no bem-estar psicológico e na saúde, da mesma forma a ausência de atividades pessoais está associada à depressão e à ansiedade.

Poucas têm sido as investigações que adequam as escalas de bem-estar psicológico a adolescentes, porém da revisão da literatura realizada evidenciou duas investigações. O estudo desenvolvido por Albieri, Ruini e Fava (2006, cit. por Fernandes, 2007), teve em vista o desenvolvimento de instrumentos de avaliação de bem-estar psicológico quer em adultos quer em adolescentes. Neste denotou-se que as escalas: objetivos na vida, aceitação de si e relações positivas com os outros, permitiram discriminar os adolescentes que se autopercecionavam com baixos e elevados níveis de bem-estar. O segundo estudo de Casullo e Solano (2000, cit. por Fernandes, 2007) procurou averiguar o bem-estar psicológico em adolescentes italianos recorrendo a uma versão adaptada da escala de bem-estar psicológico de Ryff. Neste estudo, as raparigas apresentaram níveis superiores de crescimento pessoal e de domínio do ambiente (Fernandes, 2007).

Em Portugal, Neto (1993) e Bizarro (1999) mostraram interesse em desenvolver instrumentos de avaliação de bem-estar. Assim, Neto (1993) verificou que os adolescentes com idades entre os 14 e 17 anos do género masculino e com nível sociocultural mais elevado apresentavam níveis superiores de satisfação com a vida.

Por outro lado, Bizarro (1999) concluiu que existem alterações no bem-estar durante a adolescência, havendo tendência para diminuir com o avançar da idade. Nas idades entre os 15 e 17 anos, os valores de bem-estar apresentavam-se mais baixos, sugerindo que este é um período de maior vulnerabilidade para as alterações do bem-estar psicológico, pois surgem questões como a procura da autonomia e o estabelecimento de relações interpessoais. O estudo revelou que as raparigas apresentavam maior risco de problemas psicológicos devido a não aceitação das alterações corporais.

Como forma de integrar a conceptualização de bem-estar, Bizarro (2001) teve por base o modelo-comportamental-desenvolvimentista para a elaboração do instrumento de avaliação de bem-estar psicológico na adolescência (Escala de bem-

estar psicológico para adolescentes). Este modelo assenta no funcionamento psicológico que evidencia a componente cognitiva, o comportamento e a expressão emocional que vai ao encontro ao bem-estar psicológico, uma vez que inclui a componente afetiva e cognitiva e por último a componente desenvolvimentista, pois deve ter em conta as características da população a que se destina (Ryff & Keyes, 1995).

Este modelo apresenta cinco dimensões: A ansiedade (ANS) e Cognitiva Emocional Negativa (CEN) que avaliam as dificuldades nos adolescentes. As dimensões Cognitiva Emocional Positiva (CEP), o Apoio Social (AS) e a Perceção de Competências (PC), avaliam a presença de recurso pessoais positivos para o bem-estar psicológico dos adolescentes (Bizarro, 2001).

3.1.1. Comportamentos de risco na adolescência

A expressão “*health compromising behaviors*” pode ser traduzida como comportamentos comprometedores para a saúde ou comportamentos de risco, e pode ser definida como a participação em atividades que podem comprometer a saúde física e mental do jovem. Podem ter início pelo carácter exploratório, podendo ou não levar à sua consolidação e conduzir a consequências negativas ao nível individual, familiar e social (Feijó & Oliveira, 2001).

Os adolescentes são um grupo particularmente vulnerável e podem envolver-se em comportamentos comprometedores de saúde, tais como tabagismo, álcool e uso de drogas ilícitas, dietas perigosas, atividade sexual precoce e agressão física. Estes comportamentos podem pôr em risco a saúde individual a curto ou a longo prazo (Carter, McGee, Taylor, & Williams, 2007).

Segundo Carter et al. (2007), alguns investigadores tentaram identificar qual o motivo para que alguns adolescentes optem por ter certos comportamentos de risco, enquanto outros não. O que se tornou evidente é que alguns adolescentes estão mais ligados aos pais e grupo de pares o que pode ter um efeito significativo no comportamento do adolescente.

A adoção de comportamentos de riscos, na sua maioria, é influenciado pelas relações que o individuo mantém durante a infância e adolescência. Ao longo da infância passam grande parte do tempo com os pais e na adolescência com os amigos, passando estes a ter um papel fundamental na sua vida (Braconnier & Marcelli, 2000).

O grupo de pares tem sido apontado como fator de risco e proteção, podendo este influenciar o envolvimento dos adolescentes. Por um lado o grupo de pares pode

ser uma má influência na adoção de comportamentos de risco, por outro lado este pode reforçar os sentimentos de felicidade e bem-estar quando a relação é positiva. A boa relação e comunicação estabelecida com os pais e com os amigos é condição essencial para que haja um bom relacionamento, o que faz com que se mantenha um equilíbrio no desenvolvimento do adolescente (Tomé, Camacho, Matos, & Diniz, 2011).

Assim, conclui-se que uma boa relação com os pais e com o grupo de pares é um fator de proteção, no que concerne aos comportamentos de risco.

Recentemente, a evidência científica aponta a importância do constructo *mindfulness* e do conceito de bem-estar na prevenção e tratamento de comportamentos de risco, como problemas de comportamento, perturbações alimentares e comportamentos de consumo de drogas (Tang, Tang, & Posner, 2013). A prática de *mindfulness* ajuda o indivíduo a ser mais hábil e criativo nas respostas aos estímulos, excluindo padrões de comportamento destrutivo e a desenvolver uma consciência centrada no momento presente, sem julgamento, promovendo o autorespeito e autoaceitação (Tang et al. 2013). No ponto seguinte, será abordado esta relação entre bem-estar e *mindfulness*.

3.1.2. Bem-estar, *mindfulness* e adolescência

De acordo com vários estudos epidemiológicos (Hayes, Bach, & Boyd, 2010; Kashani & Orvaschel, 1988; Parker & Roy, 2001), tem-se verificado, nos últimos anos, um aumento de problemas de saúde mental na infância e na adolescência, tais como a depressão e ansiedade.

De forma a promover o bem-estar e a redução de sintomatologia psicopatológica, o *mindfulness* tem sido incorporado na promoção de saúde e tratamento com uma recetividade crescente no contexto da saúde mental. A evidência científica revela que a prática de *mindfulness* é benéfica para indivíduos que sofrem de vários problemas como a dor crónica e perturbações psicológicas (Baer, 2003).

O *mindfulness* contrasta com o exercício automático típico do dia-a-dia dos indivíduos e deste modo é importante, pois permite aos indivíduos que não tenham comportamentos “irreflectidos”, promovendo a adesão a uma postura funcional de regulação comportamental, que está normalmente relacionada com maiores níveis de bem-estar. Estes níveis elevados de bem-estar relacionam-se com a orientação ou reorientação do focus de atenção para o momento presente, que torna o *mindfulness* numa ferramenta útil na descentração de pensamentos negativos, permitindo ao indivíduo focar-se nos aspetos reais da experiência (Brown & Ryan, 2003).

A utilização de abordagens baseadas no *mindfulness* com crianças e adolescentes é relativamente recente, tendo, nos últimos anos, surgido um interesse crescente em relação a este assunto. Black, Milam, e Sussman, (2009), levaram a cabo uma revisão da literatura, com o objetivo de perceber se é possível encontrar nas crianças os mesmos benefícios que foram identificados nos adultos. Em 2009, os mesmos autores analisaram dezasseis estudos sobre os efeitos do *mindfulness* na saúde com jovens entre os 6 e os 18 anos. A maioria dos estudos foi implementada em contexto escolar, clínico e comunitário. A análise dos estudos permitiu encontrar resultados positivos tanto nos indicadores fisiológicos como nos psicológicos e comportamentais. No que se refere aos indicadores psicológicos e comportamentais, dos sete estudos que se debruçavam sobre o impacto na ansiedade, cinco revelaram diminuição significativa da ansiedade (Grosswald, Stixrud, Travis, & Bateh, 2008, Semple, Lee, Rosa, & Miller, 2009, Beauchemin, Hutchins, & Patterson, 2008, Napoli, Kresh, & Holley, 2004, Biegel, Brown, & Shapiro, 2009, cit. por Black et al., 2009).

Outros estudos mostraram também resultados positivos em termos de diminuição do défice de atenção (Semple, Lee, Rosa, & Miller, 2009, Kratter & Hogan, 2009, Napoli, Kresh, & Holley, 2004, cit. por Black et al., 2009). Num estudo com rapazes diagnosticados com hiperatividade e défice de atenção, a participação no grupo de meditação aumentou a atenção seletiva, reduziu a impulsividade e a distratibilidade quando comparada com um grupo de controlo (Kratter & Hogan, 2009, cit. por Black et al., 2009). Black et al. (2009) consideraram que a revisão destes estudos permitiu recolher alguma evidência de que a intervenção baseada no *mindfulness* pode ser questionável como metodologia de intervenção para o tratamento de problemas fisiológicos, psicológicos e comportamentais em crianças e jovens, porém apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de ser uma amostra reduzida, quando comparada com investigações existentes com adultos, o que aponta para a importância de se investigar mais esta prática em crianças.

No que se refere ao tratamento na área de saúde mental, um estudo em que se utilizaram terapias cognitivas baseadas no *mindfulness* com crianças com sintomatologia ansiosa, implementado em contexto escolar, permitiu obter uma diminuição de sintomas. Outro estudo envolveu crianças com hiperatividade e défice de atenção, bem como os seus pais, tendo-se obtido efeitos positivos em termos de capacidade de analisar o seu próprio comportamento (Singh et al., 2009, cit. por Burke, 2010).

