



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Filipa Alexandra da Silva Ferreira

**TREINO DA MENTE COMPASSIVA COM
CUIDADORES NO ACOLHIMENTO RESIDENCIAL DE
JOVENS EM RISCO:
RESULTADOS DE UM ENSAIO CLÍNICO A PARTIR DA
PERCEÇÃO DE MUDANÇA PELOS JOVENS**

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Psicologia Clínica e da Saúde,
Subespecialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações
Psicológicas e Saúde, orientado pelo Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo e
apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2020

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

Treino da Mente Compassiva com
cuidadores no acolhimento residencial de
jovens em risco:
Resultados de um ensaio clínico a partir da
perceção de mudança pelos jovens

Filipa Alexandra da Silva Ferreira

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Psicologia Clínica e da Saúde,
Subespecialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações
Psicológicas e Saúde, orientado pelo Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo e
apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Junho de 2020

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA



A presente Dissertação de Mestrado insere-se no âmbito do projeto “Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores” (SFRH/BD/132327/2017), atualmente a ser desenvolvido no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), inserido no grupo de investigação “*Cognitive and Behavioral Processes and Change*”, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, realizada no âmbito de um projeto de doutoramento financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).



FACULDADE
DE PSICOLOGIA E DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



CINEICC



REPÚBLICA
PORTUGUESA

Ciência, Tecnologia
e Ensino Superior

FCT

Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

Resumo

Em Portugal, em 2018, 6.118 jovens encontravam-se em casas de acolhimento residencial, ao abrigo de uma medida de promoção e proteção. Ainda que os cuidadores destas casas providenciem todos os cuidados básicos para a sobrevivência dos jovens, os cuidados emocionais parecem tender a ser negligenciados. Têm sido amplamente documentados os benefícios associados ao uso da Terapia Focada na Compaixão. No entanto, não foram ainda estudados os possíveis efeitos desta intervenção nos cuidadores das casas de acolhimento, em particular, de que modo a promoção de uma mentalidade afiliativa se poderá refletir no bem-estar dos jovens residentes. Este estudo preliminar propôs-se investigar a perceção de mudança dos jovens em casas de acolhimento em termos de experiências de calor e segurança, proximidade e ligação aos outros, afeto positivo e negativo, comportamento pró-social e alterações em termos de problemas internalizantes e externalizantes, após os cuidadores da casa onde residem terem participado num Treino da Mente Compassiva em grupo de 12 sessões. A amostra incluiu 71 jovens, de ambos os sexos, e de idades compreendidas entre os 12 e os 23 anos, distribuindo-se aleatoriamente entre condição experimental (n=30) e condição de controlo (n=41). A Análise Multivariada Mista da Covariância (MANCOVA) a dois fatores (*two-way*) com duas co-variáveis (tempo de acolhimento e idade) revelou não existirem diferenças significativas nas variáveis em estudo entre o pré e o pós tratamento. Estes resultados poderão ter diferentes explicações: poderá ser necessário mais tempo para se verificarem alterações, devido à necessidade de tempo para que o cuidado afiliativo por parte dos cuidadores se generalize (possivelmente visíveis em *follow-up*); a presença de trauma nos jovens e/ou a possibilidade de existir elevado medo de receber compaixão poderá ter afetado o impacto da intervenção nos jovens, tendo em conta as suas experiências adversas prévias ao longo do desenvolvimento.

Palavras-chave: Acolhimento Residencial, Crianças e Jovens em Risco, Cuidadores, Treino da Mente Compassiva, Mentalidade Afiliativa

Abstract

In 2018, 6.118 children and young adults were living in residential care homes in Portugal. Even though caregivers of those facilities are able to provide care concerning their basic needs, emotional care seems to be neglected. The benefits of Compassion Focused Therapy have been widely documented. However, there is no research regarding the possible benefits of applying this type of intervention to caregivers working within residential care homes, particularly investigating how the promotion of an affiliative care mentality would impact over youth's well-being. This preliminary study aimed to investigate the perception of change in children and young adults in residential care homes, specifically focusing on their current experiences of warmth and safeness, social safeness, positive and negative affect and possible alterations in their prosocial behaviour and internalizing and externalizing problems, after their caregivers having attended a 12-session Compassionate Mind Training structured group intervention. Participants included 71 youth of both sexes, with ages between 12 and 23 years old, randomly allocated to an experimental (n=30) and a control group (n=41). Two-factor mixed multivariate analysis of covariance (MANCOVA) (with age and time in the institution as covariance) revealed nonsignificant differences between groups from pre to post intervention. These results may have different meanings: they may suggest that changes may need more time to occur and they may be stronger at follow up because the change in residential care homes staff concerning affiliative care need time to generalize; the presence of possible trauma and the possibility of high fear of compassion from others, may also have an effect over intervention impact on youth, also taking into consideration the presence of negative experiences these youth have been experiencing throughout development.

Keywords: Residential Care, Children and Youth at Risk, Caregivers, Compassionate Mind Training, Affiliative Mentality

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Daniel Rijo, por ter sido um orientador extremamente presente e preocupado, pelos incentivos nas horas de maior *stress*, pela exigência requerida, por ser um modelo do que espero um dia ser, tanto em termos profissionais como humanos.

À Dra. Laura Santos, pela sua incrível bondade desde o primeiro momento em que fomos apresentadas, por toda a paciência para as nossas dúvidas e questões existenciais constantes, por estar sempre extremamente presente em todo o percurso. Agradeço ter tido a oportunidade de contar com o apoio de alguém simultaneamente tão compassivo e profissional.

Aos Professores Doutores Bruno de Sousa, Marco Pereira e Nélio Brazão, pela paciente partilha de conhecimentos estatísticos e disponibilidade para esclarecer todas as questões.

Ao Zé Pedro, por me acompanhar desde o início até ao fim desta aventura, por tentar a muito custo decorar o tema da minha tese, por saber que sou capaz antes de mim, mas também por ter sempre um vídeo de doguinhos pronto para me estimular o *soothing*. Agradeço o privilégio de encontrar em ti sempre tudo aquilo que preciso, nem que seja uma piada seca, uma foto ridícula ou uma dança desajeitada. Obrigada por não precisar de te agradecer.

À Guida e à Leo, por alguns dos momentos mais míticos da minha vida académica, mas também por serem sempre um lugar seguro, para os festejos, para as lamúrias e para as recordações mais bizarras. À Guida, por o acaso nos ter permitido perceber que temos mais em comum do que o inicialmente especulado, acabando, 6 anos depois, este percurso como começámos - juntas. Agradeço por teres sempre umas botas de Vilela com as quais posso gozar, especialmente quando corremos pelas ruas de Coimbra de olhos fechados, por seres obsessiva comigo e por me ajudares a esconder os frascos de oregãos vazios sempre que cozinhamos. À Leo, por alinhar em ideias improváveis às 18h da tarde que quase nos levaram a ter uma ratazana de estimação, por partires um pé no Quebra-Costas depois de sairmos da Nonô Tascas, por seres sempre a anfitriã que não deixa ninguém tocar na panela, e por trazeres a mala certa no momento em que precisamos mesmo de esconder uma cabeça de unicórnio. Agradeço também nunca ter sido a hipnotizada.

À Liliana, à Mariana, à Catarina, à Marisa e à Tatiana, este grupo altamente improvável que se juntou. À Liliana, por te ter colado a mim para vir para a Grécia e me permitir insultar toda a gente em português, por ter a capacidade de adormecer em todo o lado que tanto me entretém, mas também pelas conversas pseudo-sérias, onde concluímos sempre que o único problema é seres croma. À Mariana, por tentar trazer sempre o meu lado mais lamechas, mas falhar sempre miseravelmente, por acreditar sempre que somos capazes, mas nunca acreditar

que também é capaz, por ser uma enciclopédia de normas da APA, mas também por ser sempre incrivelmente bondosa e nunca nos recusar uma jantarada mítica em sua casa, nem um prato de sopa na sua mansão do futuro. À Catarina, pelos planos de fácil acesso para sermos bem-sucedidas na vida e pelas histórias icônicas do cão que come meias. À Marisa, pela voz e riso estridentes tão característicos, mas, acima de tudo, por não ter caído da janela do carro no cortejo. À Tatiana, por nos ensinar que não pôr sumo nas bebidas pode ter efeitos nocivos tanto para a varanda dos vizinhos de baixo, como para a porta dos vizinhos da frente.

À Inês e à Vanessa, por continuarmos a uma mensagem de distância tanto em momentos de desespero como de felicidade, por encontrar sempre em vocês um pedacinho de *soothing* e uma chapadona nas inseguranças, por termos quebrado tão facilmente a barreira de meras colegas de estágio para amigas, e que amigas! Fica a promessa de que celebraremos mal seja possível, com tudo a que temos direito!

À Ana Rita, à Ana Margarida, à Ana Marques, ao Bruno, à Eva, à Kika, à Margarida, à Maria João e à Mariana, os amigos desde que me lembro de ser pessoa, e que, passe o tempo que passar sem estarmos todos juntos, sabemos que tudo estará igual quando voltarmos. Obrigada por me ajudarem a manter a sanidade mental, nem que seja apenas com os cafés de sábado à noite e passeios pela serra.

À Sofia, por poder esclarecer sempre as minhas dúvidas mais parvas ao longo deste percurso e por ter tornado tão fácil trabalharmos em conjunto.

À minha afilhada Joana, por ter acompanhado de perto esta jornada, mesmo quando me fazia inveja nos mares da Grécia. Agradeço pela paciência nos momentos de maior *stress* e por me ajudar sempre a perceber a maior questão de todas: se está ou não alguém na cozinha.

À Jéssica, pela preocupação quase maternal, por se orgulhar das minhas vitórias e por verificar sempre se a minha sanidade mental se mantém intacta.

À minha família, sem a qual nada teria sido possível, pelo apoio e por perdoar a rabugice em vésperas de entregas importantes.

Por fim, claro, a todos os jovens que tão generosamente participaram neste estudo, tornando este trabalho possível.

“If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together”

Provérbio Africano

Índice

Introdução	1
I - Enquadramento Concetual	3
1.1. Os Jovens em Acolhimento Residencial.....	3
1.2. O Papel dos Cuidadores no Acolhimento Residencial	5
1.3. A Mente Evolucionária, Compaixão e Treino da Mente Compassiva.....	7
1.4. A Promoção da Mentalidade Afiliativa no Acolhimento Residencial de Jovens	10
II – Objetivos	12
III- Metodologia	12
3.1. Amostra.....	12
3.2. Instrumentos.....	16
3.3. Procedimentos de Recolha de Dados	19
3.4. Estrutura e Conteúdos da Intervenção	19
3.5. Procedimentos de Análise de Dados.....	21
IV- Resultados	23
4.1. Recrutamento e <i>dropouts</i>	23
4.2. Análise e tratamento dos valores omissos	24
4.3. Comparações na <i>baseline</i>	24
4.4. Efeitos da intervenção nas variáveis em estudo.....	24
V - Discussão.....	28
Bibliografia	32
Anexos	40
Anexo A: Consentimento informado dos jovens maiores de 18 anos	41
Anexo B: Consentimento informado dos jovens menores.....	43
Anexo C: Consentimento informado do Diretor Técnico da casa de acolhimento.....	44
Anexo D: Conteúdos e objetivos do Treino da Mente Compassiva	45

Introdução

Em Portugal, em 2018, 6.118 jovens encontravam-se em acolhimento residencial, ao abrigo de uma medida de promoção e proteção de crianças e jovens em perigo, decretada pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) ou pelo Tribunal (Instituto da Segurança Social [ISS], 2019).¹

Subjacente à aplicação das medidas que preconizam a entrada nestas casas, estão inerentes diversos motivos, nomeadamente, a perda de um ou de ambos os progenitores, situações de pobreza, a existência de famílias disfuncionais e negligentes, maus tratos (físicos e psicológicos), abuso físico e sexual, situação de doença, abandono no contexto familiar, ausência de responsividade emocional (atenção, amor, segurança) e falta de proteção, o que poderá comprometer o ajustamento psicológico destes jovens. A estes fatores de risco, acresce o possível impacto associado ao acolhimento residencial, reportando-se a existência de um número de problemas psicopatológicos superior ao normativo nos jovens acolhidos em casas de acolhimento residencial (Campos, Barbosa-Ducharne, Dias, & Rodrigues, 2019; Coulomb, 2017; Eapen, 2009; Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013; Mota et al., 2015; Schmid et al., 2008; Smith, 2001).

No âmbito da necessidade de uma melhoria na qualidade de prestação de serviços no acolhimento residencial, no que diz respeito aos cuidados prestados em termos emocionais, pelos cuidadores aos jovens acolhidos, surgiu o projeto “Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores” (SFRH/BD/132327/2017). Este projeto preconiza, como objetivo mais amplo, a aplicação de um Treino da Mente Compassiva (TMC) em cuidadores, e, através do qual, serão explorados na presente dissertação os primeiros resultados disponíveis em termos de perceção de mudança nos jovens, no que diz respeito às suas experiências de calor e segurança, proximidade e ligação aos outros, afeto positivo e negativo, e manifestações de comportamento pró-social e problemas internalizantes e externalizantes.²

A Terapia Focada na Compaixão (TFC) diz respeito à teoria inerente à introdução e processo de aplicação do modelo da compaixão na psicoterapia (Gilbert, 2009a). Esta

¹ A presente dissertação encontra-se redigida de acordo com as normas da sétima edição do Manual de Publicação da Associação Americana de Psicologia (APA).