Também no estudo realizado por Bootzin & Stevens (2005, cit. por Burke, 2010), foram utilizadas abordagens baseadas no *mindfulness* com adolescentes que tinham recebido tratamento por consumo de substâncias e que apresentavam

problemas de sono, tendo sido reportadas menos queixas de sonolência e menos preocupações.

Em amostras não clínicas, mas em idade escolar, os estudos analisados por Burke (2010), permitiram também perceber que este tipo de intervenções é possível em contexto escolar, um contexto privilegiado para o desenvolvimento social de crianças e adolescentes, já que é lá que passam grande parte do tempo.

No que diz respeito à temática da institucionalização dos adolescentes, verificou-se, nas últimas décadas, um aumento do número de estudos nesta área.

No entanto, e de acordo com a revisão da literatura realizada, quer no âmbito nacional, quer internacional, não foram encontrados estudos que especifiquem a temática do bem-estar e *mindfulness* nesta população, exceto o estudo de Silva e Bizarro (2011), que aborda a questão do bem-estar psicológico. Assim, optou-se pelo estudo do bem-estar psicológico e *mindfulness* em adolescentes institucionalizados.

4. Acolhimento institucional

A institucionalização de crianças e jovens é uma temática envolta numa grande complexidade e diversidade de situações, em que intervêm várias pessoas em diversos contextos: individual, familiar, escolar, comunitário e a sociedade no seu todo.

Durante os séculos XVII e XVIII, devido a uma nova conceção social, filosófica e jurídica, surgem instituições religiosas com fim de acolher crianças que eram abandonadas. Em Portugal, em 1783, surge a primeira instituição. Em 1911, o Estado começa a preocupar-se com as questões de menores desprotegidos e abandonados formalizando a *Lei da Infância e Juventude*. Em 1989 as Nações Unidas aprovam em Assembleia Geral a “Convenção dos Direitos da Criança”, validada em Portugal em 1990 (Mota & Matos, 2008).

A “Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo” surge em 1999, tendo como objetivo “a promoção dos direitos e a protecção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral” (Artigo 1º, lei 147/99 de 1 de Setembro).

Esta promoção dos direitos e a protecção justifica a intervenção quando se verifica que a criança ou jovem está abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; não recebe os cuidados ou a afeição adequados à idade; é obrigada a atividades e trabalhos excessivos inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; está sujeita de forma direta ou indireta a comportamentos que afetem gravemente a segurança ou o seu equilíbrio emocional;

ou assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetam gravemente a sanidade, sem que os pais possam ter qualquer controlo ou forma de os retirar dessa situação (Artigo 3º, ponto 2, lei 147/99 de 1 de Setembro).

Nesses casos a lei dispõe de intervenções através das seguintes vias: Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ), onde se incluem Instituições Particulares de Solidariedade Social, lares, Centros de Acolhimento, entre outros; Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJP) e Tribunais. Os jovens que são negligenciados acabam por ser encaminhados para esse tipo específico de instituições especificamente casas de acolhimento temporário, lares de acolhimento de crianças e jovens ou entregues a famílias de acolhimento. A sua tutoria permanece ao cuidado da instituição ou do tribunal, podendo haver contactos mais ou menos frequentes com as figuras parentais e inclusive voltar para o seio familiar se forem tomadas medidas preventivas de apoio e supervisão familiar.

O acolhimento institucional faz parte de um conjunto de medidas de promoção e proteção, legislados pela Lei de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (1999). Existem dois tipos de medidas de acolhimento em meio natural de vida e em regime de colocação. As medidas de execução em meio natural de vida referem-se ao apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea e apoio para autonomia de vida. As medidas em regime de colocação decompõem-se em acolhimento familiar, acolhimento em instituição e confiança a instituição com vista a futura adoção (Artigo 38º, lei nº 147/99 de 1 de Setembro).

Sendo assim, o acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (Artigo 49º, lei nº 147/99 de 1 de Setembro).

O acolhimento em Centros de Acolhimento Temporário (CAT) pode ser de curta duração quando não seja superior a seis meses, pode ser prolongado em Lar de Infância e Juventude (LIJ) (Artigo 51º, lei 147/99 de 1 de Setembro).

De acordo com Caracterização Anual da Situação de Acolhimento 2011, do Instituto da Segurança Social (2014), em Portugal no ano de 2011 estavam acolhidas 8.938 crianças e jovens. Todos os anos entram no sistema de acolhimento, em média 2.100 crianças e jovens, mas também saem do mesmo, em média, 2.546. De entre os jovens acolhidos continua a constatar-se uma elevada prevalência de problemas de comportamento assumidos pelos mesmos – 1.622. A nível da saúde mental daqueles

que além de problemas de comportamento médios ou graves, têm associadas patologias mentais (468, entre os 12 e os 17 anos), verifica-se que apenas 127 beneficiam de um acompanhamento pedopsiquiátrico ou psiquiátrico regular (CASA, 2011).

Para as crianças ou adolescentes institucionalizados, a instituição muitas vezes é o ambiente que tem maior impacto na sua vida, o que faz com que seja necessário ter em atenção que estes necessitam muito mais do que um teto e alimentação para viverem.

4.1. Características e objetivos gerais das instituições de acolhimento

O acolhimento institucional de crianças e jovens é uma das medidas de promoção e proteção previstas na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, esta visa afastá-las do perigo em que se encontram, colocando-as ao cuidado de uma entidade que disponha de instalações e de equipa técnica adequadas à satisfação das necessidades das crianças e jovens em acolhimento, proporcionando-lhes condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.

Para a criança e jovem institucionalizado, a instituição é, na maioria das vezes o ambiente imediato que maior impacto tem na sua vida, logo, é necessário ter em atenção, que estas crianças precisam de muito mais do que um teto e comida para viverem. O local de acolhimento deve ser familiar de transmissão, produção e reprodução de cultura de saberes, de afetos, de partilha e principalmente de comunicação, há que privilegiar as relações humanas de bem-estar físico, psicológico das crianças e jovens, sendo que o desafio que se coloca diariamente é educar (Gomes, 2010).

Assim atendendo a essas necessidades é necessário realizar um acolhimento institucional de qualidade. Del Valle & Fuertes Zurita (2000) desenvolveram uma teoria onde identificam e exploram os princípios fundamentais para a promoção desse acolhimento. São eles a individualidade, o respeito pelos direitos das crianças e das suas famílias, a adequada cobertura das necessidades básicas da criança, a escolarização e alternativas educativas, os cuidados de saúde, a integração social, a preparação para a autonomia, o apoio às famílias, a segurança, o projeto de vida e o respeito pelo direito da criança à participação (Del Valle & Fuertes Zurita, 2000 cit. por Gomes, 2010).

Gomes (2010) salienta que o desafio que se coloca a todos, numa base diária, é educar as crianças e jovens, estejam eles em família, acolhimento familiar ou

institucional. Para isso devem promover-se condições para que estas crianças e jovens:

(...) possam adquirir as atitudes necessárias para participarem na produção social (os saberes), interiorizarem os valores que cimentam e pautam a sua actuação futura (moral; e para que possam adquirir normas e ritos que promovam as relações interpessoais positivas e mantenham a sua identidade, quer como indivíduos, quer como participantes na sociedade. Assim em qualquer projecto educativo é importante transmitir e fazer reter princípios como: o respeito, os valores, a responsabilidade, o ser capaz, a individualidade, o saber partilhar, a amizade, a autonomia. (...) Os adultos devem estabelecer, de forma clara, firme e carinhosa, limites razoáveis que ajudem a criança a construir uma imagem do mundo e de si própria. Desta forma, as crianças e jovens aprendem a autonomia, o autocontrolo e a responsabilização (Gomes, 2010 p. 356-357).

Nas instituições o papel das figuras cuidadoras é fundamental pois vai potenciar a segurança emocional, uma vez que permite o desenvolvimento da capacidade adaptativa do jovem e consequentemente a resiliência face ao risco. Os funcionários das instituições assumem um papel para as crianças e adolescentes institucionalizados de orientadores e protetores (Mota & Matos, 2008).

4.2. Aspetos positivos e negativos da institucionalização

É muito difícil determinar o impacto real que a institucionalização tem sobre as crianças e jovens. Tendo em conta o seu superior interesse poder-se-á dizer que esta pode ser vista de duas perspetivas: por um lado é considerada como uma melhor solução pretendendo-se a proteção do menor, sendo este retirado do ambiente hostil em que se encontrava e que não lhe oferecia condições para o seu desenvolvimento adequado; por outro lado, a criança acaba por sofrer quando tem de passar pela efetivação desta decisão.

Assim, pode-se dizer que a institucionalização apresenta aspetos positivos e negativos.

A colocação de uma criança numa instituição deve ser entendida como uma oportunidade de ganhos efetivos tanto para a criança como para a família. A criança tem a oportunidade de viver sem estar sujeita a ruturas e adaptações mal sucedidas, tanto a nível ambiental, como ao nível das pessoas que entram e a saem da sua vida. As relações com a família biológica podem ser beneficiadas na medida em que o tipo de relações que são instituídas no acolhimento institucional facilita o contacto com a família biológica, não proibindo as visitas, promovendo-as. A nível educacional e comportamental, as instituições são mais estruturadas e organizadas contendo limites claramente definidos. A nível da saúde as crianças tem a seu dispor serviços especializados para a realização de certas terapias. Por ultimo, uma criança após entrar numa instituição começa a viver em grupo o que pode facilitar o

estabelecimento de laços entre diferentes pares e adultos, o desenvolvimento de sentimentos de pertença e cooperação ao grupo e a interiorização de valores e padrões de conduta grupais (Martins, 2005).