² A avaliação do efeito da presente intervenção nos cuidadores das casas de acolhimento residencial será avaliado no âmbito de outra dissertação de mestrado, da colega Sofia Nogueira.

abordagem possui cada vez mais evidência da sua eficácia, procurando entender os mecanismos de regulação emocional e sistemas de motivação social, contribuindo para o equilíbrio entre os três sistemas de regulação emocional (Welford & Langmead, 2015). De acordo com a meta-análise realizada por Kirby et al. (2017), as intervenções baseadas na compaixão apresentam um efeito moderado na redução de sintomas de depressão, ansiedade e angústia psicológica, e no aumento da compaixão, autocompaixão e *mindfulness*, tanto em populações clínicas, como não clínicas. Verificou-se que a TFC aplicada a pais de adolescentes com doenças mentais os ajudou a fortalecer os laços afetivos com os filhos, salientando o papel afiliativo que as figuras parentais possuem na recuperação destas crianças (Bratt et al., 2019). Em particular, a aplicação do Treino da Mente Compassiva (TMC) em escolas, que se circunscreve às atividades específicas para o desenvolvimento de competências compassivas, particularmente as que influenciam a regulação do afeto (Gilbert, 2009a), apresentou resultados promissores quando aplicada a professores e funcionários, verificando-se uma diminuição da competição natural neste meio, uma vez que se revelou uma ferramenta eficaz para os participantes lidarem eficazmente com as suas dificuldades emocionais (Maratos et al., 2019).

Tendo em conta a inexistência de programas baseados em evidência visando a promoção de competências deste tipo e destinados a cuidadores de jovens em acolhimento residencial de crianças e jovens em risco, esta intervenção é de cariz inovador. Ao submeter os cuidadores a este treino, espera-se que seja desenvolvida uma maior sensibilidade ao sofrimento dos jovens de que cuidam e ao seu próprio sofrimento e fomentada uma motivação de o tentar aliviar ou prevenir (Gilbert, 2014). Consequentemente, preconiza-se que se concretize uma mudança na forma como os cuidadores se relacionam com os jovens e como atendem às suas necessidades emocionais individuais. O objetivo máximo será o de promover uma mentalidade afiliativa na prestação dos cuidados, sentido de pertença e afeto neste tipo de acolhimento, através do desenvolvimento de competências compassivas de cuidar (Gilbert, 2014), avaliando se a participação dos cuidadores nesta intervenção a si destinada se refletiu nos jovens, destinatários últimos.

Neste sentido, serão sucintamente apresentadas algumas das problemáticas dos jovens e cuidadores das casas de acolhimento residencial que geram a necessidade desta intervenção, serão expostos os moldes em que esta se concretizou, bem como os possíveis benefícios que daí poderão advir. Posteriormente, são indicados quais os métodos utilizados para recolha e análise de dados, bem como a exposição e discussão dos mesmos.

I - Enquadramento Concetual

1.1. Os Jovens em Acolhimento Residencial

Ainda que o número de crianças e jovens acolhidos em casas de acolhimento residencial tenha vindo a registar decréscimos ao longo dos últimos 3 anos, são ainda milhares as crianças acolhidas apenas em Portugal (ISS, 2019). A atuação do Estado é requerida em casos em que se verifique uma ameaça aos direitos essenciais da criança ou jovem (em termos cívicos, sociais, económicos e culturais) e que, por esse motivo, se encontre numa situação de perigo para a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento (Carvalho, 2013). Nestes casos, o acolhimento residencial constitui uma medida que separa o jovem dos seus progenitores, quando permanecer na sua casa constitui um risco para a sua integridade (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013).

Tendo em conta os eventos atípicos e disruptivos vivenciados pelos jovens acolhidos, nomeadamente experiências de abuso e negligência parental, acredita-se que todas as crianças e jovens que se encontram em acolhimento residencial tenham vivenciado experiências traumáticas (Tomasulo & Razza, 2007), enquanto, simultaneamente, tiveram de lidar com perdas e ruturas no seio familiar (Cimmarusti, 2011; Hawkins-Rodgers, 2007). De acordo com Reddy (2012), a prevalência de Perturbação de Stress Pós-Traumático no acolhimento residencial é equiparável à verificada nos veteranos de guerra, nos Estados Unidos da América.

A natureza dos laços emocionais criados desde os primeiros momentos de vida possui uma relevância crucial ao longo do desenvolvimento psicológico da criança e jovem. A criança é dotada da capacidade de diversificar os seus comportamentos de modo a garantir proximidade, cuidado e proteção da figura de vinculação, o que, por sua vez, se irá refletir na sua capacidade de tolerar momentos mais difíceis. Tendo em conta a história de interação com as pessoas cuidadoras, este sistema vincutivo vai-se complexificando à medida que a criança desenvolve representações internas de si, dos outros e do mundo, contribuindo para uma importante fonte de previsão dos comportamentos sociais (Bowlby, 1988). No entanto, estas representações não são estruturas estáticas, pelo que poderão sofrer alterações face a importantes transições de vida, nomeadamente a mudança da disponibilidade e sensibilidade destas figuras significativas (Waters & Cummings, 2000).

Assim, tendo em conta que, geralmente, a família é o principal ambiente onde, desde a infância, o jovem se desenvolve a nível cognitivo, emocional, social e comportamental (Adam, 2004), todos estes acontecimentos de vida disfuncionais poderão acarretar, por si só, diversas

consequências desfavoráveis. As privações vivenciadas, por implicarem alterações em diversos níveis, como académico e socioemocional, associam-se a modificações no seu comportamento, tais como agressividade, delinquência e alterações emocionais (Simsek et al., 2007), que se refletem em dificuldades nos relacionamentos afetivos, atrasos em termos desenvolvimentais (fisicamente e mentalmente), problemas de linguagem e integração sensorial, bem como comprometimento na capacidade de vinculação (Gómez et al., 2007). Em termos de rendimento escolar, este apresenta-se como inferior nas crianças e jovens em acolhimento residencial, que apresentam também uma taxa mais elevada de reprovações (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013; Santos, Sousa, et al., 2020).

A institucionalização poderá, ela mesma, exacerbar todas as dificuldades anteriormente reportadas, uma vez que poderá ter influência no desenvolvimento psicológico infantil, alterando de forma igualmente significativa o comportamento (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013). De acordo com Rutter (2000), os jovens em acolhimento residencial apresentam uma taxa mais elevada de problemas psicossociais, quando comparados com jovens que vivem nas suas próprias casas. Verifica-se que a medida de acolhimento poderá ter impacto no crescimento e desenvolvimento do jovem, no seu funcionamento social e, sobretudo, poderá incluir repercussões graves em termos psiquiátricos (Eapen, 2009). Estas repercussões poderão ser ainda mais vincadas nos casos de acolhimento prolongado, que são ainda uma realidade, impactando negativamente o seu desenvolvimento biopsicossocial (Carvalho, 2013). Estima-se que, tendo em conta esta junção de fatores (as experiências prévias e a medida de acolhimento), exista uma maior prevalência de doença mental nos jovens do que na população geral, nomeadamente perturbação de conduta, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, distímia, depressão, abuso de álcool e drogas e enurese noturna (Schmid et al., 2008). Acredita-se que as crianças e adolescentes em acolhimento, tendo em conta as suas vivências, possuam elevado risco de desenvolver doenças mentais, sendo mais provável sofrer de uma doença mental do que ser saudável (Campos, Barbosa-Ducharne, Dias, & Rodrigues, 2019; Coulomb, 2017).

É ainda reportado que os jovens em acolhimento residencial apresentam mais problemas mentais de carácter externalizante do que os restantes jovens, não institucionalizados (Sainero et al., 2015). De acordo com Rutter (2000), são apresentados, em maior gravidade, tanto problemas externalizantes, isto é, comportamentos dirigidos ao outro, e que causam dano (e.g., condutas desafiantes agressivas e antissociais), como internalizantes, referente a sentimentos ou estados emocionais dirigidos ao próprio, que lhe causam sofrimento (e.g., isolamento social e alterações emocionais) ou mistos.

Deste modo, e tendo em conta que a chegada à casa de acolhimento, por si só, pode ser perspetivada por estes como uma perda ou rejeição por parte do seu núcleo familiar que, mesmo considerado disfuncional e sem capacidade de proporcionar apoio ao jovem, lhe transmite um sentimento de pertença, existe uma grande diversidade de fatores capazes de comprometer a aceitação da medida de acolhimento (Mota & Matos, 2008; Mota et al., 2015).

Assim, o objetivo primordial do acolhimento residencial será o de facilitar nos jovens a superação do ambiente instável do qual foram retirados, por fim a formar um porto seguro (Hawkins-Rodgers, 2007).

1.2. O Papel dos Cuidadores no Acolhimento Residencial

Considerando as dificuldades emocionais dos jovens acima supramencionadas, os cuidadores são os primeiros a lidar com as crises emocionais dos jovens acolhidos, nomeadamente, estados de frustração, raiva e conflitos interpessoais (Zerach, 2013), sendo sua a função de amenizar o desconforto sentido (Cimmarusti, 2011). Cabe a estes cuidadores funcionar como figura de referência para estes jovens (Mota et al., 2015), esperando-se, da sua parte, um incentivo ao desenvolvimento de competências pessoais, sejam de teor emocional, social ou prático (Campos, Barbosa-Ducharne, Dias, Rodrigues, Martins, & Leal, 2019; Zerach, 2013). Tendo em conta as vivências e a privação emocional destes jovens, revela-se necessária a existência de respostas ajustadas às necessidades emocionais e funcionais de cada um (Seti, 2008). Para além disso, a adolescência, por si só, é percebida como um período particularmente vulnerável, potencialmente devido a uma disrupção entre o desenvolvimento cerebral e os sistemas cognitivos e comportamentais, que se vão desenvolvendo ao longo do tempo (Steinberg, 2005). Para cada faixa etária, existem diferentes objetivos e tarefas desenvolvimentais particulares (Erikson & Erikson, 1998), acentuando a necessidade de um cuidado individualizado (Seti, 2008). No entanto, não é claro se esta resposta é disponibilizada por parte dos cuidadores, especialmente no que toca ao campo afetivo (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013).

De acordo com o n.º 1, art.º 2, da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), a medida de acolhimento preconiza a existência de recursos humanos permanentes, devidamente dimensionados e habilitados, capazes de prestar os cuidados adequados às necessidades e bem-estar dos jovens, com vista ao seu desenvolvimento integral, funcionando num ambiente o mais familiar possível. Contudo, se as necessidades básicas, por um lado, são geralmente satisfeitas pelos cuidadores destas casas, por outro lado, as necessidades

emocionais, como atenção, amor e segurança parecem estar a ser negligenciadas (Calheiros & Patrício, 2012; Eapen, 2009; Rodrigues et al., 2013), verificando-se a existência de cuidados excessivamente assistencialistas e carência de cuidados individualizados (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013).

Vários poderão ser os fatores explicativos subjacentes a esta problemática. Por um lado, poderá não estar a ser providenciada a formação e treino necessário para lidar com as dificuldades que os jovens apresentam (Seti, 2008), por outro, esta ausência de cuidado individualizado poderá estar igualmente relacionada com exaustão emocional sentida por parte dos cuidadores (Eastwood & Ecklund, 2008).

Segundo Zerach (2013), é amplamente aceite a conceção de que a exposição a jovens que vivenciaram experiências traumáticas, como as mencionadas, poderá influenciar a qualidade de vida profissional dos cuidadores, uma vez que pode aumentar o risco de desenvolver fadiga de compaixão (Craig & Sprang, 2010). Ainda que este fenómeno ainda se encontre em estudo, é possível afirmar que este conceito incorpora duas partes distintas: o trauma secundário, derivado da exposição continuada a pessoas que passaram por experiências traumáticas, e o *burnout*, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e um baixo sentido de realização pessoal (Eastwood & Ecklund, 2008; Maslach & Jackson, 1982; Zerach, 2013). Tendo em conta as especificidades emocionais dos jovens com que estes cuidadores lidam diariamente, e a inexistência de formação especializada providenciada a esses mesmos cuidadores, acredita-se que esta seja uma população de risco para o desenvolvimento destes fenómenos (Eastwood, 2008). Por sua vez, a fadiga de compaixão poderá ter impacto no trato quotidiano com os jovens, podendo influenciar negativamente a qualidade do acolhimento residencial (Knorth et al., 2010).

Tendo em conta todos os fatores supracitados, o estabelecimento de laços afetivos entre os jovens e figuras significativas, como os cuidadores, parece ser um aspeto fundamental a promover no acolhimento residencial de crianças e jovens em risco. Assim, é muito importante que os cuidadores possuam capacidade de lidar com a revolta e raiva exteriorizada pelos jovens, desenvolvendo um meio estável e seguro onde é privilegiada a criação de ligações afetivas seguras, já que o estabelecimento destes laços diminui a vulnerabilidade criada pelas situações de risco que os jovens atravessam, e poderá funcionar como um fator protetor, potenciando o processo de resiliência (Matos, 2003). De acordo com a perspetiva evolucionária, os seres humanos requerem experiências de apaziguamento e experiências de prestação de cuidados, capazes de proporcionar sentimentos de segurança, capacidade de regulação emocional e desenvolvimento saudável (Gilbert, 2009b).

1.3. A Mente Evolucionária, Compaixão e Treino da Mente Compassiva

O cérebro, com todos os seus motivos, emoções e competências, é produto de milhões de anos de evolução. Tendo em conta a conceção da mente como *multi-mind*, a grande variedade de competências e motivações que a integram combinam-se e interagem de forma complexa. Algumas das nossas motivações e emoções mais primitivas (e.g., raiva) são partilhadas com outros animais. No entanto, o facto de possuímos a habilidade de pensar, imaginar, observar e construir um sentido de identidade própria, pode gerar conflito com o nosso cérebro mais primitivo (“cérebro velho”), que, ao ativar motivos mais arcaicos, pode gerar, por exemplo, ruminação face a eventos já passados, podendo prolongar o sofrimento que estes geram. Neste sentido, a nossa mente organiza-se e é motivada por diferentes objetivos, recorrendo a uma mentalidade diferente tendo em conta o objetivo que pretendemos atingir. De acordo com a Teoria das Mentalidades Sociais, a resolução de determinados desafios sociais, assumindo diferentes papéis sociais, contribuiu para o desenvolvimento de importantes mecanismos mentais. Estas mentalidades assumem-se como sendo umas mais conscientes do que outras, alternadas entre si tendo em conta o contexto e o objetivo pretendido, e permitem a sobrevivência e integridade do indivíduo perante ambientes adversos (Gilbert, 2000, 2005, 2009b, 2010, 2014; Gilbert et al., 2000).