Porém, a institucionalização supõe riscos objetivos e reais, designadamente, de regulamentação da vida quotidiana, invasora do espaço próprio; a vivência grupal pode interferir na organização da intimidade; a organização institucional e a permanência prolongada das crianças dificultam a construção da sua autonomia pessoal, e que o profissionalismo na prestação de cuidados bloqueie o desenvolvimento de vínculos e a expressão dos afetos. Esta pode ainda gerar consequências negativas a outros níveis, como a demissão/diminuição da responsabilização gradual da família, do seu papel, das suas competências e responsabilidades, ocorrendo conseqüentemente um afastamento da mesma relativamente à criança ou jovem. Pode gerar na criança ou jovem um sentimento de punição, que se traduz na percepção por parte da mesma ao pensar que está a ser punido. Pode fazer com que a criança ou jovem seja alvo de estigmatização e discriminação social, uma vez que, socialmente, por vezes, são desenvolvidos preconceitos e construídos estereótipos, conduzindo a uma discriminação social, onde as próprias desenvolvem processos de diferenciação negativa, pela autodesvalorização e autodiscriminação (Alberto 2002, cit. por Martins, 2005).

Segundo Gomes (2010), é importante a criança ou jovem conhecer e aceitar o seu passado, pois o seu bem-estar no futuro vai depender da forma como souber lidar com o seu passado, tornando-se a construção da história de vida num instrumento fundamental para a realização do seu projeto de vida. As crianças e jovens devem ter uma participação ativa e efetiva como cidadãos de pleno direito, de forma a favorecer a sua integração familiar e social e a participação nos processos de decisão sobre todas as matérias que a ele dizem respeito, nomeadamente a participação ativa na construção do seu projeto de vida consoante as suas capacidades e maturidade.

5. Promoção e intervenção na área da saúde mental na adolescência: as potencialidades de uma nova abordagem centrada no bem-estar e mindfulness

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a ausência de doenças, mas também a presença de indicadores positivos (OMS, 1948; 2010).

Segundo Nunes (2006) a saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo tem consciência das suas capacidades, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade. A saúde mental

não é apenas a prevenção e o tratamento da doença mental, envolve todos os sectores que afetem o bem-estar mental, e assim pressupõe as seguintes vertentes: como nos vemos ou sentimos a nós próprios; como vemos ou sentimos os outros; e como enfrentamos as exigências da vida (Nunes, 2006).

Durante muito tempo a Psicologia focou a sua atenção nos aspetos relacionados com a doença, ignorando o bem-estar (Diener, 1984). A patologia era foco de maior curiosidade e atenção por parte dos investigadores que negligenciavam o bem-estar e o crescimento pessoal. No entanto, recentemente os investigadores têm-se dedicado ao desenvolvimento humano e social positivo, aumentando o interesse de promover experiências e resultados positivos na vida das crianças, adolescentes, e adultos no seu ambiente social. Assim, o estudo do bem-estar aumentou exponencialmente, sendo atualmente uma área bastante diversificada.

Deste modo, os profissionais de saúde mental e educadores estão cada vez mais interessados no desenvolvimento global da criança e do adolescente. Neste sentido, as escolas estão a começar a promover intervenções baseadas no desenvolvimento da inteligência emocional e consciência plena (*awareness*) dos alunos. A meditação *mindfulness* e outras práticas baseadas no *mindfulness* valorizam a promoção da empatia, criatividade, relacionamentos pró-sociais, e compaixão por si e pelo outro. Estas competências são fulcrais para a construção de uma sociedade saudável, inclusiva e produtiva (Nunes, 2006).

Estudos recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

A Saúde Mental apresenta cinco das dez principais causas responsáveis pela incapacidade para a atividade produtiva e psicossocial do indivíduo: como a depressão, os problemas ligados ao álcool, as perturbações esquizofrénicas, as doenças bipolares e as demências (Saúde Mental em Números, 2013). Na Europa os problemas de saúde mental representa cerca de 26,6% dos problemas de saúde sendo o suicídio uma das dez principais causas de morte prematura. (Saúde Mental em Números, 2013). Neste sentido, os Estados-Membros da União Europeia estimam que os problemas inerentes à saúde mental têm uma despesa de 3% a 4% do Produto Interno Bruto (PIB) de cada país, sobretudo através da perda de produtividade.

O sistema de saúde mental em Portugal mostra alguns aspetos positivos nas últimas décadas, devido à implementação do Plano Nacional da Saúde Mental (2007-2016). Este plano vem assegurar que toda a população portuguesa possa ter acesso a serviços que lhe promova a sua saúde mental, preste cuidados e facilite a reintegração

e recuperação das pessoas que tenham esse tipo de problema, assim como a implementação de programas de prevenção validados e de eficácia comprovada na área da saúde infanto-juvenil.

Portugal foi também um dos primeiros países europeus a adotar uma lei no qual permitiu a criação de centros de saúde mental, o aparecimento da psiquiatria social e da ligação aos cuidados de saúde primários e o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial. Apesar destes avanços, ainda existem poucos estudos epidemiológicos que forneçam dados mais concretos sobre a saúde mental em Portugal, assim como a constatação de uma reduzida participação de utentes e familiares; a resposta a grupos vulneráveis ser limitada e a ausência de programas de promoção e prevenção baseados na evidência científica.

A prática de *mindfulness* tem benefícios ao nível do bem-estar, saúde física e saúde mental. No que concerne ao bem-estar, o *mindfulness* aumenta a capacidade de atenção plena tendo em vista a satisfação com a vida, melhora a consciência no aqui e agora, tornando mais fácil viver a vida sem preocupações futuras e arrependimentos sobre o passado e cria uma maior capacidade de lidar com acontecimentos adversos. Ao nível da saúde física o *mindfulness* pode ajudar, por exemplo, no alívio do stress, das doenças cardíaca e hipertensão. Por último, ao nível da saúde mental, o *mindfulness* tem contribuído para o tratamento da depressão, abuso de substâncias, perturbações de comportamento, distúrbios alimentares e perturbações de ansiedade.

Relativamente às crianças e adolescentes, a evidência científica sugere que as que têm um diagnóstico de perturbação psicológica representam apenas uma pequena percentagem da população que tem realmente problemas de saúde mental (Farrell & Barrett, 2007). Esta constatação alarmante reforça a necessidade de programas de prevenção universal e seletiva que tem mostrado eficácia no tratamento da criança e do adolescente como um todo.

Cada vez mais, os estudos suportam a utilização de atividades baseadas no *mindfulness* na diminuição de problemas de saúde mental, tais como ansiedade e depressão, e na melhoria do bem-estar psicológico (Baer, 2003; Beauchemin, Hutchins, & Patterson, 2008; Brown & Ryan, 2003; Lilly & Hedlund, 2010). Neste sentido, e no âmbito da saúde mental infanto-juvenil, é importante adotar este tipo de intervenções, baseadas na evidência científica, que estão de acordo com os pressupostos do Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016).

CAPITULO II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO

1. Apresentação do estudo e delimitação do problema

Nos últimos 15 anos, os estudos têm demonstrado que os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e de morbilidade, nas sociedades atuais (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

Segundo a OMS, os adolescentes são considerados um grupo saudável, no entanto 20% das crianças e adolescentes têm problemas mentais, sendo os mais comuns a depressão e a ansiedade. Em Portugal, existem poucos estudos epidemiológicos que forneçam dados concretos na problemática da saúde mental, principalmente na área infanto-juvenil (Plano Saúde Mental, 2007-2016).

A OMS (2012) define alguns objetivos, no que diz respeito à saúde mental infanto-juvenil, no sentido de promover de forma ampla, recetiva e integrada. Neste sentido, se o interesse é o bem-estar e a saúde mental de todos, é preciso ir além do alívio dos sintomas ou dificuldades, e considerar as abordagens que podem ter um impacto positivo no indivíduo como um todo. Os índices baixos e alarmantes de bem-estar, tanto na *componente objetiva* – saúde física – como na *componente subjetiva* - satisfação com a vida - entre crianças e jovens em países desenvolvidos e economicamente favorecidos, como o Reino Unido e os EUA (UNICEF, 2007; OMS, 2012) faz com que esta questão não seja só oportuna, mas urgente.

Uma abordagem promissora para melhorar o bem-estar dos indivíduos, e em particular das crianças e jovens, é o treino da atenção plena (*mindfulness*) - a consciência que emerge quando dirigimos a atenção para a nossa experiência de uma forma particular: intencionalmente (a atenção é deliberadamente dirigida para aspetos específicos da experiência); no momento presente (quando a mente vai para o passado ou para o futuro, é trazida de volta para o presente); sem julgamento (o processo é acompanhado por uma atitude de aceitação do que quer que seja que a experiência traga. Os estudos empíricos têm demonstrado resultados positivos e estatisticamente significativos na diminuição da ansiedade e melhoria do bem-estar físico e psicológico em diferentes grupos e faixas etárias (Kabat-Zinn et al., 2003; Niemann, Schmidt, & Walach, 2004). No entanto, existe uma escassez de estudos e literatura com crianças e adolescentes (Burke, 2010; Black et al. (2009). De acordo com a revisão da literatura realizada, quer no âmbito nacional, quer internacional, não foram encontrados estudos que especifiquem a temática do bem-estar e *mindfulness* nesta população - adolescentes institucionalizados. Face a este conjunto de realidades torna-se fundamental o presente estudo.

Todas as etapas referentes ao projeto de investigação encontram-se definidas num cronograma de atividades, este é um plano onde são descritas várias fases de todo o processo de elaboração do projeto (Anexo A).

2. Objetivos da investigação, questões e hipóteses de investigação

2.1. Objetivos gerais e específicos

Tendo em conta, por um lado, a revisão da literatura nesta área, e por outro lado, o contexto no qual foi elaborado este estudo, surge como objetivo principal, analisar o *bem-estar psicológico, aceitação e mindfulness em adolescentes institucionalizados*.

No seguimento do objetivo geral e plano de trabalho, propõe-se os seguintes objetivos específicos de investigação:

- Analisar as diferenças no bem-estar psicológico em função do género;
- Analisar as diferenças na aceitação e traço *mindfulness* em função do género;
- Explorar a associação entre o bem-estar psicológico e *mindfulness*;

2.2. Questões de investigação

Deste modo, procurou-se, no presente estudo, as respostas às seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de bem-estar psicológico global (e nas suas subescalas), aceitação e *mindfulness dos adolescentes* desta amostra?
- Existem diferenças significativas no bem estar-psicológico em função do género?
- Existem diferenças significativas na aceitação e traço *mindfulness* em função do género?
- Qual a associação entre bem-estar psicológico e *mindfulness*?

2.3. Hipóteses de investigação

Tendo em conta os objetivos do estudo e as questões anteriormente enunciadas, formula-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Espera-se que o nível global, assim como nas subescalas, seja inferior ao encontrado em estudos anteriores em adolescentes não institucionalizados.

Hipótese 2 – Espera-se que não existam diferenças significativas em função do género no bem-estar psicológico.

Hipótese 3 – Espera-se que não existam diferenças em função do género na aceitação e traço *mindfulness*.

Hipótese 4 – Espera-se que exista uma associação positiva e significativa entre as subescalas do bem-estar psicológico de valência positiva e traço *mindfulness*. E uma associação negativa e significativa entre as subescalas do bem-estar psicológico de valência negativa e traço *mindfulness*.

3. Tipo de investigação

O presente estudo é exploratório e quantitativo, uma vez que da revisão da literatura realizada não são conhecidos trabalhos na área de *mindfulness*, bem-estar psicológico e adolescentes institucionalizados, quer a nível nacional, quer internacional. Este carácter exploratório também é corroborado pelo facto de se tratar de um projeto, que prevê posteriormente o desenvolvimento das diferentes fases de implementação do mesmo.

3.1. Definição e operacionalização das variáveis

A variável é um atributo que reflete ou expressa um conceito ou constructo e pode assumir diferentes valores (Coutinho, 2013). É fundamental que ao iniciar a investigação se defina claramente os conceitos que serão abordados, ou seja, operacionalize-se as variáveis.

Do ponto de vista metodológico é necessário a classificação das variáveis: independentes e dependentes (Bisquerra, 1989; Black, 1999 cit. por Coutinho, 2013). A variável independente é a variável que o investigador manipula, ou seja, é utilizada pelo mesmo para determinar as suas relações com o fenómeno em estudo. A variável dependente é definida como a característica que surge ou se altera quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente (Coutinho, 2013).

Em investigações de carácter quantitativo é necessário que apareçam referidas e operacionalizadas as variáveis independentes e dependentes. Assim, a variável independente deste estudo é: o sexo. As variáveis dependentes são: bem-estar psicológico, aceitação e *mindfulness*.

A operacionalização das variáveis dependentes é apresentada na tabela 1.

Tabela 1- Operacionalização das variáveis dependentes

Variáveis	Operacionalização
Bem-estar psicológico	Serão considerados no âmbito do bem-estar

	psicológico, os totais na escala e subescalas de Bem-Estar Psicológico (EBEPA). Cada item é cotado com valores de 1 a 6, em que a ordenação corresponde a uma sequência crescente para um maior bem-estar para as três primeiras subescalas e para um menor bem-estar para as duas últimas subescalas.
Aceitação e <i>Mindfulness</i>	Serão considerados no âmbito do <i>mindfulness</i> , o total na Escala de aceitação e <i>mindfulness</i> para crianças - CAAM – sendo que quanto maior é a pontuação, maior é aceitação do indivíduo e os consequentes traços <i>mindfulness</i> .

4. Amostra

A amostra é o conjunto de sujeitos de quem se recolherá dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída (Coutinho, 2013).

A amostra é constituída por 25 adolescentes institucionalizados. As características gerais estão descritas na tabela 2.

Tabela 2- Características sociodemográficas da amostra (n=25;100%)

Características sócio-demográficas	Geral n=25	
	M	DP
Idade	14,04	1,859
	N	%
Anos de escolaridade		
5º - 6º	13	52,0
7º - 9º	8	32,0
10º - 12º	4	16,0
Género		
Feminino	13	52,0
Masculino	12	48,0

Do total dos 25 sujeitos da amostra 13 são do género feminino (52%) e 12 do género masculino (48 %), com uma idade média de 14 anos (DP= 1,859). Através da tabela 2, podemos ainda verificar que a maioria dos adolescentes frequenta o 5º e 6º de escolaridade (52%).

4.1. Principais critérios de inclusão e exclusão da amostra

Os sujeitos que têm idade compreendida entre os 12 e os 18 anos e que estejam numa instituição foram selecionados para fazer parte do estudo. Também é uma condição necessária a autorização do responsável da instituição. Deste modo, todos outros sujeitos que não se enquadrem no perfil referido não podiam ser incluídos na amostra, assim como a presença de uma limitação/incapacidade grave que os impedisse de preencher o instrumento.

5. Técnicas de recolha de dados

5.1. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de medida: a) questionário sociodemográfico para determinar a idade, género, escolaridade; b) EBEPA - Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes c) CAMM - Children's Acceptance and Mindfulness Measure.

Descreve-se, em seguida, os instrumentos que foram utilizados na investigação e que vão ao encontro dos objetivos, questões e hipóteses de investigação.

5.1.1. Caracterização dos Instrumentos

5.1.1.1. Caracterização Sociodemográfica

Para efeitos de uma breve caracterização dos participantes, foi elaborado um breve questionário com um total de 3 itens: sexo, idade, ano de escolaridade (anexo B).

5.1.1.2. EBEPA – Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes

A Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes – EBEPA (Bizarro, 1999). Este instrumento é uma medida de autorrelato, desenvolvida especificamente para a população de adolescentes, entre os 12 e os 18 anos.

Esta escala permite não só fazer o despiste dos jovens em dificuldades, mas também tem utilidade para as intervenções de carácter clínico, ou seja, permite avaliar o funcionamento nos domínios em causa e dificuldades, o que pode ser útil em termos de processo terapêutico, no que diz respeito à tomada de decisão clínica face aos objetivos e planeamento da intervenção. Para além disso constitui um instrumento de trabalho na promoção do bem-estar psicológico, através da elaboração de programas

que permitam diminuir os fatores que contribuem para um menor bem-estar e promover os fatores que contribuem para um maior bem-estar psicológico.

A EBEPA divide-se em cinco subescalas consideradas como componentes do bem-estar psicológico dos adolescentes: uma subescala denominada Cognitiva-Emocional Positiva, (Por exemplo, “gostei de mim próprio”; “Consegui ver o lado positivo das coisas”), que avalia aspetos cognitivos e emocionais do bem-estar com uma valência mais positiva; uma segunda subescala designada de Apoio Social (por exemplo, “Tive um/a amigo/a íntimo/a que me compreendeu mesmo”; “Tive um/a amigo/a a quem pude contar os meus problemas”) e que avalia a existência, no espaço relacional do jovem, de pessoas que lhe possam assegurar um apoio emocional, uma terceira subescala designada por Percepção de Competências (por exemplo, “Achei que era capaz de fazer as coisas tão bem como os outros”; “Achei que era capaz de ser suficientemente bom no trabalho escolar”) que pretende avaliar uma percepção de competências em geral, no domínio escolar e de resolução de problemas, uma quarta subescala denominada de Cognitiva-Emocional Negativa (por exemplo, “Senti-me tão triste e desencorajado a ponto de achar que já nada valia a pena”; “Achei a minha vida sem qualquer interesse”) que avalia aspetos cognitivos e emocionais do bem-estar com uma valência mais negativa e finalmente uma quinta subescala denominada Ansiedade (por exemplo, “Andei irritado”; “Senti-me nervoso, tenso”) que avalia queixas somáticas e outras habitualmente associadas a sintomas de ansiedade (Bizarro, 2001). Este instrumento segue as propostas mais atuais da conceptualização do bem-estar psicológico (Diener, 1994), no sentido de que o avalia nas suas duas vertentes: bem-estar como a ausência de índices de dificuldades (duas primeiras subescalas) e bem-estar como a presença de fatores positivos ou recursos pessoais (três últimas subescalas).

É um instrumento com 28 itens num formato de “*rating scale*” com uma escala de seis pontos, relativa à autoavaliação da frequência de ocorrência de cada item no seu caso pessoal. Os seis pontos estão ordenados desde uma frequência de ocorrência elevada até uma frequência de ocorrência nula.

Cada item é respondido num formato de resposta múltipla, com seis alternativas de resposta sendo que para 16 itens (subescala Cognitiva-Emocional Positiva, Apoio Social e Percepção de Competências) uma maior frequência de ocorrência pontua para uma maior bem-estar e para 12 itens (Cognitiva-Emocional Negativa e Ansiedade) uma maior frequência de ocorrência pontua para um menor bem-estar. Assim, cada item é cotado com valores de 1 a 6. A cotação é feita para cada subescala pelo somatório das respostas dadas aos itens a dividir pelo número de itens dessa subescala. O valor total é calculado através das médias encontradas para

cada subescala, depois de invertidos os itens negativos. Assim, os resultados para cada subescala podem oscilar entre 1 e 6.

A validação psicométrica da escala na versão portuguesa apresentou bons valores de precisão relativamente à adequabilidade das cinco dimensões propostas como integrantes do constructo de bem-estar psicológico dos adolescentes, sendo que os valores Alpha de Cronbach de cada subescala oscilam entre .85 e .90, indicando boas consistências internas. Foi solicitada a autorização aos autores da escala (Anexo C).