Tendo estes aspetos em conta, de acordo com a proposta de Gilbert (2005), podemos agrupar as mentalidades sociais em cinco categorias distintas, nomeadamente (1) solicitação de cuidados, que envolve o estabelecimento de relações das quais se poderá obter proteção e a qual invista na sua sobrevivência e regulação emocional, o que inclui competências de aproximação do outro e responsividade aos seus sinais de necessidade de cuidado, (2) prestação de cuidados, que envolve a relação estabelecida em que se providencia tempo, energia e outros recursos, com o objetivo de aumentar a probabilidade de sobrevivência, pelo que, para tal, é necessária atenção às necessidades do outro, empatia e simpatia, (3) formação de alianças, marcada pela cooperação, afiliação, inibição de agressão, convivência grupal, exigindo a existência de justiça, equidade e comportamento altruísta, (4) hierarquia (*ranking*) social, que se relaciona com competição por recursos e manutenção de estatutos e (5) sexual, relacionado com a formação de relações com intuito sexual, envolvendo comportamentos de atração e cortejo.

De acordo com a perspetiva evolucionária, acima do sexo, luta e procura de estatuto, encontra-se a grande importância de cuidar, uma das qualidades centrais dos mamíferos (Gilbert, 2010). É da mentalidade de prestação de cuidados, ou afiliativa, que se terá

desenvolvido a compaixão, que pode ser definida como uma sensibilidade profunda ao próprio sofrimento e do outro, aliado a um forte desejo e esforço de o aliviar (Gilbert, 2009b). Esta mentalidade afiliativa engloba motivações para cuidar e emoções como preocupação, empatia e altruísmo, que permitem estar atento ao outro e avaliar as suas necessidades (Gilbert, 2005, 2010, 2014). A compaixão cria condições facilitadoras de abertura, cuidado e segurança e constitui-se como um sistema motivacional enraizado no cuidado e vinculação (Gilbert, 2014).

As nossas motivações e os objetivos que definimos, tais como vinculação e estatuto, são guiados por emoções. Quando somos sucedidos no atingir do objetivo pretendido, experienciamos emoções positivas, enquanto que, quando enfrentamos obstáculos, experienciamos emoções negativas baseadas na ameaça. Neste sentido, podemos conceitualizar as emoções como uma fonte de orientação para as nossas motivações, permitindo ao ser humano processar a informação de forma congruente com a emoção experienciada (Gilbert, 2010).

De acordo com Gilbert (2009b, 2014) o nosso cérebro possui, pelo menos, três sistemas de regulação emocional que, apesar de possuírem diferentes funções, trabalham juntos, de forma a encontrar equilíbrio entre eles. Assim, o sistema tripartido de regulação emocional é composto pelos Sistemas de Defesa-Ameaça, o Sistema de Procura de Recursos/Incentivos e Sistema de Afiliação e Apaziguamento.

Ao Sistema de Defesa-Ameaça (*threat*) cabe a função de detetar a ameaça rapidamente, ativando sentimentos de ansiedade, raiva ou nojo e onde, face a estes sentimentos, somos alertados de que é necessário tomar uma ação para nos protegermos, que pode ser de luta, fuga ou paralisação. Este sistema não se remete apenas à nossa proteção, pelo que se ativa também quando percecionamos a existência de perigo para com alguém pela qual nutrimos afeto. Estas ameaças podem dizer respeito a fatores externos ou internos, tais como as próprias experiências emocionais (e.g., ficar ansioso com a ansiedade que sente). Mesmo sendo uma fonte de sentimentos aversivos, este é um sistema fundamental, já que a sua função primordial é a de proteção. No entanto, quando este sistema se encontra ativado durante muito tempo (hiperativado), o indivíduo fica hipervigilante às ameaças e perigos, tornando-se pouco disponível para outro tipo de atividades, especialmente de foro afiliativo (Gilbert, 2009b, 2014).

Relativamente ao Sistema de Procura de Recursos/Incentivos (*drive*), a sua principal função é a de motivar e encorajar a procura de recursos necessários, através de emoções positivas, dado que sentimos prazer em perseguir objetivos e alcançar metas, experienciando excitação e contentamento (Gilbert, 2009b). Quando em equilíbrio com os restantes sistemas,

este é extremamente importante na orientação para os objetivos desejados, no entanto, quando hiperativado, o indivíduo procura de forma desenfreada, o que pode desencadear sentimentos de frustração, passando esses mesmos objetivos a ser percebidos como ameaças, despertando ansiedade e raiva (Gilbert 2009b; 2014). Por outro lado, quando subativado, é experienciada uma sensação de desprazer e de desmotivação (Gilbert, 2009b).

O Sistema de Afiliação e Apaziguamento (*soothing*), está relacionado com sentimentos positivos de segurança e tranquilidade. Quando ativado, o indivíduo não experiencia nenhuma ameaça, nem tenta atingir nenhum objetivo, desfrutando apenas do momento presente (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). A forma como nos moldamos e conectamos é influenciada de forma muito significativa pelo afeto, amor e carinho que recebemos. Sentirmo-nos como pessoas amadas e cuidadas estimula este sistema particular, despertando a percepção de um mundo mais seguro, pelo que dependemos em larga escala do cuidado e amor. Este afeto, capaz de estimular o Sistema de Afiliação e Apaziguamento, ao fornecer esta percepção de segurança, leva à regulação das experiências afetivas negativas, e desenvolve-se através da vinculação (Gilbert, 2009b).

Quando funcionamos a maior parte do tempo no mesmo sistema, os restantes ficam subdesenvolvidos. Este fator poderá ser problemático, dado que a capacidade de transitar entre os diferentes sistemas permite o desenvolvimento de todos eles, tornando-nos aptos de criar a resposta mais adaptativa para cada situação. Neste sentido, as abordagens focadas na compaixão têm como objetivo principal reestabelecer o equilíbrio entre os diferentes sistemas (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005).

Tendo em conta as experiências adversas e traumáticas que os jovens em acolhimento residencial vivenciaram, e dadas as poucas experiências de cuidado e tranquilização vividas, a sua atenção tende a dirigir-se maioritariamente para a probabilidade de ser magoado ou humilhado pelos outros. Neste sentido, por uma questão de sobrevivência, de modo a estar atento às pistas de agressividade e rejeição, é possível prever que o seu Sistema de Defesa-Ameaça se encontra hiperativado, tal como o seu Sistema de Procura (aliado à competição e mentalidade de manutenção do estatuto social), tendo sido negligenciado o seu Sistema de Afiliação e Apaziguamento (Gilbert, 2010). Para que seja possível desenvolver este sistema, é necessário ajudá-los a sentirem-se seguros, amados e desejados, garantindo que estes obtêm experiências de segurança, calor e compaixão (Gilbert, 2009b). Deste modo, um ponto essencial no processo de cuidar envolve a capacidade dos cuidadores de regular o Sistema de Defesa/Ameaça e de Procura do jovem, através da estimulação do Sistema de Afiliação e Apaziguamento, atendendo ao toque, ao tom de voz, bem como à expressão facial (Gilbert,

2014), motivo pelo qual todos estes fatores serão trabalhados no TMC dirigido aos cuidadores do acolhimento residencial.

1.4. A Promoção da Mentalidade Afiliativa no Acolhimento Residencial de Jovens

Tendo em conta as experiências precoces a que os jovens residentes em acolhimento residencial foram expostos e que conduziram à execução de uma medida de promoção e proteção, estes possuem uma necessidade acrescida de experiências de calor, afeto e segurança (Eapen, 2009), bem como uma carência de cuidado, sentido de pertença e proteção (Gilbert, 2014). Contudo, tal como supramencionado, o foco dos cuidadores tem-se dirigido maioritariamente para a satisfação das suas necessidades básicas de sobrevivência, comprometendo a componente emocional (Eapen, 2009).

Dado que uma base segura é condição necessária para a existência de uma vinculação segura, revela-se essencial a sua estimulação nas casas de acolhimento residencial (Hawkins-Rodgers, 2007), uma vez que estes jovens, devido às experiências de abuso e negligência por que geralmente passam, possuem, desde já, uma capacidade debilitada de formar vínculos (Smith et al., 2001). Esta dificuldade em formar relações afiliativas poderá ter como consequência um auto-trato hostil e não-compassivo por parte dos jovens (Gilbert, 2014), refletindo-se numa maior probabilidade de desenvolver comportamentos desviantes e dificuldade em fortalecer a resiliência (Mota et al., 2015). Os indivíduos que não tiveram oportunidade de desenvolver sistemas afiliativos, ou que experienciaram cuidados negligentes, poderão possuir uma capacidade comprometida na expressão de emoções, bem como dificuldade em dar e receber compaixão e desenvolver motivos afiliativos. Estes défices poderão afetar e limitar a capacidade de regular os Sistemas de Defesa-Ameaça e de Procura (Gilbert, 2014).

Por outro lado, os adolescentes que possuem uma base segura demonstram uma capacidade acrescida de desenvolver relações de qualidade com figuras significativas ao longo do seu percurso desenvolvimental (Engels et al., 2002), que potenciarão uma perceção positiva de si (Mota & Matos, 2008), traduzindo-se em satisfação pessoal e autoestima (Sillick & Schutte, 2006). Vinculações seguras possuem a capacidade de estimular o desenvolvimento de ligações afetivas duradouras, num ambiente de segurança (Feeney & Noller, 1996).

Os laços afetivos que se estabelecem com as figuras primordiais de vinculação tornam-se fundamentais, pelo que, quando esta é insegura, se verifica uma dificuldade acrescida na relação com o mundo. No entanto, sob uma perspetiva de reorganização dos laços de

vinculação e adaptação resiliente, verifica-se que, em alguns casos, os jovens são capazes de estabelecer ligações com figuras alternativas significativas, como é o caso dos cuidadores. Estas relações de qualidade agem como um fator protetor e impulsionador da adaptação psicossocial (Mota & Matos, 2008). Ainda que seja difícil para o jovem atingir um estado de segurança quando as suas bases vinculativas não o permitiram, tendo em conta que o processo de vinculação é contínuo e mutável, poderá haver uma reorganização do seu mundo interno (Goldberg et al., 2000).

Assim, considerando o papel de referência dos cuidadores, vê-se como necessária e benéfica a existência de um Treino da Mente Compassiva a eles dirigido, com o objetivo de promover uma mentalidade afiliativa na prestação dos cuidados, sentido de pertença e afeto nas respostas do acolhimento residencial, estimulando a existência de um ambiente ativador do Sistema de Afiliação e Apaziguamento, através do desenvolvimento de competências compassivas de cuidar (Gilbert, 2014). A existência de incidentes disruptivos na casa de acolhimento desencadeia um modo interpessoal de ameaça/defesa no cuidador, pelo que é necessário que este possua elevadas competências de regulação emocional, de modo a que seja capaz de manter presente o propósito da sua intervenção (Gilbert, 2009b). Se os cuidadores, primeiramente, não possuírem a capacidade de se autorregular, não serão capazes de estimular nos jovens (D. Rijo, comunicação pessoal, 31 de janeiro, 2020).

De acordo com um estudo realizado por Calheiros & Patrício (2012), os jovens acolhidos reportam sentir, por parte dos cuidadores, falta de apoio e ausência de tentativas de os ajudar, refletindo-se numa perceção de ausência de empatia e falta de confiança nos mesmos. Tendo em conta que, de acordo com a mentalidade social de prestação de cuidados, o próprio ato de cuidar abrange, em si mesmo, inúmeras qualidades, como a motivação para cuidar, atenção às necessidades do outro, compreender a natureza das dificuldades, expressar sentimentos e ajustar o cuidado tendo em conta o feedback recebido (Gilbert, 2014), ao desenvolver, através do Treino da Mente Compassiva, a sensibilidade de avaliar as necessidades do outro e o desejo de aliviar o seu sofrimento, espera-se uma facilitação no preenchimento da lacuna reportada.

Ao aplicar o Treino da Mente Compassiva nos cuidadores, espera-se que exista uma mudança na forma como estes se relacionam com os jovens e como atendem às suas necessidades individuais, refletindo-se na estimulação e facilitação da ativação do Sistema de Afiliação e Apaziguamento, quer dos próprios como dos jovens. A ativação deste sistema está associada a uma sensação de calor e bem-estar, proximidade e ligação aos outros, menor sentimento de ameaça e maior satisfação e paz consigo mesmos (Gilbert, 2014). Estes fatores,

por um lado, poderão ajudar o jovem a desenvolver uma melhoria na capacidade de regular as suas próprias emoções, o que se revela crucial para a recuperação do trauma vivido (Cimmarusti, 2011), mas também, em termos gerais, poderão ajudar a construir uma casa mais harmoniosa, facilitadora da ativação do Sistema de Afiliação e Apaziguamento, onde o jovem se sinta seguro, feliz e realizado em diversos aspetos.

II – Objetivos

O projeto na qual esta dissertação se insere visa promover uma mentalidade afiliativa nas casas de acolhimento residencial, através da implementação de um Treino da Mente Compassiva (TMC) estruturado para cuidadores. Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo explorar se a participação dos cuidadores nesta intervenção se reflete nos jovens residentes. Especificamente, através das perceções dos jovens, queremos verificar se as eventuais mudanças ocorridas nos cuidadores em resultado do TMC em que participaram se reflete nos jovens acolhidos, em termos de sentimento de proximidade e ligação aos outros, experiências de calor e segurança, afeto negativo e positivo manifestado, bem como ao nível da manifestação de problemas de internalização, externalização e comportamento pró-social.

De acordo com as premissas teóricas do Treino da Mente Compassiva, espera-se que os resultados deste estudo preliminar revelem diferenças significativas entre o grupo experimental (i.e., jovens das casas de acolhimento cujos cuidadores foram submetidos ao Treino da Mente Compassiva) e o grupo de controlo. Especificamente, espera-se que exista uma mudança estatisticamente significativa, traduzida no aumento do sentimento de proximidade e ligação ao outro, num maior número de experiências de cuidado e segurança, em mais afeto positivo e numa melhoria no comportamento pró-social, bem como uma diminuição no afeto negativo experienciado e nos problemas de internalização e externalização reportados.