5.1.1.3. A Children's Acceptance and Mindfulness Measure – CAMM

A *Children's Acceptance and Mindfulness Measure* (Greco, Smith, & Baer, 2008; versão portuguesa de Cunha, Pinto-Gouveia, & Paiva, 2009) é constituída por 10 itens que procuram avaliar as diferenças individuais das crianças e adolescentes, relativamente à capacidade de observar a sua vida interior, de ação consciente e de aceitação das suas experiências internas. Quanto mais competências de *mindfulness* os jovens apresentam, menor inflexibilidade psicológica, logo menos sintomas de ansiedade e de depressão.

Esta escala está validada para adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os 12 e 18 anos (Cunha, Galhardo, & Gouveia, 2012).

Esta versão curta de 10 itens resulta de estudos efetuados com a escala original constituída por 25 itens, onde após análises fatoriais, foram retirados alguns itens permanecendo a última versão com uma escala unidimensional. É pedido aos participantes que indiquem o quanto cada afirmação é verdadeira para si, utilizando para o efeito uma escala de *Likert* de 5 pontos (as respostas variam entre 1 – *raramente* – e 5 – *sempre*). Devido à formulação dos itens, estes devem ser invertidos na sua cotação, de forma a que quanto maior é a pontuação total da escala, maior é a aceitação do indivíduo e mais competências de *mindfulness* o jovem apresenta, podendo o total da escala variar entre 0 e 40 pontos (Cunha et al., 2012).

A CAMM constitui um instrumento de autorresposta que revela uma adequada consistência interna na versão portuguesa ($\alpha = 0,80$; FC = 0,85) e fidedignidade teste-reteste ($r = 0,46$). Na generalidade, a CAMM é uma medida válida e fidedigna para avaliação de competências de *mindfulness* em adolescente (Cunha et al., 2012). Foi solicitada a autorização aos autores da escala (Anexo B).

6. Procedimentos formais e aspetos éticos

Num primeiro momento, e posteriormente à escolha pela realização do estudo em questão, procedeu-se à pesquisa e recolha de dados bibliográficos e exploração teórica do tema. Seguidamente, os objetivos, as perguntas de investigação e a seleção dos instrumentos a utilizar, assim como os respetivos pedidos de autorização de utilização aos autores (salvaguardando o direito de autor).

Num segundo momento, o protocolo de instrumentos de avaliação foi administrado a um grupo constituído por 4 adolescentes. Este pré-teste confirmou a compreensibilidade dos questionários e permitiu aferir o tempo médio de preenchimento (25 minutos). Os questionários foram passados em grupo no contexto de sala. Antes de cada administração, os adolescentes foram informados acerca da natureza do estudo, bem como foram respondidas todas as questões e dúvidas expostas.

Em seguida, os pedidos de autorização para a recolha de dados foram solicitados a cada uma das instituições (Anexo D). Para além da autorização das instituições, foi também necessário a autorização de cada jovem, dando oportunidade a cada um de decidir sobre a sua participação no estudo. Salientou-se que os dados recolhidos mantêm o anonimato e confidencialidade de todos os jovens que aceitaram participar no estudo.

Para facilitar a operacionalização da recolha de dados e uma vez que os instrumentos foram aplicados em contexto de sala (cedida pela instituição), optou-se por acordar com a responsável da instituição um horário disponível, de forma a não perturbar o funcionamento das atividades da instituição e dos adolescentes.

A aplicação dos questionários decorreu entre os dias 12 de fevereiro, 10 de março e 2 de abril de 2014, com duração de cerca de 25 minutos, tendo sido dadas algumas informações sobre o objetivo do estudo, explicitação oral de alguns conceitos, salientando-se o anonimato e confidencialidade de todo o processo. Todos os questionários foram aplicados pela investigadora, contando com a colaboração dos responsáveis dos locais.

Por último, procedeu-se à análise e tratamento estatística dos dados recolhidos e respetivas análise de resultados e conclusões gerais.

7. Técnicas Estatísticas e grau de confiança

Para a análise e tratamento dos dados, recorreu-se ao programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para o Windows, versão 22, assumindo-

se um nível de significância para $p \leq .05$, valor de referência na investigação em ciências sociais e humanas.

Foram utilizadas análises *estatísticas descritivas e inferenciais*. As *análises descritivas* são entendidas como conjunto de todos os scores ou observações numa variável. Com estas análises obtém-se uma primeira leitura dos dados capaz de dar uma ideia acerca da dispersão, forma e da estrutura da distribuição (Coutinho, 2013).

Para tal, o presente estudo evidenciará: o número de sujeitos do género masculino e feminino, escolaridade, bem como os valores da média e desvio-padrão da escala de bem-estar psicológico para adolescentes e avaliação da aceitação e mindfulness em crianças e adolescentes.

As análises inferenciais permitem extrapolar os resultados obtidos a outras situações (Coutinho, 2013).

Sendo que o grupo do género feminino tem 13 sujeitos e o grupo masculino 12 elementos, um dos pressupostos para o uso dos testes paramétricos é logo violado, isto é, o tamanho da amostra tem que ser igual ou superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2000). Por esse motivo, a seguir descreve-se o teste não paramétrico que foi utilizado. O teste de *Mann-Whitney* é o teste que compara duas amostras independentes de modo a avaliar se são significativamente diferentes. Este teste foi utilizado para avaliar duas amostras independentes com vista a perceber se existiam diferenças significativas de género.

A correlação de Pearson é utilizada para estimar o grau de relação entre duas variáveis métricas (Pestana & Gageiro, 2000). Este teste foi usado para verificar se existe uma associação entre as subescalas da EBEPa e a escala CAMM.

Também explorou-se as características psicométricas dos instrumentos utilizados. Neste âmbito, utilizou-se testes estatísticos da análise da consistência interna no que se refere à fidelidade dos instrumentos. Foi utilizado o alfa de Cronbach, pois verifica a consistência interna de um grupo de variáveis (itens). Este varia entre 0 e 1, considerando-se como indicador de uma boa consistência interna o valor igual ou superior a .80 (Pestana & Gageiro, 2000).

As análises mais detalhadas dos resultados foram, por ora, afastadas, quer pela natureza (projeto de mestrado) e dimensão do presente trabalho, quer pelo vasto campo de possibilidades de tratamento estatístico.

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E BREVE ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. Apresentação e breve análise dos resultados

Seguidamente será feita uma apresentação e breve análise dos resultados, na tentativa de discutir as questões e hipóteses de investigação formuladas.

Em primeiro lugar, apresentar-se-ão os resultados referentes às características psicométricas das escalas. Numa segunda parte, analisar-se-ão os aspetos referentes às questões, hipóteses e objetivos de investigação.

1.1. Características psicométricas dos instrumentos

As escalas utilizadas foram objeto de uma apreciação da consistência interna através do alfa de Cronbach.

1.1.1. Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEPA)

Na tabela 3 são apresentados os respetivos valores do alfa de Cronbach das subescalas e total da escala de bem-estar psicológico.

Tabela 3- Valores da consistência interna da escala e subescalas EBEPA

Subescalas e total EBEPA	Alpha de Cronbach
Cognitivo Emocional Positivo	.619
Apoio Social	.743
Perceção de Competências	.642
Cognitivo Emocional Negativo	.759
Ansiedade	.880
Total EBEPA	.653

No que respeita à consistência interna, pode-se verificar que os valores de alfa são razoáveis, com valores entre $\alpha = .619$ e $\alpha = .880$. Na validação da escala para a população Portuguesa, Bizarro (2001) encontrou valores entre $\alpha = 0.85$ a $\alpha = 0.90$.

1.1.2. A Children's Acceptance and Mindfulness Measure - CAMM

Na tabela 4 são apresentados os respectivos valores do alfa de Cronbach da Children's Acceptance and Mindfulness Measure.

Tabela 4- Valor da consistência interna da escala CAMM

Esca CAMM	Alpha de Cronbach
Total CAMM	.541

No que concerne à consistência interna, pode-se verificar que o valor de alfa é relativamente baixo ($\alpha=.541$). Na escala original a consistência interna apresenta o valor de $\alpha =.80$, isto é, apresenta um valor adequado de consistência interna (Cunha et al., 2012).

Sendo assim, aponta-se como uma possível explicação do valor de alfa encontrado no presente projeto, o número reduzido de itens da escala (10 itens) e a dimensão da amostra (Brown, 2001). No entanto, é necessário explorar esta questão em próximos estudos.

2.1. Análises descritivas das escalas EBEPA e CAMM

2.1.1. Resultados descritivos da escala EBEPA

A tabela 5 apresenta as médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos das subescalas e total da escala EBEPA.

Tabela 5- Média, Desvio padrão, mínimo e máximo da escala

Subescalas e total EBEPA	Média	Desvio Padrão	Minimo	Máximo
Cognitivo Emocional Positivo	2.386	.856	1.00	4.17
Apoio Social	2.026	.963	1.00	4.17
Percepção de Competências	2.630	1.075	1.00	5.00
Cognitivo Emocional Negativo	4.086	1.089	2.17	5.67
Ansiedade	3.453	1.256	1.00	5.33
EBEPA Total	2.916	.487	1.68	3.68

Como pode ler-se na tabela 5, e tomando em consideração o valor da escala EBEPa (2.916 ±.487), as seguintes subescalas situam-se abaixo do valor médio global a subescala cognitivo emocional positivo (2.386 ±.856), a subescala do apoio social (2.026 ±.963) e ainda a subescala da percepção de competência (2.630 ±1.075). Por contraponto às subescalas cognitivo emocional negativo (4.086 ±1.089) e da ansiedade (3.453 ±1.256).