III- Metodologia

3.1. Amostra

De modo a estudar o impacto do Treino da Mente Compassiva, aplicado aos cuidadores, nos jovens em acolhimento residencial, foi recolhida uma amostra de 71 jovens acolhidos em

6 casas dos distritos de Coimbra e Leiria. Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 12 e os 23 anos ($M= 16.10$, $SD= 2.16$), de ambos os sexos, nomeadamente 66.2% do sexo feminino ($n=47$) e 33.8% do sexo masculino ($n=24$). Apresentaram um tempo médio de acolhimento residencial, em meses, de 48.41 ($SD= 47.63$), estando 63.4% ($n=45$) acolhidos pela primeira vez. Os participantes eram maioritariamente portugueses (97.2%, $n=69$), sendo apenas dois de nacionalidades cabo-verdiana e bielorrussa. Relativamente à escolaridade, o ano frequentado variou entre o 5º ano (2.8%, $n=2$) e o 2º ano da faculdade (1.4%, $n=1$), verificando-se, em 70 respostas obtidas, que 63.4% ($n=45$) frequentava o ensino básico, 26.8% ($n=19$) o ensino secundário e 8.5% ($n=6$) ensino superior. A maioria dos participantes (62.0%, $n=44$) frequentava o ensino regular. Verificou-se a existência de necessidades educativas especiais em 40.8% ($n=29$), e pelo menos uma reprovação escolar em 62.0% ($n=44$), apresentando uma média de reprovações de 1.10 ($SD=1.08$). Relativamente ao nível socioeconómico, em 63 respostas obtidas, verificou-se que 67.6% ($n=48$) possuía um nível baixo, 19.7% ($n=14$) um nível médio, e apenas 1.4% ($n=1$) nível alto. Por fim, 62.0% ($n=44$) reportou ter acompanhamento psicológico e/ou pedopsiquiátrico.

Os participantes da amostra total foram distribuídos aleatoriamente (aleatorização realizada por *clusters*) por duas condições. O grupo experimental foi constituído por 30 jovens, com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos ($M=16.63$, $SD=1.75$), sendo 56.7% do sexo feminino e 43.3% do sexo masculino. Este grupo apresentou em média de 44.63 meses de acolhimento ($SD=49.99$), estando 70% da amostra acolhida pela primeira vez. Neste grupo, 46.7% dos participantes reportou ter necessidades educativas especiais, sendo que 16 participantes (53.3%) já tinham reprovado pelo menos um ano (máximo de 4 anos reprovados). Relativamente ao tipo de ensino frequentado, metade da amostra frequentava o ensino regular, tendo-se verificado que 53.3% frequentava o ensino básico, 40% o ensino secundário e 6.7% ensino superior. Quanto ao nível socioeconómico, em 30 respostas obtidas, 73.3% apresentou um nível socioeconómico baixo. Por fim, 60.0% reportou ter acompanhamento psicológico e/ou pedopsiquiátrico.

O grupo de controlo foi composto por 41 jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 23 anos ($M=15.71$, $SD= 2.36$), existindo uma maior percentagem de jovens do sexo feminino (73.2%, $n=30$). Este grupo apresentou uma média de 51.17 meses de acolhimento ($SD=46.27$), sendo este o primeiro acolhimento de 58.5% dos jovens. Verificou-se que 36.7% apresenta necessidades educativas especiais, sendo que 28 participantes (68.3%) já tinham reprovado pelo menos um ano (máximo de 3 anos reprovados). Quanto ao tipo de ensino frequentado, em 40 respostas obtidas, 70.7% frequentava o ensino regular e, destes, verificou-

se que 70.7% frequentava o ensino básico, 17.1% o ensino secundário e 9.8% ensino superior. O nível socioeconómico, em 36 respostas obtidas, é, igualmente, maioritariamente baixo (63.4%). Relativamente à existência de acompanhamento psicológico e/ou pedopsiquiátrico, 63.4% reportou ser acompanhado.

Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos experimental e de controlo relativamente à idade ($t_{(69)} = 1.81, p = .074$), sexo ($\chi^2_{(1)} = 2.109, p = .146$) e tempo de acolhimento ($t_{(69)} = -.568, p = .572$), nem nas restantes variáveis sociodemográficas (cf. Tabela 1).

Tamanho da amostra. De modo a determinar o tamanho da amostra necessário, foi realizada uma análise de poder através do *G*Power v3.1 software* (Faul et al., 2009). A análise revelou que seria necessária uma amostra de 128 sujeitos, de modo a que fossem detetados efeitos médios para um valor de significância de .05 e poder de .80 (mínimo aceitável). Ainda que a planificação previsse a recolha de dados do número de participantes indicado, a suspensão das atividades devido à pandemia COVID-19 impossibilitou a recolha total da amostra.

Tabela 1*Variáveis sociodemográficas*

Varáveis Sociodemográficas	Grupo Experimental		Grupo Controlo		t	p	d de Cohen
	M	SD	M	SD			
Idade	16.63	1.75	15.71	2.36	1.814	.074	.44
Tempo de Acolhimento	44.63	49.99	51.17	46.27	-.568	.572	.14
Número de Reprovações Escolares	.97	1.15	1.20	1.03	-.876	.378	.21
	n	%	n	%	χ^2	p	V de Cramer
Sexo							
Feminino	17	56.7	30	73.2	2.109	.146	.172
Masculino	13	43.3	11	26.8			
Primeiro Acolhimento							
Sim	21	70.0	24	58.5	.981	.322	.118
Não	9	30.0	17	41.5			
Ano Escolar							
Ensino Básico	16	53.3	29	70.7	4.399	.111	.251
Ensino Secundário	12	40.0	7	17.1			
Ensino Superior	2	6.7	4	9.8			
Necessidades Educativas Especiais							
Sim	14	46.7	15	36.6	.729	.393	.101
Não	16	53.3	26	63.4			
Reprovação escolar							
Sim	16	53.3	28	68.3	1.645	.200	.152
Não	14	46.7	13	31.7			
Tipo de Ensino							
Regular	15	50.0	29	10.7	5.913	.206	.291
Profissional	7	23.3	3	7.3			
CEF	1	3.3	1	2.4			
Superior	2	6.7	4	9.8			
Outro	5	16.7	3	7.3			
Nível Socioeconómico							
Baixo	22	73.3	26	63.4	2.674	.263	.206
Médio	4	13.3	10	24.4			
Alto	1	3.3	-	-			
Apoio Psicológico/Pedopsiquiátrico							
Sim	18	60.0	26	63.4	.013	.909	.014
Não	11	36.7	15	36.6			

Nota. O nível socioeconómico foi atribuído tendo em conta a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Exemplos de profissões de NSE alto são juizes, professores universitários e médicos; para o NSE médio, consideram-se enfermeiras, psicólogos ou professores de escola; por fim, de NSE baixo, fazem parte agricultores, trabalhos relacionados com limpezas ou trabalhadores indiferenciados.

3.2. Instrumentos

Os instrumentos para avaliar as variáveis estudadas nesta investigação dizem respeito a um questionário sociodemográfico e a questionários estandardizados de autorresposta. Na descrição de cada instrumento, são apresentados os valores de consistência interna obtidos na amostra em estudo. De modo a avaliar esses valores, consideraram-se os pontos de corte para o alfa de Cronbach sugeridos por Pestana & Gageiro (2005), nomeadamente, coeficientes de alfa com valores inferiores a .60 são considerados inadmissíveis, entre .60 e .70 são considerados fracos, entre .70 e .80, razoáveis, entre .80 e .90 são considerados bons, e, por último, alfas de Cronbach superiores a .90 são considerados muito bons.

3.2.1 - Questionário sociodemográfico

Com objetivos de caracterização da amostra, este inventário é constituído por 17 questões, abrangendo aspetos biográficos (e.g., sexo e idade), demográficos (e.g., local de residência atual e anterior), percurso escolar (e.g., ano escolar e tipo de ensino), nível socioeconómico e tempo de acolhimento na casa.

3.2.2 - Escala de Experiências Atuais de Cuidados e Segurança (EEACS; Richter et al., 2009; adaptado por Santos, Sousa, et al., 2020)

Esta escala unidimensional avalia a frequência de experiências emocionais de segurança, proteção e calor na relação com os outros. Encontra-se positivamente associada a medidas de compaixão pelos outros e ao afeto positivo, bem como negativamente associada a sintomas psicopatológicos, afeto negativo, desconexão com outros e conflito entre pares. Permite, assim, obter mais informação acerca do Sistema de Afiliação e Apaziguamento (Gomes, 2018).

A versão utilizada encontra-se validada para o acolhimento residencial. É pedido ao jovem que responda aos itens de acordo com a relação estabelecida com os funcionários da casa de acolhimento, ao longo das duas últimas semanas. Esta escala é composta por 12 itens que correspondem a afirmações relacionadas com experiências emocionais de calor e segurança (e.g., “senti-me compreendido/a”), com respostas fornecidas de acordo com uma escala do tipo Likert de 5 pontos (0= Não, nunca; 4= Sim, a maior parte do tempo).

No estudo de validação da escala para jovens em acolhimento e da comunidade em Portugal, foi encontrada uma consistência interna muito boa de .92 (Santos, Sousa, et al., 2020).

Na amostra da presente investigação, no tempo 1 (pré intervenção), encontrou-se uma consistência interna de .96, e, no tempo 2 (pós-intervenção), um alfa de Cronbach de .97, considerando-se muito boa em ambos os momentos.

3.2.3 - Escala de Proximidade e Ligação aos Outros para Adolescentes (EPLQ; Gilbert et al., 2009; Versão portuguesa para adolescentes por Castilho et al., 2015)

Esta escala avalia a forma como os adolescentes experimentam prazer, sentimentos e emoções positivas nas ligações sociais, isto é, se sentem proximidade, ligação e segurança com os outros.

É constituída por 11 afirmações, que refletem diferentes emoções em situações sociais distintas (e.g., “tenho um sentimento de pertença”), e as respostas são dadas de acordo com uma escala do tipo Likert de 5 pontos (1= quase nunca; 5= quase sempre).

No estudo original da escala, foi obtido um valor de consistência interna muito boa de .91 (Gilbert et al., 2009), e, na versão portuguesa para adolescentes, a escala apresentou um alfa de Cronbach de .92, considerado, igualmente, muito bom (Miguel et al., 2020).

Na amostra do presente estudo, tanto no tempo 1 como no tempo 2, foi obtida uma consistência interna de .97, considerando-se como muito boa.

3.2.4 - Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS; Watson et al., 1988; traduzida e adaptada para a população portuguesa por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

Esta escala mede as dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos, nomeadamente, o afeto positivo (prazer e bem-estar subjetivo) e negativo (desprazer e mal-estar subjetivo), ao longo das últimas semanas.

É composta por 20 itens que representam emoções associadas tanto ao afeto positivo (e.g., interessado) como negativo (e.g., assustado), possuindo, assim, um total de 10 itens em cada uma destas subescalas. As respostas são dadas de acordo com uma escala do tipo Likert de 5 pontos (1= nada ou muito ligeiramente; 5= extremamente).

No estudo original da escala foi obtida uma consistência interna de .87 para o afeto positivo e .87 para o afeto negativo (Watson et al., 1998)., dizendo respeito a consistências internas consideradas boas. Na versão portuguesa, foi, igualmente, obtida uma boa consistência interna, apresentando um alfa de Cronbach de .86 para a escala de afeto positivo e .89 para a escala de afeto negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Na amostra do presente estudo, no tempo 1 (pré-intervenção), foi obtida uma consistência interna de .94 para o afeto positivo, considerada muito boa, e de .87 para o afeto negativo, considerada boa. Após a intervenção, obteve-se um alfa de Cronbach de .88 para o afeto positivo e .90 para o afeto negativo, ambas boas.

3.2.5 - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Port; Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998; versão portuguesa de Fleitlich et al., 2005)

Este inventário tem como objetivo identificar dificuldades emocionais, comportamentais e relacionais.

A escala é composta por 25 itens, possuindo 5 itens em cada uma das seguintes subescalas: hiperatividade, problemas de comportamento, problemas de relacionamento com os colegas, problemas emocionais e comportamento pró-social. Cada item é avaliado de acordo com uma escala do tipo Likert de 3 pontos (0= não é verdade; 1= é um pouco verdade; 3= é muito verdade). Em Portugal, esta escala é geralmente utilizada para detetar problemas de internalização e de externalização (Marzocchi, 2004), tal como sugerido posteriormente por Goodman et al., (2010). Assim, os problemas internalizantes englobam os problemas emocionais (e.g., “preocupo-me muito”) e os problemas de relacionamento com os colegas (e.g., “tenho pelo menos um bom amigo/ uma boa amiga”), os problemas de externalização as subescalas de problemas de comportamento (e.g., “irrito-me e perco a cabeça muitas vezes”) e a hiperatividade (e.g., “sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo”) e, por fim, a escala pró-social (e.g., “sou simpático/a para os mais pequenos”), que avalia os comportamentos pró-sociais.

Tendo em conta esta nova configuração, na sua forma original, esta escala apresenta um alfa de Cronbach de .66 para os problemas internalizantes, .76 nos problemas externalizantes, considerado razoável, e .66 para o comportamento pró-social (Goodman et al., 2010). Não existindo ainda estudos portugueses disponíveis, do conhecimento da autora, com a exploração da fiabilidade com esta nova configuração, apresentam-se os valores tendo em conta as 5 subescalas mencionadas, que variam entre .61 para problemas de relacionamento com os pares e .75 para os sintomas emocionais, dizendo respeito a valores considerados de fraco a razoável (Goodman et al., 2003).

Na amostra da presente investigação, relativamente ao tempo 1, obteve-se uma consistência interna de .65 para os problemas internalizantes, .68 para os problemas externalizantes, consideradas fracas, e .74 para o comportamento pró-social, considerada

razoável. Após a intervenção, verificou-se um alfa de Cronbach de .58 para os problemas internalizantes, .70 para os problemas externalizantes e, por fim, .67 para o comportamento pró-social. Ainda que, de um modo geral, se considere que um instrumento tem fiabilidade apropriada apenas a partir de $\alpha=70$ (Pallant, 2011), nos cenários de investigação das ciências sociais, poderá ser considerado aceitável um alfa de Cronbach de .60 (DeVellis, 1991). Deve, no entanto, interpretar-se os resultados com precaução.