Observa-se assim valores mais elevados nas subescalas que contribuem para um menor bem-estar psicológico (Ansiedade e Cognitiva-Emocional Negativa) e valores mais baixos nas subescalas que contribuem para um maior bem-estar psicológico (Apoio Social, Percepção de Competências e Cognitiva-Emocional Positiva) à semelhança do descrito na literatura (Bizarro, 1999), que aponta que entre os 14 e 17 anos, os valores de bem-estar apresentam-se mais baixos, sugerindo que este é um período de maior vulnerabilidade para as alterações do bem-estar psicológico, pois surgem questões como a procura da autonomia e o estabelecimento de relações interpessoais.

Os valores também são mais baixos quando comparados com estudos realizados com adolescentes não institucionalizados (Bizarro, 2001).

2.1.2. Resultados descritivos da escala CAMM

Na tabela 6, são então apresentadas, a média, desvio-padrão, mínimo e máximo da escala CAMM.

Tabela 6- Média, Desvio padrão, mínimo e máximo da escala

Escala CAMM	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
CAMM Total	18.84	5.661	10.00	32.00

A análise descritiva, apresentada na tabela 6, apresenta valores baixos quando comparados com os estudos realizados com adolescentes não institucionalizados (Cunha et al., 2013).

2.3. Resultados do total e subescalas da EBEPa em função do género

Na tabela 7, são então apresentadas, as comparações entre género nas subescalas do bem-estar psicológico pelo EBEPa.

Tabela 7- Resultados do total da escala e subescalas do EBEPa em função do género

Subescalas EBEPa	Níveis da v.i	n	M	z	p
Cognitivo Emocional Positivo	Masculino	12	9.63	-2.214	.027
	Feminino	13	16.12		
Apoio Social	Masculino	12	11.67	-.878	.38
	Feminino	13	14.23		
Perceção de Competências	Masculino	12	14.38	-.904	.366
	Feminino	13	11.73		
Cognitivo Emocional Negativo	Masculino	12	13.67	-.436	.663
	Feminino	13	12.38		
Ansiedade	Masculino	12	11.79	-.791	.429
	Feminino	13	14.12		
EBEPa Total	Masculino	12	12.38	-.408	.683
	Feminino	13	13.58		

Como se pode observar na tabela 7, a análise dos resultados em função do género apresenta diferenças estatisticamente significativas na subescala cognitivo emocional positivo ($z = -2.214$; $p = .027$).

Esta diferença traduz um maior nível de concordância do género feminino, por contraste com o género masculino, relativamente à avaliação de aspetos cognitivos e emocionais do bem-estar com uma valência mais positiva. Este resultado pode revelar que as variáveis cognitivas (por exemplo, as auto-verbalizações), tal como preconizam as abordagens cognitivo-comportamentais, como promotoras e mediadoras de bem-estar ou das dificuldades. Sendo assim, as auto-verbalizações e estados emocionais de valência positiva, podem ser facilitadores das respostas adaptativas dos jovens e apresentam-se concordantes com os estudos de Bizarro (2001).

Segundo Silva (2010) existem diferenças entre géneros na adolescência como por exemplo, o ritmo de desenvolvimento é diferente entre os rapazes e as raparigas, uma vez que estas apresentam um avanço de dois anos no processo de maturidade global. O fato de existir uma maior concordância do género feminino pode porventura ser justificado, pelo fato da amostra ser constituída por 5 rapazes e 8 raparigas com idade igual ou superior a 14 anos. É de salientar que em determinadas fases da vida e, sensivelmente a partir dos 14/15 anos, o género feminino recupera a perceção do bem-estar face à desvantagem que tinham em relação ao género masculino durante algumas etapas do ciclo vital (Ceballos, 2009; Silva et al., 2010). Também observa-se,

na tabela 7, que não existem diferenças significativas em função do género no total da escala. Este resultado é concordante com a literatura (Bizarro, 1999).

2.4. Resultados da Escala CAMM em função do género

Na tabela 8, são então apresentadas, as comparações entre género na escala aceitação e mindfulness.

Tabela 8- Resultados da Escala CAMM em função do género

Escola CAMM	Níveis da v.i	n	M	z	p
CAMM	Masculino	12	13.42	-.273	.785
	Feminino	13	12.62		

Observa-se, no quadro 8, que não existem diferenças significativas em função do género. Este resultado é semelhante ao de Cunha et al. (2013).

2.5- Associação entre o bem-estar psicológico e mindfulness na amostra total

Na tabela 9, são apresentadas, as correlações entre o total e subescalas do bem-estar psicológico e a escala *mindfulness*.

Tabela 9- Correlação entre as subescalas do bem-estar psicológico e a escala CAMM

		Total CAMM	
Bem-estar Psicológico	Cognitivo emocional positivo	r	.473*
		p	.017
		N	25
	Apoio Social	r	.209
		p	.315
		N	25
	Percepção de Competências	r	.302
		p	.143
		N	25
	Cognitivo emocional Negativo	r	-.289
p		0.162	
N		25	
Ansiedade	r	-.494*	
	p	0.012	
	N	25	

** $p \leq .01$

* $p \leq .05$

Como pode ler-se na tabela 9, existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a subescala cognitivo emocional positiva e o total da escala CAMM ($r=.473$, $p=.017$). Este resultado, à semelhança do descrito na literatura (Cunha et al., 2013) revela que existem correlações positivas com variáveis favoráveis, tais como qualidade de vida, competências sociais e maior aceitação dos pensamentos e sentimentos.

Quanto à associação entre a subescala da ansiedade e o total da CAMM, verifica-se a presença de uma correlação negativa e estatisticamente significativa ($r = -.494$, $p=.012$). Este resultado é concordante com a literatura (Cunha et al., 2013), que refere correlações negativas com variáveis adversas, como por exemplo, queixas somáticas, ansiedade, sintomas internalizantes, comportamentos externalizantes, e ainda processos clínicos mal adaptativos, como a supressão de pensamentos e inflexibilidade psicológica.

CONCLUSÃO

Cada vez mais se tem verificado um aumento de problemas de saúde mental na infância e na adolescência como a ansiedade e depressão. Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstraram que a saúde mental e as perturbações psiquiátricas tornaram-se a principal causa de incapacidade nas sociedades.

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental tendendo este valor a aumentar (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016). Como foi referido anteriormente a OMS define saúde como o estado de bem-estar físico, mental e social, porém os índices de bem-estar nos países desenvolvidos são baixos o que faz com que estas questões se tornem urgentes. É então que surge uma abordagem promissora tendo em vista a melhorar o bem-estar de todos e em particular dos adolescentes - *Mindfulness*. Neste sentido, estudos recentes têm demonstrado resultados positivos na redução da ansiedade, do stress e da depressão promovendo o bem-estar.

Apesar da natureza exploratória do presente projeto, este contribuiu para realçar a importância do bem-estar psicológico nos adolescentes, bem como a importância da nova abordagem *mindfulness* que contribui de forma positiva para melhorar o bem-estar do indivíduo.

Esta investigação teve como objetivo principal analisar o bem-estar psicológico, aceitação e *mindfulness* em adolescentes institucionalizados.

Relativamente à primeira questão de investigação, concluiu-se que os adolescentes institucionalizados apresentam níveis baixos de bem-estar psicológico e apresentam também um traço de *mindfulness* baixo, quando comparados com estudos realizados com adolescentes não institucionalizados. Este facto pode ser justificado devido aos aspetos negativos da institucionalização, como por exemplo, o facto de o adolescente ser alvo de estigmatização, isto é, por vezes, são desenvolvidos preconceitos e estereótipos, que conduzem a uma discriminação social, onde os próprios adolescentes desenvolvem processos de diferenciação negativa, acabando por se autodesvalorizarem e autodiscriminarem. O que pode fazer com que os adolescentes institucionalizados apresentem níveis de bem-estar psicológico mais baixos (Alberto 2002, cit. por Martins, 2005)

Pode-se também verificar, através dos dados obtidos que existem diferenças de género na subescala cognitivo emocional positivo, com um maior nível de concordância no género feminino. Este facto possivelmente pode ser justificado, devido à amostra ser constituída por um número superior de raparigas com idade igual

ou superior a 14 anos. Tal como refere Bizarro (1999) à uma tendência de alteração dos valores do bem-estar com o avançar da idade.

Relativamente ao traço *mindfulness* não foram encontradas diferenças significativas entre rapazes e raparigas institucionalizados conforme o estudo realizado por (Cunha et al., 2013).

No que diz respeito à última questão de investigação, encontrou-se uma correlação positiva significativa entre a subescala cognitiva emocional positiva e a CAMM. Esta correlação positiva significa que os jovens institucionalizados apresentaram variáveis favoráveis tal como a aceitação dos pensamentos e sentimentos. Verificou-se também uma correlação negativa significativa entre a subescala ansiedade e a CAMM, o que pode significar que os adolescentes, no presente estudo, apresentam variáveis desfavoráveis, tais como a supressão dos sentimentos que lhe causam sofrimento e inflexibilidade psicológica.

A saúde mental é um estado de bem-estar completo e integral, em que o individuo tem consciência das suas capacidades, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade (Nuno, 2006).

Posto isto, é cada vez mais importante ter em vista intervenções que visem promover o bem-estar psicológico e traço *mindfulness* dos adolescentes, pois aumenta a capacidade de atenção plena tendo em vista uma maior satisfação com a vida, torna mais fácil viver a vida sem preocupações futuras e arrependimentos sobre o passado e, por último, cria uma maior capacidade de lidar com acontecimentos adversos.

Ao longo da elaboração do trabalho foram encontradas algumas dificuldades, nomeadamente na escolha da amostra, dado tratar-se de uma amostra de conveniência, não permitindo a generalização dos resultados. Outra limitação é o tamanho da amostra, que nos parece diminuta, e por este motivo alguns dos resultados obtidos devem ser interpretados com a prudência decorrente.

A terceira limitação deste estudo é o facto de este não ter tido em consideração o tempo de institucionalização. Este é considerado um factor importante, visto que as crianças que permanecem durante mais tempo na instituição tendem a apresentar dificuldades persistentes e debilitantes. Por outro lado, outros estudos consideram que, quando as instituições são promotoras de experiências de vida positivas, o tempo que as crianças e os adolescentes vivem em instituições pode favorecer a diminuição do número de sinais de dificuldades emocionais.

Outra limitação encontrada remete para o facto da recolha de dados ter sido realizada num só momento, o que impossibilita conclusões mais concretas relativamente às questões de género e associação entre as escalas EBEP e CAMM.

Por último, a dificuldade em encontrar instituições disponíveis para colaborar no presente projeto de mestrado.

Estas limitações podem e devem ser encaradas como desafios para o desenvolvimento de novos estudos, pois por compreender a importância que as instituições tem na atualidade e por saber que no futuro a continuarão a ter, espera-se que os dados obtidos através da presente investigação possam contribuir e ajudar na construção de melhores respostas, de novas investigações, tendo sempre em vista o bem-estar das crianças e adolescentes institucionalizados.

Futuros estudos beneficiariam com uma amostra maior (sugere-se que a amostra se aproxime da utilizada noutros estudos) assim como comparar um grupo de adolescentes institucionalizados com um grupo de adolescentes não institucionalizados.

Por fim, também seria vantajosa uma análise de carácter longitudinal que verificasse eventuais alterações ao nível do bem-estar psicológico mediante a implementação de intervenções e programas de bem-estar psicológico e *mindfulness* nos jovens.

BIBLIOGRAFIA

Amaral, D. (2012). *Os Imensuráveis: Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala SOFI (Self-Other Four Immeasurables)*. (Dissertação de mestrado). Obtido de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/22528/1/Disserta%C3%A%A3o%20de%20Mestrado%20Diana%20Ferraz%20Amaral.pdf>

Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *American Psychological Association*, 125-143.

Beauchemin, J. Hutchins, T. Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complement Health Pract Ver*, 13 (1), 34 – 45.

Bizarro, L. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência*. Tese de doutoramento inédita. Universidade de Lisboa: Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia, Lisboa.

Bizarro, L. (2001). A avaliação do bem-estar psicológico na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 81-116.

Black, D., Milam, J. & Sussman, S. (2009). Sitting-Meditation Interventions Among Youth: A Review of Treatment Efficacy. *Pediatrics*, 124(3), 532-41.

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Brown, J. (2001). Statistics Corner. Questions and answers about language testing statistics: Can we use the Spearman-Brown prophecy formula to defend low reliability? *Shiken: JALT Testing & Evaluation SIG Newsletter*, 4(3), 7-9.

Brown, K. & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 822-848.

Burke, C. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child & Family Studies*, 19, 122-144.

Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30, 51-62.

Carvalho, A., Nogueira, P., Silva, A., Rosa, M., Alves, M., Afonso, D., Portugal, A., Somsen, E., Martins, J., Serra, L. & Oliveira, A. (2013). *Portugal Saúde Mental em Números*. Programa Nacional para Saúde Mental. Direção-Geral da Saúde. Lisboa.

Coutinho, C. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2.ª Ed.). Coimbra: Almedina.

Cunha, M. I., Galhardo, A. & Pinto-Gouveia, J. (2013). Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM): Estudo das Características Psicométricas da Versão Portuguesa. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v26n3/v26n3a05.pdf>.

- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., Sheridan, F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med.*, 65(4), 564-70.
- Davidson, J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J.(2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med.*, 65(4), 564-70
- Dekeyser M., Raes F., Leijssen M., Leysen S. & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Pers. & Ind.*, (44), 1235-1245.
- Diener, E. & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond Money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, (1), 1-31.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 95, 542-575.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*. 39(4), 391-406.
- Farrell, L. & Barrett P. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(2), 58-65.
- Feijó, R., & Oliveira, A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77, 125-134.
- Fernades, H. (2007). *O Bem-estar Psicológico em Adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humana* (Tese de Douturamento). Obtido de: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/63/1/phd_hmgfernandes.pdf
- Fernandes, H., Raposo, J., Bertelli, R. & Almeida, L. (2011) Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Revista Lusófona de Educação*, 18, 155-172.
- Galinha, I. & Ribeiro, P. (2005) História e evolução do conceito de Bem-estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo – factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Gomes, I. (2010). *Acreditar no Futuro*. Alfragide: Texto Editores
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res.*,57(1),35-43.
- Hayes, L., Bach, P. & Boyd, C. (2010). Psychological Treatment for Adolescent Depression: Perspectives on the Past, Present, and Future. *Behaviour Change*, 27(1), 1-18.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy:an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Heitkemper M. & Jarrett M. (2008). Irritable bowel syndrome: Does gender matter. *Journal of Psychosom*, (64), 583-587.

Instituto da Segurança Social (2014). *CASA 2011: Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: Instituto da Segurança Social

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of Mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

Kashani, J. & Orvaschel H. (1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: A community sample. *American Journal of Psychiatry*, 14, 960–964.

Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hugues, M. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch. Gen. Psychiatrie*, 52, 1048-1060.

Kuyken W., Weare K., Ukoumunne OC., Vicary R., Motton N., Burnett R., Cullen C., Hennelly & S., Huppert F. (2013) Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: non-randomised controlled feasibility study. *Br J Psychiatry*, 203(2),126-31

Lei n.º 147/99, 1 de Setembro – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

Lilly, M. & Hedlund, J.(2010). Healing Childhood Sexual Abuse with Yoga. *International Journal of Yoga Therapy*, 20, 120-130.

Martins, P. (2005). A Qualidade de Serviços de Protecção às Crianças e Jovens – As Respostas Institucionais. *Infância e Juventude*, 2, 103-115.

Ministério da Saúde (2007). *Política Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental: Lisboa

Mota, C. & Matos, P. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20 (3), 367-377.

Nolen-Hoeksema S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173-176.

Novo, R. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceito e Propostas de Avaliação. *RIDEP*, 20 (2), 183-203.

Nunes, J. (2006). Saúde Mental. *Revista Port Clin Geral*, 22 (4), 591-594.

Parker, G. & Roy, K. (2001). Adolescent depression: a review. *Aust. N. Zeal.J. Psychiatry*, (35), 572-580.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais, A complementaridade do SPSS*. 5ª Edição. Lisboa: Edições Silabo.

Remédios, C. (2010). *O Bem-Estar Psicológico e as Competências Pessoais e Sociais na Adolescência*. (Dissertação de mestrado). Obtido de: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2792/1/ulfp037517_tm.pdf

- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Schmaus B., LaubmeirK, K., Boquiren V., Herzer M. & Zakowski S. (2008) Gender and stress: differential psychophysiological reactivity to stress reexposure in the laboratory. *Int. J. of Psychophysiol*, 69, 101-106.
- Silva A., Matos M., & Diniz J., (2010). Idade, Género e Bem-Estar Subjectivo nos Adolescentes. *Revista portuguesa de pedagogia* 2, 39-61.
- Susman, E., & Rogol, A. (2004). Puberty and psychological development. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2, 15-44.
- Tang, Y., Tang, R. & Posner, M. (2013). Brief meditation training induces smoking reduction. *Proc Natl Acad Sci U.S.A* 110(34), 13971-13975
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. & Diniz, J. (2011). Comunicação com a Família e Grupo de Pares no Bem-Estar e nos Comportamentos de Risco nos Adolescentes Portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (4), 747-756.
- UNICEF (2007). Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries, Innocenti Report Card 7. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- Vandenbergh, L., & Assunção, A. (2009). Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência Ocidental com a espiritualidade Oriental. *Contextos Clínicos*, 124-135.
- World Health Organization (2012). Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo A: Cronograma de Atividades 2013-2014

Atividades	2013				2014				
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο
Preparação do projeto									
Apresentação do tema do projeto									
Pesquisa/revisão bibliográfica									
Redação do enquadramento teórico									
Metodologia: Definição do problema, objetivos gerais e específicos, hipóteses, variáveis em estudo; definição da amostra; seleção de instrumentos.									
Contatos para pedido de autorização relativo à utilização de instrumentos já validados.									
Contactos com as instituições para a aplicação do instrumento									
Aplicação das escalas									
Apresentação e breve análise dos dados									
Elaboração do texto do projeto									
Entrega do projeto									

Anexo B: Instrumentos

O meu nome é Paula Queimado, sou aluna do 2º ano do Mestrado de Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, da Escola Superior de Educação de Viseu e encontro-me a elaborar o projeto final. Estas escalas têm como objetivo recolher algumas informações gerais sobre ti e perceber o bem-estar, aceitação e o traço *mindfulness*. Os dados recolhidos servem somente para fins académicos. Salienta-se que não existem respostas corretas ou incorretas, pretende-se apenas conhecer a tua opinião. Garante-se a confidencialidade e anonimato no tratamento da informação recolhida. Agradeço desde já a tua colaboração e peço a máxima sinceridade nas tuas respostas.

I PARTE – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor, preenche a informação abaixo:

1. Idade: _____
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Escolaridade: _____

II Parte - EBEP- ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ADOLESCENTES (BIZARRO, 1999)

De seguida irás encontrar algumas frases que poderão caracterizar a forma como te sentes. Por favor responde a cada afirmação, tendo em conta com que frequência ocorreu nas últimas semanas. Coloca uma cruz (X) na opção que melhor corresponde à tua resposta.