3.3. Procedimentos de Recolha de Dados

O presente estudo foi aprovado pela comissão de ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

A seleção de participantes teve em conta os seguintes critérios de exclusão: (a) idade inferior a 12 anos, (b) previsão de saída da casa em menos de 6 meses (duração do estudo), (c) presença de défice cognitivo moderado ou severo, identificado pelo psicólogo da casa, dado poder levar ao possível comprometimento da compreensão dos itens.

A recolha de dados foi realizada presencialmente em cada uma das casas de acolhimento, de forma a manter o rigor dos procedimentos de recolha e a facilitar o esclarecimento de qualquer dúvida que pudesse surgir durante o preenchimento dos inventários. O seu preenchimento foi realizado em pequenos grupos, exceto quando sinalizada pelos cuidadores a existência de um défice cognitivo ligeiro no jovem, sendo-lhe oferecida uma leitura dos itens em voz alta.

Para este efeito, foi solicitada aos jovens a sua participação voluntária e respetivo consentimento informado (cf. Anexos A e B). Para além do consentimento escrito dado por todos os jovens, independentemente da sua idade, quando menor de 18 anos, foi requerido também o consentimento informado por escrito ao seu representante legal (i.e., diretor técnico da casa) (cf. Anexo C). Foi assegurada a confidencialidade dos dados e garantida a possibilidade de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o sujeito.

A recolha de dados junto dos jovens efetuou-se antes da realização do treino da mente compassiva com os cuidadores (pré-intervenção – tempo1) e após a conclusão do mesmo (pós-intervenção – tempo 2), com três meses de intervalo (tempo de duração do programa de TMC).

3.4. Estrutura e Conteúdos da Intervenção

O Treino da Mente Compassiva para cuidadores, desenvolvido por Santos, Rijo & Pinheiro (2020), é um programa estruturado composto por 12 sessões de aplicação grupal,

Treino da Mente Compassiva com cuidadores no acolhimento residencial de jovens em risco:

Resultados de um ensaio clínico a partir da perceção de mudança pelos jovens

Filipa Ferreira (e-mail: filipaasferreira96@gmail.com) 2020

desenvolvidas em torno da metáfora de uma viagem. Cada sessão tem a duração de duas horas e meia, devendo ser aplicadas com frequência semanal. A estrutura das sessões está dividida em 3 momentos distintos: 1) *Check-in*; 2) Exploração e desenvolvimento do tema; 3) *Check-out*. O *check-in* diz respeito à “aterragem na sessão”, iniciado por um exercício de relaxamento de *mindfulness* ou compaixão. De forma a manter a continuidade entre as diferentes sessões, é realizada uma breve síntese das aprendizagens da semana anterior e são partilhadas as experiências vivenciadas nas aplicações práticas realizadas entre sessões. A exploração e desenvolvimento do tema compreende uma componente psicoeducativa e diversas práticas que estimulam o desenvolvimento da mentalidade afiliativa (e.g., exercícios experienciais, imaginação, de grupo, de reflexão). Por fim, no *check-out*, é realizada uma síntese dos aspetos fundamentais da sessão. Antes da “descolagem da sessão”, é realizada uma reflexão sobre como as aprendizagens se poderão aplicar às necessidades e regulação emocional, tanto do próprio cuidador como dos jovens acolhidos, bem como ao contexto do trabalho nas casas de acolhimento residencial. É pedido ao cuidador que tente transferir e integrar as novas aprendizagens nas suas práticas de acolhimento e rotinas, sendo lançado um desafio semanal para a prática compassiva. A par desta tarefa, os participantes são incentivados a realizar o treino diário da mente, através das práticas de meditação concretizadas nas sessões, disponibilizadas em formatos de áudio. Posteriormente, a sessão é avaliada pelos cuidadores, através do preenchimento de uma ficha de avaliação da satisfação, interação e desempenho (Formulário de *Check-out*). Concluída a sessão, também o dinamizador realiza uma ficha de avaliação da mesma, através de uma grelha de observação.

As temáticas abordadas ao longo das 12 sessões, dizem respeito, primeiramente, e após o estabelecimento de regras que fomentem um ambiente seguro no grupo (e.g., confidencialidade), à compreensão do conceito e da importância da compaixão, bem como o reconhecimento do impacto da fadiga de compaixão no quotidiano. Após a consolidação destes conceitos base, procede-se a psicoeducação sobre o funcionamento do cérebro, ao reconhecimento das dificuldades associadas ao conflito entre o “cérebro velho” e “cérebro novo”, e é introduzido o princípio “não tenho culpa, mas tenho responsabilidade”. Compreendidas estas conceções, procede-se à aprendizagem dos três sistemas de regulação emocional de Gilbert, aplicando este modelo à sua vida pessoal e profissional, e sendo nos três esmiuçadas detalhadamente as suas características, funções, e estratégias de *coping*. Posteriormente, são abordados os fluxos distintos da compaixão e como treinar competências compassivas, ajudando os cuidadores a reconhecer e identificar possíveis medos e resistências à compaixão no funcionamento da casa de acolhimento que poderão surgir. Assim, é

estimulada e incentivada a prática de dar compaixão tanto a si como ao outro, bem como receber de outrem. Para finalizar, são sintetizadas todas as aprendizagens ao longo das semanas e definidas estratégias para promover um ambiente compassivo na Casa de Acolhimento (cf. Anexo D). Todas as sessões e conceitos são acompanhados de diversas atividades práticas e experiências.

Juntamente com o programa, foram criados diversos materiais tais como um cartão de embarque, um muro da compaixão, e postais *souvenir* de cada sessão, onde o participante pode relembrar o tópico abordado em cada sessão, bem como a tarefa semanal proposta. Foram ainda realizados diversos formulários de avaliação das sessões, nomeadamente, um formulário de *check-in*, formulário de *check-out*, grelha de avaliação e uma folha de presenças.

Todas as sessões foram dinamizadas pela psicóloga clínica que desenhou o programa, no âmbito do seu projeto de investigação.

3.5. Procedimentos de Análise de Dados

Para o tratamento estatístico de dados recorreu-se ao programa informático *IBM SPSS Statistics*, versão 22.0 para *MacOS*.

Após a verificação da existência de dados omissos (*missings*) na base de dados, procedeu-se ao seu estudo, analisando a sua incidência e distribuição, tanto por sujeito como por item. Foi tido em consideração um valor de referência para a incidência de 20% (Peng et al., 2007) por sujeito. De seguida, através do *Little MCAR (Missing Completely at Random) Test*, verificou-se a aleatoriedade dos dados (valor de *p* não significativo) (Meyers et al., 2005). Atendendo a estas características, procedeu-se à imputação dos itens omissos através da Interpolação Linear (Meyers et al., 2005).

Com o objetivo de caracterizar a amostra, procedeu-se, primeiramente, à realização de estatísticas descritivas, nomeadamente da tendência central (e.g., média), de dispersão (e.g., desvio-padrão) e de variação das pontuações obtidas (e.g., mínimos e máximos). As diferenças entre a idade, o tempo de acolhimento e número de reprovações entre os grupos foram analisadas através do teste *t de student* para amostras independentes, considerando-se estatisticamente significativas quando $p \leq .05$. Para comparar os grupos relativamente às variáveis categóricas (i.e., sexo, primeiro acolhimento, ano escolar, necessidades educativas especiais, existência de reprovação escolar, tipo de ensino, nível socioeconómico e existência de apoio psicológico) recorreu-se ao qui-quadrado (χ^2) de *Pearson*.

Foram realizados testes *t de student* para amostras independentes, com correção de

Bonferroni (tendo em conta as múltiplas comparações, e atendendo ao facto de ter existido aleatorização), de modo a analisar as diferenças entre ambos os grupos nas variáveis em estudo, na *baseline*.

A adequação dos dados para a realização da Análise Multivariada Mista da Covariância (MANCOVA) a dois fatores (*two-way*) com duas co-variáveis (tempo de acolhimento e idade) foi analisada tendo em conta as perspetivas de Pallant (2011) e Marôco (2011) e estudada através dos seguintes pressupostos: (1) a existência de variáveis dependentes (VD) contínuas; (2) existência de uma variável independente categórica com 2 grupos; (3) dimensão suficiente em cada grupo (i.e., maior número de sujeitos do que VDs); (4) ausência de multicolinearidade, isto é, verificar que não existe uma relação entre as variáveis dependentes superior a .9, mas estarem relacionadas entre si, considerando-se uma correlação mínima de .10 (Cohen, 1988); (5) foi analisada existência de *outliers* univariados e multivariados na amostra, através da representações caixa-com-bigodes e da distância de Mahalanobis, respetivamente. A distância de Mahalanobis foi calculada para cada uma das condições, para ambos os tempos (Tabachnick & Fidell, 2013); (6) foi estudada a homogeneidade da amostra através do teste de Box, considerando-se uma amostra potencialmente homogénea quando $p < .001$; (7) na impossibilidade de avaliar eficazmente a normalidade multivariada no *SPSS*, recorreu-se à ferramenta informática *Biosoft* (<http://www.biosoft.hacettepe.edu.tr/MVN/>), analisando-se os resultados através do Teste de Análise Multivariada de Mardia (Korkmaz et al., 2014). Recorrendo ao *SPSS*, analisou-se também a normalidade univariada de cada uma das variáveis dependentes com testes univariados de *Shapiro-Wilk*, tendo também em conta os resultados obtidos na distância de Mahalanobis e a análise da assimetria e curtose, que tiveram como valores de referência para a assimetria ($Sk < |3|$) e curtose ($Ku < |10|$) (Kline, 2011).

Para investigar os efeitos da intervenção nas variáveis descritas, foi realizada uma MANCOVA a dois fatores (i.e., entre sujeitos (*between*) – grupos – e dentro dos sujeitos (*within*) – tempo), sendo colocadas as variáveis idade e tempo de acolhimento como co-variáveis, uma vez que teoricamente são variáveis pertinentes para a análise, e, igualmente, considerando o amplo intervalo em ambas (a idade varia entre os 12 e os 23 anos, e o tempo de acolhimento varia entre 1 mês e 216 meses). O tamanho do efeito para o Tempo e Tempo x Grupo foram analisados através do eta quadrado parcial (η^2), onde $\eta^2 = .01$ se refere a um tamanho de efeito pequeno, de .06 a um tamanho médio e a partir de .14 a um tamanho de efeito grande (Tabachnick & Fidell, 2013).

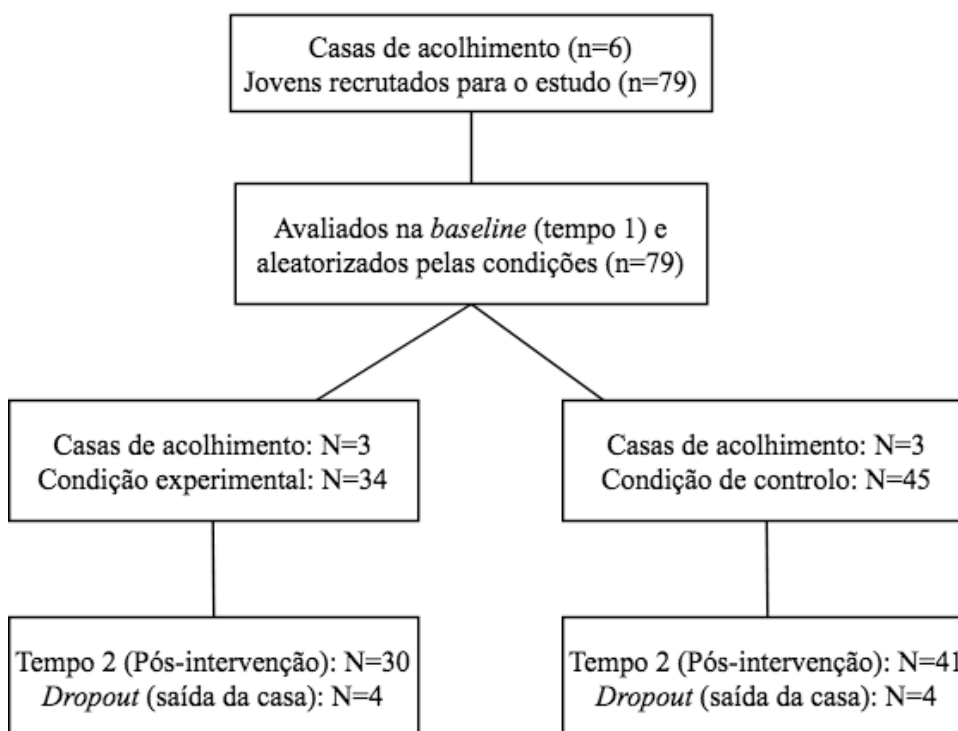
IV- Resultados

4.1. Recrutamento e *dropouts*

Para a concretização deste estudo, foram recrutadas seis casas de acolhimento residencial de jovens em risco da zona centro do país, nomeadamente, dos distritos de Coimbra e Leiria. Um total de 79 jovens elegíveis para o estudo concordou participar voluntariamente. Após a recolha de dados no tempo 1 (pré-intervenção), dada a natureza do estudo e da amostra, não foi possível proceder à aleatorização por sujeitos pelas duas condições, tendo sido aleatorizados por casas de acolhimento (aleatorização por *clusters*). Para tal, recorreu-se à ferramenta online Keamk (<https://www.keamk.com/>), obtendo-se 3 casas na condição experimental e 3 casas na condição controlo, o que representa que 34 jovens ficaram alocados no grupo experimental (43%) e 45 no grupo de controlo (57%). Deste valor inicial, 71 jovens participaram no tempo 2 (pós-intervenção) (89.9%), correspondendo a 30 no grupo experimental e 41 no grupo de controlo, sendo estes *dropouts* justificados devido à saída da casa de acolhimento no decorrer deste período temporal (cf. Figura 1).

Figura 1

Gráfico da participação dos jovens



4.2. Análise e tratamento dos valores omissos

Após a análise da incidência de *missings*, tanto por sujeito como por item, verificou-se não existir nenhuma percentagem superior a 20% (Peng et al., 2007). De seguida, foi analisada a aleatoriedade dos dados, através do *Little MCAR Test*, verificando-se a provável aleatoriedade de todos os dados omissos ($p < .05$). Não existindo a necessidade de eliminar sujeitos, procedeu-se à imputação dos dados omissos através da Interpolação Linear (Meyers et al., 2005).

4.3. Comparações na *baseline*

Na tabela 1, encontram-se representadas as características demográficas, por grupo, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos (cf. Tabela 1).

O grupo experimental e de controlo foram, ainda, comparados na *baseline* (tempo 1) relativamente às variáveis em estudo. Tal como se pode verificar na tabela 2, a correção de Bonferroni para múltiplas comparações revela a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos estudados. Ainda que se tenha recorrido a esta correção pelos motivos acima mencionados, os grupos continuariam equivalentes na *baseline* (cf. Tabela 2) se as diferenças fossem analisadas tendo como ponto de referência $p < .05$.

Tabela 2

Diferenças entre as medidas de resultado na baseline

Medidas de Resultado	Grupo Experimental		Grupo Controlo		t	p	d de Cohen
	M	SD	M	SD			
Experiências Atuais de Cuidados e Segurança	32.53	11.67	27.76	10.78	1.781	.079	.42
Proximidade e Ligação aos Outros	38.00	12.09	33.17	10.75	1.773	.081	.42
Afeto Positivo	30.02	10.86	26.46	9.52	1.463	.148	.35
Afeto Negativo	18.57	6.87	21.30	8.30	-1.474	.145	.36
Problemas Internalizantes	7.10	3.44	7.12	3.29	-.027	.978	.00
Problemas Externalizantes	6.16	3.46	7.21	3.05	-1.340	.185	.32
Comportamentos Pró-Sociais	7.93	1.89	7.34	2.14	1.209	.231	.29

Nota. Bonferroni $p < .007$

4.4. Efeitos da intervenção nas variáveis em estudo

De forma a realizar a MANCOVA e analisar os resultados com confiança, foram verificados os pressupostos descritos. Foi realizada uma matriz de correlações de *Pearson* entre

as variáveis em estudo de modo a verificar se, por um lado, estas se correlacionavam entre si (valor mínimo de .10), ou se existia multicolinearidade ($r > .90$). Apesar de algumas variáveis não se encontrarem estatisticamente correlacionadas (e.g., comportamentos pró-sociais e afeto positivo), as mesmas foram mantidas considerando-se estarem conceitualmente relacionadas. Não se verificou a existência de multicolinearidade (cf. Tabela 3). Relativamente à existência de *outliers* na amostra, verificou-se, através da distância de Mahalanobis, qual o valor crítico para o número de variáveis dependentes do presente estudo, para ambos as condições e tempos, tendo em conta $p=.001$. Para a condição experimental, obteve-se, em T1, um valor máximo de 16.55 e 13.12 em T2. Na condição de controlo, obteve-se um valor máximo de 17.10 em T1 e de 15.63 em T2. Dado que se obteve um valor crítico para esta distância de 24.32, considerou-se não existirem *outliers* na amostra. Relativamente à homogeneidade, esta verificou-se através do teste de Box, onde se obteve $p= .107$. Por fim, no que toca à normalidade multivariada, e tal como referido, na impossibilidade da realização desta análise no *SPSS*, recorreu-se primeiramente à ferramenta informática *Biosoft*, parecendo não existir uma distribuição multivariada normal ($p < .05$), segundo o teste de Mardia. No entanto, recorrendo ao *SPSS*, analisou-se a normalidade univariada através do *Shapiro-Wilk* ($p > .05$). Verificou-se que algumas variáveis violavam este parâmetro ($p < .05$) (e.g., comportamento pró-social no tempo 2). Relativamente à análise da assimetria e da curtose, verificou-se a inexistência tanto de coeficientes de assimetria superiores a 3 como de coeficientes de achatamento superiores a 10 (ambos em valor absoluto), o que indica que não há problemas graves de desvio da distribuição normal (Kline, 2005). Tendo estes fatores em conta, atendendo-se ao N da amostra e ao facto da MANCOVA ser robusta mesmo com possíveis violações da normalidade multivariada quando não existem *outliers*, a análise foi concretizada (Tabachnick & Fidell, 2013).

Deste modo, foi realizada a Análise Multivariada Mista da Covariância (MANCOVA) a dois fatores, com as variáveis tempo de acolhimento e idade como co-variáveis. Os testes multivariados desta análise mostraram não existirem diferenças estatisticamente significativas para o compósito de variáveis, Wilks' $\lambda = .928$, $F = .678$, $p = .690$, $\eta^2_p = .072$. Igualmente, os testes univariados demonstraram não existir efeitos indiretos da intervenção em nenhuma das variáveis em estudo, nomeadamente, experiências de calor e segurança, ligação e proximidade dos outros, afeto positivo e negativo, problemas de internalização e externalização e comportamento pró-social (cf. Tabela 4).

Tabela 3*Matriz de Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 - T1: Experiências Atuais de Cuidados e Segurança	1.00													
2 - T1: Proximidade e Ligação aos Outros	.80**	1.00												
3 - T1: Afeto Positivo	.67**	.67**	1.00											
4 - T1: Afeto Negativo	-.14	-.11	.23	1.00										
5 - T1: Problemas Internalizantes	-.29**	-.19	-.01	.61**	1.00									
6 - T1: Problemas Externalizantes	-.37**	-.34**	-.11	.55**	.36**	1.00								
7 - T1: Comportamentos Pró-Sociais	.10	.26*	.08	.07	.05	-.21	1.00							
8 - T2: Experiências Atuais de Cuidados e Segurança	.73**	.57**	.38**	-.41**	-.36	-.43**	.14	1.00						
9 - T2: Proximidade e Ligação aos Outros	.68**	.66**	.43**	-.30*	-.27*	-.52**	.21	.80*	1.00					
10 - T2: Afeto Positivo	.55**	.52**	.58**	.06	-.06	-.09	.04	.49**	.63**	1.00				
11 - T2: Afeto Negativo	-.23	-.16	.20	.73**	.49**	.54**	-.05	-.56**	-.42**	-.00	1.00			
12 - T2: Problemas Internalizantes	-.24*	-.21	.01	.53**	.61**	.45**	-.08	-.51**	-.51**	-.10	.67**	1.00		
13 - T2: Problemas Externalizantes	-.41**	-.36**	-.17	.36**	.25*	.72**	-.21	-.52**	-.59**	-.26*	.52**	.57**	1.00	
14 - T2: Comportamentos Pró-Sociais	.18	.24*	.19	.06	.08	-.23*	.55**	.18	.32**	.17	.00	-.12	-.27*	1.00

Nota. T1= Pré-tratamento; T2= Pós-tratamento. * $p < .05$ ** $p < .01$

Tabela 4

Média e Desvio Padrão para ambos o GE e GC, pré e pós-tratamento, e Testes Univariados

Medidas de Resultado	GE		GC		Tempo	Tempo x Grupo
	T1	T2	T1	T2		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Experiências Atuais de Cuidados e Segurança	32.53 (11.67)	33.20 (10.91)	27.76 (10.78)	26.85 (11.33)	$F= 5.151; p= .026 ; \eta^2 = .071$	$F= 2.609; p= .111 ; \eta^2 = .037$
Proximidade e Ligação aos Outros	38.00 (12.09)	40.10 (9.18)	33.17 (10.75)	32.61 (10.19)	$F= 5.401; p= .023 ; \eta^2 = .075$	$F= 3.883; p= .053 ; \eta^2 = .055$
Afeto Positivo	30.02 (10.86)	31.63 (7.81)	26.46 (9.52)	26.37 (7.86)	$F= .017; p= .898 ; \eta^2 = .000$	$F= .705 ; p= .404 ; \eta^2 = .010$
Afeto Negativo	18.57 (6.87)	19.53 (8.20)	21.30 (8.30)	22.09 (8.81)	$F= 1.213; p= .275 ; \eta^2 = .018$	$F= .071; p= .790 ; \eta^2 = .001$
Problemas Internalizantes	7.10 (3.44)	6.80 (2.86)	7.12 (3.29)	7.39 (3.13)	$F= .071; p= .790 ; \eta^2 = .001$	$F= .416; p= .521 ; \eta^2 = .006$
Problemas Externalizantes	6.16 (3.46)	6.33 (3.41)	7.21 (3.05)	6.95 (3.29)	$F= .194; p= .661 ; \eta^2 = .003$	$F= .228; p= .634 ; \eta^2 = .003$
Comportamentos Pró-Sociais	7.93 (1.89)	8.17 (1.58)	7.34 (2.14)	7.44 (1.90)	$F= 1.596; p= .211 ; \eta^2 = .023$	$F= .382; p= .539 ; \eta^2 = .006$

Nota. GE = Grupo Experimental; GC= Grupo de Controlo; T1= Pré-tratamento; T2= Pós-tratamento

V - Discussão

A presente dissertação teve como objetivo realizar um estudo preliminar dos efeitos relacionais e afiliativos nos jovens em acolhimento residencial resultantes da aplicação de um Treino de Mente Compassiva (TMC) aos cuidadores das casas onde residem. O TMC apresenta 12 sessões estruturadas, que abordam temáticas como a mente evolutiva, os três sistemas de regulação emocional e a importância da compaixão. Estes conceitos foram sempre remetidos para o contexto do acolhimento residencial, praticando como os transpor e aplicar nas rotinas e quotidiano das casas de acolhimento. Para avaliar o possível impacto nos jovens após a participação dos seus cuidadores neste treino, e considerando os pressupostos teóricos desta intervenção, foram estudadas a frequência de experiências atuais de cuidado e segurança, sentimentos de proximidade e ligação aos outros, afeto positivo e negativo, bem como possíveis alterações em termos de problemas internalizantes e externalizantes e comportamento pró-social, avaliados através de medidas de autorrelato. Entre o tempo 1 (pré-intervenção) e o tempo 2 (pós-intervenção), foram perdidos 8 jovens; no entanto, estas desistências deveram-se à saída da casa durante este período de tempo, não tendo existindo situações de recusa em continuar a sua participação no estudo, ainda que esta fosse totalmente voluntária.

No que diz respeito tanto às características sociodemográficas, como relativamente às variáveis em estudo na *baseline*, as comparações realizadas entre o grupo experimental e grupo de controlo não demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os jovens das duas condições. Estes resultados poderão indicar que a aleatorização por *clusters* foi bem-sucedida, permitindo retirar conclusões mais fiáveis acerca do impacto, nos jovens, da intervenção realizada com os seus cuidadores.

Relativamente à existência de mudanças nas variáveis em estudo (relacionadas com motivos afiliativos), após a aplicação do programa, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sugerindo que o Treino da Mente Compassiva não produziu mudanças a estes níveis, imediatamente após a intervenção. Destaca-se, no entanto, o valor aproximado do limiar de significância para as experiências de proximidade e ligação aos outros ($p = .053$), o que poderia indicar uma melhoria no grupo experimental e alguma deterioração do grupo de controlo nesta variável, ainda que com um tamanho de efeito pequeno. Diferentes hipóteses explicativas deverão ser tidas em conta de forma a obter uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

Em primeiro lugar, destaca-se que a avaliação nos jovens foi realizada imediatamente após o fim do TMC com cuidadores. Neste sentido, apenas três meses de experiências relacionais compassivas poderão não ter sido suficientes para que as mudanças nos cuidadores da casa se reflitam e sejam percebidas pelos jovens residentes de modo impactante. É necessário salientar que estes jovens, na sua grande maioria, vivenciaram experiências de vida traumáticas, marcadas por abuso e negligência com figuras primárias de referência (Tomasulo & Razza, 2007). Tendo em conta estes acontecimentos adversos, e dadas as poucas experiências de cuidado e segurança vividas, a sua atenção tende a dirigir-se maioritariamente para a probabilidade de ser magoado, humilhado ou rejeitado pelos outros. Este aspeto terá como consequência uma hiperativação do Sistema de Defesa/Ameaça, negligenciado o seu Sistema de Afiliação e Apaziguamento (Gilbert, 2010). Sabemos, no entanto, que mesmo quando as bases vincutivas não providenciaram um ambiente seguro, tendo em conta que o processo de vinculação é contínuo e mutável, é possível que os jovens estabeleçam ligações com figuras alternativas significativas, como é o caso dos cuidadores, permitindo-lhe atingir um estado de segurança, ainda que este se revele demorado e de difícil acesso (Goldberg et al., 2000). Para tal, e de modo a que o seu Sistema de Afiliação e Apaziguamento seja estimulado, é necessário ajudá-los a sentirem-se seguros, amados e desejados, garantindo que estes obtêm experiências de segurança, calor e compaixão (Gilbert, 2009b). Apesar dos cuidadores reportarem, após a intervenção, uma melhoria do ambiente afiliativo sentido na casa (Nogueira, 2020), considerando o padrão cognitivo, emocional e relacional prévio dos jovens, a percepção efetiva de mais calor e afeto por parte dos cuidadores poderá exigir uma maior consistência e tempo na vivência destas experiências de cariz afiliativo, pelo que é possível que estas mudanças apenas se verifiquem de modo mais vincado no período de *follow-up* (investigação em curso).

Na mesma linha de pensamento, e tendo em conta estas experiências precoces adversas com outros significativos, poderá verificar-se resistência por parte dos jovens aos aspetos compassivos de um novo padrão relacional dos cuidadores na interação diária na casa, denominando-se este fenómeno por medo de receber compaixão. Este fenómeno é comum em vítimas de abuso e negligência (Gilbert, 2010), levando à percepção de emoções afiliativas como ameaçadoras, ao invés de agradáveis ou securizantes (Gilbert et al., 2011). Tendo em conta as experiências precoces destes jovens, poderá formar-se a ideia de que “nunca se deve estar feliz, pois é nesses momentos em que baixamos a guarda em que as coisas más acontecem” (Gilbert et al., 2010, p. 241), levando a uma associação entre emoções positivas e resultados aversivos. Sabendo que as emoções afiliativas dizem respeito a emoções positivas associadas a

proximidade interpessoal e ligação ao outro, quando existe um passado particularmente marcado por abuso e negligência, poder-se-á gerar medo destas mesmas emoções, podendo ativar memórias de desejar afeto e cuidado e não o obter, capazes de gerar sentimentos de solidão (Gilbert, 2010). Mais se acrescenta que as capacidades compassivas estão enraizadas e são desenvolvidas pelo sistema de vinculação, podendo ser “desativadas” face a situações de abuso. Reativar este sistema, através do Treino da Mente Compassiva e das alterações que acarretam nas relações interpessoais com os cuidadores, poderá ser potencialmente ameaçador, uma vez que poderá despertar memórias passadas consideradas dolorosas, o que poderá constituir um grande obstáculo, especialmente em pessoas com elevada vergonha e autocriticismo (Gilbert, 2010). Este aspeto parece também constituir um possível obstáculo e um fator adicional que reforça a hipótese de ser necessário um maior número de experiências repetidas deste cariz, durante mais tempo.