	Sempre	A maior	Bastantes	Algumas	Raras	Nunca
		parte das	vezes	vezes	vezes	
		vezes				
Durante as últimas semanas...						
1 - Achei que era capaz de fazer as coisas tão bem como os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Tive um/a amigo/a íntimo/a que me compreendeu mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Achei que era capaz de ser suficientemente bom no trabalho escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Senti-me tão triste e desencorajado a ponto de achar que já nada valia a pena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Gostei de mim próprio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Andei irritado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sempre A maior Bastantes Algumas Raras Nunca
 parte das vezes vezes vezes vezes
 vezes

Durante as últimas semanas...

7 - Consegui ver o lado positivo das coisas.....

8 - Achei a minha vida sem qualquer interesse.....

9 - Tive um/a amigo/a a quem pude contar os meus problemas.....

10 - Gostei das coisas que fazia.....

11 - Senti-me nervoso, tenso.....

12 - Senti-me uma pessoa feliz.....

13 - Estive empenhado nas coisas que fazia.....

14 - Senti-me a ponto de explodir.....

15 - Tive colegas ou amigos com quem pude passar os meus tempos livres.....

16 - Achei que nada aconteceu como eu esperava.....

17 - Tive dores de cabeça.....

18 - Achei que era capaz de resolver os meus problemas do dia a dia

19 - Achei que tinha alguém com quem podia desabafar

20 - Senti-me ansioso, preocupado.....

21 - Achei que não tinha nada a esperar do futuro.....

22 - Achei que não era capaz de fazer nada bem feito

Sempre **A maior** **Bastantes** **Algumas** **Raras** **Nunca**
parte das **vezes** **vezes** **vezes** **vezes**
vezes

Durante as últimas semanas...

23 - Senti dificuldade em me acalmar.....

24 - Aconteceram na minha vida coisas de que gostei

25 - Achei que tinha alguém verdadeiramente meu amigo

26 - Senti-me tão em baixo que nada me conseguiu animar

27 - Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com os amigos

28 - Tive colegas ou amigos com quem gostei de estar

III PARTE – CAMM (GRECO, DEW, & BAER, 2005)

(Tradução e adaptação de Marina Cunha, J. Pinto-Gouveia e Jacinta Paiva, 2009)

Este questionário destina-se a conhecer melhor a maneira como pensas, sentes e fazes coisas no dia-a-dia. Lê cada uma das afirmações abaixo e assinala com um círculo o número que demonstra quantas vezes a afirmação é para ti verdadeira.

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Fico zangado(a) comigo próprio(a) por ter sentimentos que não fazem sentido	0	1	2	3	4
2. Na escola, vou de umas aulas para as outras, sem me aperceber do que estou a fazer	0	1	2	3	4
3. Mantenho-me tão ocupado(o) que não me apercebo dos meus pensamentos ou sentimentos	0	1	2	3	4
4. Digo a mim próprio(a) que não me deveria sentir como me sinto	0	1	2	3	4
5. Afasto de mim pensamentos que me desagradam	0	1	2	3	4
6. É difícil para mim prestar atenção a uma só coisa de cada vez	0	1	2	3	4
7. Penso em coisas que aconteceram no passado em vez de pensar nas coisas que me estão a acontecer no momento presente	0	1	2	3	4
8. Fico zangado(a) comigo próprio(a) por ter determinados pensamentos	0	1	2	3	4
9. Penso que alguns dos meus sentimentos são maus e que eu não os devia ter	0	1	2	3	4
10. Proíbo-me de ter sentimentos de que não gosto	0	1	2	3	4

Anexo C: Pedido de autorização relativo à utilização dos instrumentos



De: Paula Queimado
Enviada: sexta-feira, 27 de Dezembro de 2013 12:53
Para: Luísa Bizarro
Assunto: Pedido de colaboração para a elaboração do projeto de mestrado

Exma. Sra. Professora Doutora Luísa Bizarro

O meu nome é Paula Queimado, sou aluna do 2º ano de mestrado de Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, da Escola Superior de Educação de Viseu e encontro-me a elaborar o projeto final no âmbito do referido mestrado.

O projeto tem como objetivo principal compreender a relação entre o bem-estar psicológico, aceitação e mindfulness numa amostra de adolescentes institucionalizados.

No âmbito da elaboração do projeto, é fulcral preparar os instrumentos de avaliação que permitirão aquilatar os resultados decorrentes.

Tomei conhecimento da V. participação na versão portuguesa. Assim, venho por este meio solicitar a V. autorização para utilização deste instrumento no meu projeto, bem como a cotação do mesmo.

Manifesto, ainda a minha inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento que considere necessário

Sem mais assunto de momento.

Atenciosamente,

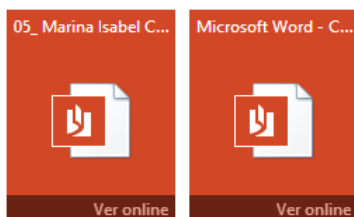
A aluna,
Paula Queimado

© 2014 Microsoft Termos Privacidade e cookies Programadores Português (Portugal)

>>
>> Citando Paula Queimado <paula_queimado@hotmail.com>:
>>
>> > Exma. Sra. Professora Doutora Marina CunhaO meu nome é Paula
>> > Queimado, sou aluna do 2º ano de mestrado de Intervenção
>> > Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, da Escola Superior de
>> > Educação de Viseu e encontro-me a elaborar o projeto final no âmbito
>> > do referido mestrado.O projeto tem como objetivo principal
>> > compreender a relação entre o bem-estar psicológico, aceitação e
>> > mindfulness numa amostra de adolescentes institucionalizados.No
>> > âmbito da elaboração do projeto, é fulcral preparar os instrumentos
>> > de avaliação que permitirão aquilatar os resultados
>> > decorrentes.Tomei conhecimento da V. participação na versão
>> > portuguesa. Assim, venho por este meio solicitar a V. autorização
>> > para utilização deste instrumento no meu projeto, bem como a cotação
>> > do mesmo.Manifesto, ainda a minha inteira disponibilidade para
>> > prestar qualquer esclarecimento que considere necessário
>> > .Sem mais assunto de
>> > momento.Atenciosamente,A aluna,Paula Queimado
>>
>>
>>
>> -----
>> This message was sent using IMP, the Internet Messaging Program.
>

📎 | 2 anexos (total 509,5 KB)

[Vista Ativa do Outlook.com](#) ^



[Transferir tudo como zip](#)

Paula,
Envio em anexo a escala solicitada, bem como o artigo de suporte onde são analisadas as qualidades psicométricas da mesma.Gostaria muito que depois de utilizar esta escala que partilhasse os seus resultados, pois tenho interesse em saber como esta escala se comporta noutras populações.
Aproveito para desejar um bom 2014, onde, naturalmente, se inclui, um bom trabalho de investigação,
Cordialmente,
Marina Cunha

Anexo D: Pedido de colaboração às instituições para aplicação dos instrumentos

Exmo. Sr. Diretor Geral

O meu nome é Paula Queimado, sou aluna do 2º ano de mestrado de Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, da Escola Superior de Educação de Viseu e encontro - me a elaborar o projeto final no âmbito do referido mestrado.

O projeto tem como objetivo principal compreender a relação entre o bem-estar psicológico, aceitação e mindfulness numa amostra de adolescentes institucionalizados e não institucionalizados.

Neste sentido, venho por este meio, solicitar a vossa autorização para que os adolescentes do lar de São José e do lar de Santo António, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, participem no presente estudo, através do preenchimento de questionários, cujo objetivo será a recolha de informação. O preenchimento dos referidos instrumentos terá a duração de aproximadamente 15 minutos.

Mais informo, que os dados recolhidos da parte das participantes serão de carácter confidencial, anónimo e voluntário.

Manifesto, ainda a minha inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento que considere necessário , assim como agendar o dia e a hora.

Na certeza que este pedido merecerá a melhor atenção de V. Exa., apresento os melhores cumprimentos.

De: **Confraria de Santo António de Viseu**

Enviada: segunda-feira, 3 de Fevereiro de 2014 10:24:46

Para: Paula Queimado

Ex.ma Senhora

Dr.a Paula Queimado

Encarrega-me o Senhor Diretor Técnico, Dr. Paulo Pina, de informar V. Ex.a que será contactada pela Psicóloga deste Lar, Dr.a Cláudia Soares, com vista ao preenchimento dos referidos questionários.

Com os melhores cumprimentos

Pedro Rodrigues

Confraria de Santo António de Viseu

Exma. Sra. Diretora

Assunto: Pedido de colaboração para fins de projeto de mestrado

O meu nome é Paula Queimado, sou aluna do 2º ano de mestrado de Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, da Escola Superior de Educação de Viseu e encontro-me a elaborar o projeto final no âmbito do referido mestrado.

O projeto tem como objetivo principal compreender a relação entre o bem-estar psicológico, aceitação e mindfulness numa amostra de adolescentes institucionalizados e não institucionalizados.

Neste sentido, venho por este meio, solicitar a vossa autorização para que as adolescentes da vossa instituição, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, participem no presente estudo, através do preenchimento de questionários, cujo objetivo será a recolha de informação. O preenchimento dos referidos instrumentos terá a duração de aproximadamente 15 minutos.

Mais informo, que os dados recolhidos da parte das participantes serão de carácter confidencial, anónimo e voluntário.

Manifesto, ainda a minha inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento que considere necessário assim como agendar o dia e a hora.

Na certeza que este pedido merecerá a melhor atenção de V. Exa., apresento os melhores cumprimentos.

Viseu, 23 de janeiro de 2014

A mestrande,
Paula Queimado

Paula Queimado
Autoriza a participação
de questionário bem
como a recolha de
dados.