Para além disso, não se pode descartar a possibilidade do programa, da forma como está desenhado, apesar de produzir mudanças estatisticamente significativas nos cuidadores em diversos aspetos (Nogueira, 2020) e de, potencialmente, facilitar a existência de algumas experiências de teor afiliativo, como a sensação de proximidade e ligação aos outros nos jovens (possivelmente visível após um maior número de experiências em *follow-up*), não ser capaz de atingir diretamente outras variáveis, nomeadamente, comportamento pró-social e problemas internalizantes e externalizantes, ainda que possa contribuir para a sua flexibilização. Assim, existe a necessidade de intervenções mais específicas e individualizadas aplicadas diretamente aos jovens, capazes de responder às suas fragilidades emocionais (Campos, Barbosa-Ducharne, Dias, & Rodrigues, 2019; Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013). A literatura aponta que os jovens em acolhimento residencial reportam uma taxa mais elevada de problemas psicossociais (Rutter, 2000), comprometimento nas funções sociais e repercussões em termos psicológicos (Eapen, 2009), reportando-se uma elevada prevalência de doença mental (Campos, Barbosa-Ducharne, Dias, & Rodrigues, 2019; Coulomb, 2017; Schmid et al., 2008). Neste sentido, para estas necessidades emocionais sejam reparadas, é necessário que sejam diretamente trabalhadas com profissionais de saúde mental, através da implementação de intervenções baseadas na evidência. Ainda que os cuidadores possam facilitar este processo promovendo um clima emocional afiliativo, considerando o grau de disfunção psicológica dos jovens, é necessária intervenção psicológica específica.

Este estudo não está isento de limitações, destacando-se, em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra, tendo em conta o valor de referência de 128 sujeitos obtido no *G*Power v3.1 software* para uma análise dos dados mais fiável. O facto de haver uma maior prevalência

de jovens do sexo feminino, requer também precaução na possível generalização dos dados obtidos. Reporta-se ainda o facto de se ter obtido uma baixa fiabilidade (i.e., consistência interna) nas subescalas que compõe o Questionário de Capacidades e Dificuldades, especialmente no tempo 2. Destaca-se, igualmente, e tendo em conta os aspetos supracitados, o facto de não ter sido avaliada a existência de trauma nos jovens, bem como não ter sido passada uma escala de avaliação do medo de receber compaixão. Tal decisão foi tomada de forma a não sobrecarregar o protocolo, considerando que, no geral, os adolescentes oferecem resistência ao preenchimento de medidas de autorresposta.

Apesar dos resultados obtidos, e tal como mencionado, este é um estudo preliminar, permitindo retirar algumas sugestões de melhoria de forma a testar este programa no futuro, que poderá ser uma nova referência no acolhimento de crianças e jovens em risco. Em primeiro lugar, é sugerido que se avalie e controlem os aspetos referentes ao trauma e ao medo de receber compaixão, tendo em conta os motivos já mencionados. Em segundo lugar, parece de extrema importância “cuidar dos cuidadores”, uma vez que tal poderá estimular um clima emocional na casa mais apaziguador, o que se revela extremamente importante para facilitar a criação de vínculos seguros. No entanto, por um lado, poderá ser necessário mais tempo de prática de uma atitude compassiva até que a mesma seja percecionada pelos jovens, tendo em conta os obstáculos já mencionados. Por outro, poderá ser crucial a aplicação de um treino da mente desta natureza diretamente direcionado para os jovens, conhecendo agora alguns fenómenos importantes que poderão requerer que sejam trabalhados com mais afinco, nomeadamente, os medos da compaixão. Deste modo, agindo ambas as intervenções em complementaridade (i.e., com os cuidadores e com os jovens), poderão, possivelmente, obter-se resultados mais favoráveis. Deste modo, seria possível, por um lado, e através da aplicação do TMC com cuidadores, estimular um clima emocional facilitador da ativação do Sistema de Afiliação e Apaziguamento e, por outro, através da sua aplicação devidamente adaptada aos jovens, atender às suas necessidades emocionais individuais. Ainda que existam poucos estudos relativamente à aplicação de intervenções baseadas na compaixão em crianças e adolescentes, esta faixa etária é vista como apropriada para este tipo de intervenção (Carona et al., 2017). Neste sentido, destaca-se o estudo de caso de Ribeiro da Silva et al. (2019), onde, através da aplicação de um programa baseado na compaixão a um jovem de 16 anos com traços psicopatas e perturbação de conduta em contexto prisional, foi possível diminuir a presença desses traços e dos comportamentos disruptivos, ajudando-o a desenvolver comportamentos mais compassivos consigo e com os outros.

Para além disso, e tal como mencionado anteriormente, os jovens em acolhimento residencial reportam uma taxa superior à população geral de problemas de carácter internalizante e externalizante (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013), sendo reportada por alguns autores diferenças entre o sexo feminino e o masculino, encontrando uma maior taxa de problemas internalizantes nas mulheres e mais problemas externalizantes nos homens (Rosenfield, 2000). Assim, poderá considerar-se avaliar o possível efeito moderador da variável sexo no impacto do TMC com cuidadores nos jovens.

São poucos os estudos realizados acerca do ajustamento psicológico das crianças e jovens em acolhimento residencial, sendo esta lacuna especialmente evidente no contexto português (Campos, Barbosa-Ducharne, Dias, & Rodrigues, 2019). De acordo com os estudos de Smyke et al. (2010), concluiu-se que o ambiente institucional influencia o desenvolvimento do cérebro, podendo causar deterioração cognitiva e défices sociais, tendo a atenção que lhes é dispensada um grande impacto. Sabemos, ainda, que o número de jovens em acolhimento residencial em Portugal permanece elevado, sendo prioritária a adequação e implementação de uma intervenção diferenciada e baseada em evidência que corresponda às suas necessidades e fragilidades emocionais (ISS, 2019). A presente investigação emergiu no sentido de dar resposta a algumas destas lacunas, sendo um dos primeiros estudos a introduzir um modelo de intervenção inovador e baseado em evidência no contexto do acolhimento residencial e a testar possíveis efeitos na melhoria das relações com os jovens, aspeto a que parece crucial atender.

Bibliografia

- Adam, E. K. (2004). Beyond quality: Parental and residential stability and children's adjustment. *Current Directions in Psychological Science*, 13(5), 210-213. <https://doi/10.1111/j.0963-7214.2004.00310.x>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bratt, A. S., Svensson, I., & Rusner, M. (2019). Finding confidence and inner trust as a parent: Experiences of group-based compassion-focused therapy for the parents of adolescents with mental health problems. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1684166>
- Calheiros, M. M., & Patrício, J. N. (2012). Assessment of needs in residential care: Perspectives of youth and professionals. *Journal of Child and Family Studies*, 23(3), 461-474. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9702-1>

- Campos, J., Barbosa-Ducharne, M., Dias, P., & Rodrigues, S. (2019). Saúde mental de crianças e adolescentes portugueses em acolhimento residencial. *Configurações*, (23), 105-122. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.7116>
- Campos, J., Barbosa-Ducharne, M., Dias, P., Rodrigues, S., Martins, A., & Leal, M. (2019). Emotional and behavioral problems and psychosocial skills in adolescents in residential care. *Child and Adolescent Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0594-9>
- Carona, C., Rijo, D., Salvador, C., Castilho, P., & Gilbert, P. (2017). Compassion-focused therapy with children and adolescents. *BJPsych Advances*, 23(4), 240-252. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015420>
- Carvalho, M. J. (2013). *Sistema nacional de acolhimento de crianças e jovens*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cimmarusti, R. A. (2011). Increasing emotional regulation for youths in residential care: Phases of change. *Residential Treatment for Children & Youth*, 28(2), 91-101. <https://doi.org/10.1080/0886571x.2011.569427>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Coulomb, A. (2017). Mental health of adolescents in foster care: A literature review. *Journal of Undergraduate Social Work Research Inaugural Issue*, 10-20.
- Craig, C., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(3), 319-339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>
- Decreto Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro publicada em Diário da República n.º 204/1999, Série I-A de 1999-09-01
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(03). <https://doi.org/10.1017/s0140525x05000063>
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. SAGE.
- Eapen, D. J. (2009). Institutionalized children: The underprivileged. *International Journal of Nursing Practice*, 15(5), 349-352. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2009.01785.x>

- Eastwood, C. D., & Ecklund, K. (2008). Compassion fatigue risk and self-care practices among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(2), 103-122. <https://doi.org/10.1080/08865710802309972>
- Engels, R. C., Deković, M., & Meeus, W. (2002). Parenting practices, social skills and peer relationships in adolescence. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 30(1), 3-17. <https://doi.org/10.2224/sbp.2002.30.1.3>
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). Major Stages in Psychosocial Development. In *The life cycle completed (Extended version)* (pp. 88-128). W. W. Norton & Company.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/brm.41.4.1149>
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1996). *Adult attachment*. SAGE.
- Fernández-Daza, M. P., & Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy12-3.pccp>
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219-227. doi:10.14417/ap.84
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal ‘social’ conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Routledge.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2009b). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>

- Gilbert, P., Bailey, K. G., & McGuire, M. (2000). Evolutionary psychotherapy: Principles and outline. In *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 3-27). Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *84*(3), 239-255. <https://doi.org/10.1348/147608310x526511>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., Bellew, R., & Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, *6*(4), 135-143.
- Goldberg, S., Muir, R., & Kerr, J. (2000). *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (1st ed.). Routledge.
- Gomes, D. O. (2018). Validação da Escala de Experiências Atuais de Cuidados e Segurança para Adolescentes [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade de Coimbra.
- Gómez, E., Muñoz, M. M., & Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: Características e intervención. *Psykhé (Santiago)*, *16*(2), 43-54. <https://doi.org/10.4067/s0718-22282007000200004>
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalising and externalising Subscales instead of the hypothesised five Subscales on the strengths and difficulties questionnaire (SDQ): Data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*(8), 1179-1191. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-x>
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (2003). The strengths and difficulties questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *International Review of Psychiatry*, *15*(1-2), 173-177. <https://doi:10.1080/0954026021000046137>
- Hawkins-Rodgers, Y. (2007). Adolescents adjusting to a group home environment: A residential care model of re-organizing attachment behavior and building resiliency. *Children and Youth Services Review*, *29*(9), 1131-1141. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.04.007>
- Instituto da Segurança Social, I.P (2019), CASA 2018- Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento, ISS
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das profissões 2010*
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion- based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, *48*(6), 778-792. <https://doi:10.1016/j.beth.2017.06.003>

- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). Guilford Press.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Guilford Press.
- Knorth, E. J., Harder, A. T., Huyghen, A. N., Kalverboer, M. E., & Zandberg, T. (2010). Residential youth care and treatment research: Care workers as key factor in outcomes? *International Journal of Child and Family Welfare*, *1*, 49-67.
- Korkmaz, S., Goksuluk, D., & Zararsiz, G. (2014). MVN: An R package for assessing multivariate normality. *The R Journal*, *6*(2), 151. <https://doi.org/10.32614/rj-2014-031>
- Maratos, F. A., Montague, J., Ashra, H., Welford, M., Wood, W., Barnes, C., Sheffield, D., & Gilbert, P. (2019). Evaluation of a compassionate mind training intervention with school teachers and support staff. *Mindfulness*, *10*(11), 2245-2258. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01185-9>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS statistics* (5th ed.). ReportNumber, Lda.
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Di Pietro, M., Duran Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, A., Théron, C. (2004). The use of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *13*(S2), ii40-ii46. <https://doi/10.1007/s00787-004-2007-1>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professionals: A social psychological analysis. In *Social psychology of health and illness* (pp. 227-251). Lawrence Erlbaum Associates.
- Matos, P. M. (2003). O conflito à luz da teoria da vinculação. In *Gestão de conflitos na escola* (pp. 144-191). Universidade Aberta.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. (2005). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. SAGE.
- Miguel, R. R., Sousa, R., Brazão, N., Rijo, D., Castilho, P., & Gilbert, P. (2020). *Dimensionality and measurement invariance of the Social Safeness and Pleasure Scale in community adolescents in comparison to male adolescents with a history of antisocial behavior*. Manuscript submitted for publication.

- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 367-377. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822008000300007>
- Mota, C. P., Costa, M., & Matos, P. M. (2015). Resilience and deviant behavior among institutionalized adolescents: The relationship with significant adults. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(4), 313-325. <https://doi.org/10.1007/s10560-015-0429-x>
- Nogueira, S. (2020). A Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens em risco: Resultados preliminares de um Treino da Mente Compassiva com cuidadores [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade de Coimbra.
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using the SPSS program* (4th ed.). Allen & Unwin.
- Peng, C. J., Harwell, M., Liou, S., & Ehman, L. H. (2007). Advances in missing data methods and implications for educational research. In *Real Data Analysis* (pp. 31-78). Information Age Publishing.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Edições Silado.
- Reddy, S. D., Negi, L. T., Dodson-Lavelle, B., Ozawa-de Silva, B., Pace, T. W., Cole, S. P., Raison, C. L., & Craighead, L. W. (2012). Cognitive-based compassion training: A promising prevention strategy for at-risk adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(2), 219-230. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9571-7>
- Ribeiro da Silva, D., Rijo, D., Castilho, P., & Gilbert, P. (2019). The efficacy of a compassion-focused therapy-based intervention in reducing psychopathic traits and disruptive behavior: A clinical case study with a juvenile detainee. *Clinical Case Studies*, 18(5), 323-343. <https://doi.org/10.1177/1534650119849491>
- Rodrigues, S., Ducharme, M. B., & Valle, J. F. (2013). La calidad del acogimiento residencial en Portugal y el exemplo de la evolución española. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 11-22. Retrieved from <http://www.papelesdelpsicologo.es>
- Rosenfield, S. (2000). *Gender and dimensions of the self: Implications for internalizing and externalizing behavior*. In E. Frank (Ed.), *American Psychopathological Association series. Gender and its effects on psychopathology* (p. 23-36). American Psychiatric Publishing, Inc..

- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22(9-10), 685-703. [https://doi.org/10.1016/s0190-7409\(00\)00116-x](https://doi.org/10.1016/s0190-7409(00)00116-x)
- Sainero, A., Del Valle, J. F., & Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 31(2), 472-480. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.182051>
- Santos, L., Rijo, D., & Pinheiro, M.R. (2020). Manual do programa de treino da mente compassiva com cuidadores de jovens em acolhimento residencial. Manuscrito não publicado.
- Santos, L., Sousa, R., Pinheiro, M.R., & Rijo, D. (2020). Development and validation of the Current Experiences of Warmth and Safeness Scale in community and residential care adolescents. Manuscript submitted to *Child Psychiatry & Human Development*.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>
- Seti, C. L. (2008). Causes and treatment of burnout in residential child care workers: A review of the research. *Residential Treatment For Children & Youth*, 24(3), 197-229. <https://doi.org/10.1080/08865710802111972>
- Sillick, T. J., & Schutte, N. S. (2006). Emotional intelligence and self-esteem mediate between perceived early parental love and adult happiness. *E-Journal of Applied Psychology*, 2(2), 38-48. <https://doi.org/10.7790/ejap.v2i2.71>
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D., & Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 883-899. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.01.004>
- Smith, D. K., Stormshak, E., Chamberlain, P., & Bridges Whaley, R. (2001). Placement disruption in treatment foster care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9(3), 200-205. <https://doi.org/10.1177/106342660100900306>
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2010). Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Development*, 81(1), 212-223. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01390.x>

- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Pearson Higher Ed.
- Tomasulo, D. J., & Razza, N. J. (2007). Posttraumatic stress disorder. In *Diagnostic manual-intellectual disability: A clinical guide for diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability* (pp. 215-224). National Association for the Dually Diagnosed (NADD) Press.
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71(1), 164-172. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00130>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Welford, M., & Langmead, K. (2015). Compassion-based initiatives in educational settings. *Educational and Child Psychology*, 32(1), 71-80.
- Zerach, G. (2013). Compassion fatigue and compassion satisfaction among residential child care workers: The role of personality resources. *Residential Treatment For Children & Youth*, 30(1), 72-91. <https://doi.org/10.1080/0886571x.2012.761515>

Anexos

Anexo A: Consentimento informado dos jovens maiores de 18 anos

Anexo B: Consentimento informado dos jovens menores

Anexo C: Consentimento informado do Diretor Técnico da casa de acolhimento

Anexo D: Conteúdos e objetivos do Treino da Mente Compassiva

Anexo A

Caro(a) jovem,

O estudo de eficácia do Programa de Treino da Mente Compassiva destinado a cuidadores, insere-se no projeto de doutoramento em Psicologia intitulado “Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores” (SFRH/BD/132327/2017), desenvolvido por Laura Santos no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo e da Professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro. Este estudo insere-se ainda na dissertação de mestrado “Treino da Mente Compassiva com cuidadores no acolhimento residencial de jovens em risco: Resultados de um ensaio clínico a partir da perceção de mudança pelos jovens”, para conclusão do Mestrado Integrado em Psicologia lecionado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, realizada pela mestranda Filipa Ferreira, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo.

O presente estudo tem como objetivo o desenvolvimento, implementação e estudo de eficácia de um programa estruturado de Treino da Mente Compassiva destinado a cuidadores, e avaliar o seu impacto na qualidade dos processos e das práticas de prestação de cuidados no acolhimento residencial, na perspetiva das equipas e dos jovens.

Para o efeito, será necessário aplicar um conjunto de questionários de autorresposta que abordam questões sobre emoções, a forma de pensar e a forma de reagir a situações do dia a dia, a jovens dos 12 aos 25 anos em situação de acolhimento residencial. A recolha de dados será realizada pela doutoranda, que apresenta experiência prévia em contexto residencial, com a colaboração da mestranda. Prevê-se que os dados sejam recolhidos em cinco momentos distribuídos por um período de 12 meses.

A participação no estudo apresenta carácter voluntário, pelo que poderá ser interrompida a qualquer momento sem prejuízos para o/a participante. Será assegurado o anonimato e total confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que os mesmos serão utilizados exclusivamente nos projetos referidos.

Poderás contactar a investigadora para qualquer esclarecimento adicional.

Agradecemos desde já pela tua colaboração.

A Doutoranda

A Mestranda

O Orientador

A Orientadora

Laura Santos
C.P.012266
Ordem dos Psicólogos Portugueses

Filipa Ferreira
Aluna do Mestrado Integrado em
Psicologia

Daniel Rijo
Professor Auxiliar
Universidade de Coimbra

Maria do Rosário Pinheiro
Professora Auxiliar
Universidade de Coimbra

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado(a) _____

Estou de acordo em participar no estudo de eficácia do Programa de Treino da Mente Compassiva destinado a cuidadores, inserido no projeto de doutoramento em Psicologia, intitulado “Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores” (SFRH/BD/132327/2017), desenvolvido por Laura Santos no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo e da Professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro; e no projeto de Mestrado Integrado em Psicologia, intitulado “Treino da Mente Compassiva com cuidadores no acolhimento residencial de jovens em risco: Resultados de um ensaio clínico a partir da perceção de mudança pelos jovens”, desenvolvido pela aluna Filipa Ferreira na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo.

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo, e concedida a possibilidade de colocar questões e esclarecer todos os aspetos que me pareceram pertinentes.

Foi-me garantido que a minha identidade não será revelada e que os dados permanecerão confidenciais e utilizados exclusivamente para fins dos presentes projetos de investigação. Concordo que os dados sejam analisados pelas investigadoras em questão para fins dos projetos acima referidos.

O(A) jovem

A Doutoranda

A Mestranda

O Orientador

A Orientadora

 Laura Santos
 C.P.012266
 Ordem dos Psicólogos Portugueses

 Filipa Ferreira
 Aluna do Mestrado Integrado em
 Psicologia

 Daniel Rijo
 Professor Auxiliar
 Universidade de Coimbra

 Maria do Rosário Pinheiro
 Professora Auxiliar
 Universidade de Coimbra

Anexo B

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado(a) _____

Estou de acordo em participar no estudo de eficácia do Programa de Treino da Mente Compassiva destinado a cuidadores, inserido no projeto de doutoramento em Psicologia, intitulado “Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores” (SFRH/BD/132327/2017), desenvolvido por Laura Santos no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo e da Professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro; e no projeto de Mestrado Integrado em Psicologia, intitulado “Treino da Mente Compassiva com cuidadores no acolhimento residencial de jovens em risco: Resultados de um ensaio clínico a partir da perceção de mudança pelos jovens”, desenvolvido pela aluna Filipa Ferreira na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo.

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo, e concedida a possibilidade de colocar questões e esclarecer todos os aspetos que me pareceram pertinentes.

Foi-me garantido que a minha identidade não será revelada e que os dados permanecerão confidenciais e utilizados exclusivamente para fins dos presentes projetos de investigação. Concordo que os dados sejam analisados pelas investigadoras em questão para fins dos projetos acima referidos.

O(A) jovem

A Doutoranda

A Mestranda

O Orientador

A Orientadora

 Laura Santos
 C.P.012266
 Ordem dos Psicólogos Portugueses

 Filipa Ferreira
 Aluna do Mestrado Integrado em
 Psicologia

 Daniel Rijo
 Professor Auxiliar
 Universidade de Coimbra

 Maria do Rosário Pinheiro
 Professora Auxiliar
 Universidade de Coimbra

Anexo C

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a) Técnico(a) do(a) _____,

O estudo de eficácia do Programa de Treino da Mente Compassiva destinado a cuidadores, insere-se no projeto de doutoramento em Psicologia, intitulado “Mentalidade afiliativa no acolhimento residencial de jovens: Implementação e estudos de eficácia de um programa de treino da mente compassiva com cuidadores” (SFRH/BD/132327/2017), desenvolvido por Laura Santos no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo e da Professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro. Este estudo insere-se ainda na dissertação de mestrado “Treino da Mente Compassiva com cuidadores no acolhimento residencial de jovens em risco: Resultados de um ensaio clínico a partir da perceção de mudança pelos jovens”, para conclusão do Mestrado Integrado em Psicologia lecionado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, realizada pela mestrandia Filipa Ferreira, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Rijo.

O presente estudo tem como objetivo o desenvolvimento, implementação e estudo de eficácia de um programa estruturado de Treino da Mente Compassiva destinado a cuidadores, e avaliar o seu impacto na qualidade dos processos e das práticas de prestação de cuidados no acolhimento residencial, na perspetiva das equipas e dos jovens.

Para o efeito, será necessário aplicar um conjunto de questionários de autorresposta a adolescentes dos 12 aos 25 anos em situação de acolhimento residencial.

Para a concretização deste estudo solicitamos a sua autorização para a participação dos(as) jovens que se encontram acolhidos no(a) _____, por si dirigido(a). A participação dos/das jovens requer o preenchimento de um conjunto de questionários de autorresposta que abordam questões sobre emoções, a forma de pensar e a forma de reagir a situações do dia a dia. A recolha de dados será realizada pela doutoranda, que apresenta experiência prévia com adolescentes em contexto residencial, com a colaboração da mestrandia. Prevê-se que os dados sejam recolhidos em cinco momentos distribuídos por um período de 12 meses.

A participação no estudo apresenta carácter voluntário, pelo que poderá ser interrompida a qualquer momento sem prejuízos para o/a participante. Será assegurado o anonimato e total confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que os mesmos serão utilizados exclusivamente no projeto referido.

Mais informo que este projeto mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Poderá contactar a investigadora para qualquer esclarecimento adicional.

Agradecemos desde já pela sua colaboração.

A Doutoranda

A Mestranda

O Orientador

A Orientadora

Laura Santos
C.P.012266
Ordem dos Psicólogos Portugueses

Filipa Ferreira
Aluna do Mestrado Integrado em
Psicologia

Daniel Rijo
Professor Auxiliar
Universidade de Coimbra

Maria do Rosário Pinheiro
Professora Auxiliar
Universidade de Coimbra

Anexo D

Tabela D1

Conteúdos e objetivos do Treino da Mente Compassiva

Sessões	Conteúdos
1. Humanidade Comum	Apresentação da estrutura e objetivos do programa, e definição de regras para a criação de um ambiente seguro. Reconhecimento da universalidade do sofrimento humano, compreensão do conceito de compaixão e reconhecimento da compaixão como motivação pessoal. Reconhecimento das causas e impacto da fadiga de compaixão.
2. Uma Mente Evolucionariamente Determinada	Iniciação ao treino de <i>mindfulness</i> . Reconhecimento do funcionamento da mente como resultado de fatores evolucionários, genéticos e sociais. Identificação das funções do "cérebro velho" e "cérebro novo" e dificuldades associadas ao conflito entre ambos. Compreensão do princípio "não tenho culpa, mas tenho responsabilidade".
3. Modelo de Regulação do Afeto: "As Cores da Mente"	Compreensão dos três sistemas de regulação do afeto, e aplicação do modelo a si e ao seu contexto de trabalho. Compreensão das dificuldades associadas ao desequilíbrio dos três sistemas.
4. Situações de Ameaça: "Alerta Vermelho"	Compreensão do funcionamento e das respostas do Sistema de Defesa-Ameaça. Distinção entre ameaças internas e externas e identificação de ameaças na rotina na casa de acolhimento, tanto para os cuidadores como para os jovens. Identificação das funções e consequências do autocrítico. Análise das estratégias de <i> coping </i> com a ameaça no local de trabalho.
5. Sistema de Procura: "Para Onde Nos Leva o Azul?"	Compreensão do funcionamento do Sistema de Procura, e identificação dos seus "perigos". Reconhecimento das características e consequências da "mentalidade competitiva". Distinção entre vergonha e culpa.
6. Sistema de Afiliação e Apaziguamento: "Verde Apaziguador"	Compreensão do funcionamento e das respostas do Sistema de Afiliação e Apaziguamento. Compreensão das estratégias para a sua ativação. Identificação da relação entre a vinculação e este sistema. Reconhecimento da importância da mentalidade afiliativa no acolhimento e das necessidades de calor e segurança dos jovens.

Tabela D1 (continuação)*Conteúdos e objetivos do Treino da Mente Compassiva*

Sessões	Conteúdos
7. Compaixão	Identificação dos atributos, competências e fluxos da compaixão. Treino das competências compassivas.
8. Medos, Bloqueios e Resistência à Compaixão	Reconhecimento dos bloqueios e resistência associados a cada um dos fluxos de compaixão. Identificação de medos, bloqueios e resistência à compaixão no funcionamento da Casa de Acolhimento. Comparação de um funcionamento autocrítico com autocompassivo.
9. Desenvolver Compaixão pelo Outro	Identificação das qualidades do "eu compassivo". Estimulo do "eu cuidador e compassivo". Prática de dar compaixão ao outro.
10. Desenvolver Autocompaixão	Reconhecimento da tendência para ser autocrítico. Reconhecimento da existência de múltiplos "eus". Treino de dar compaixão a si.
11. Receber Compaixão do Outro	Reconhecimento da necessidade de receber compaixão. Estimular a imagem do "eu compassivo". Prática de receber compaixão.
12. Construir uma Casa de Acolhimento Compassiva	Síntese das aprendizagens ao longo do Treino da Mente Compassiva. Revisão das conclusões redigidas no "Muro da Compaixão". Avaliação do progresso nos sistemas de regulação de afeto nos cuidadores. Definição de estratégias para promover um ambiente compassivo na Casa de Acolhimento.