

**A Resiliência e a Auto-Estima de um Grupo de Jovens em Risco:
Proposta de Terapia Assistida por Animais**

Dissertação de Mestrado
Universidade Fernando Pessoa
2010

Ana Rita Barata do Amaral Peixoto Ribeiro

Errata

p. 16, l. 16

Onde se lê: “associados com um risco”, **deve ler-se:** “associados a um risco”;

p. 19, l. 7

Onde se lê: “resiliência à adversidade”, **deve ler-se:** “resiliência face à adversidade”;

p. 20, ls.22-23

Onde se lê: “primários podem ser determinantes a proteger”, **deve ler-se:** “primários e como eles podem ser determinantes para proteger”;

p. 25, l. 12

Onde se lê: “aparência, competência, resistências”, **deve ler-se:** “aparência”;

p. 41, l. 22

Onde se lê: “A AAT”, **deve ler-se:** “ A TAA”;

p. 53, l. 18

Onde se lê: “a ASZF em causa é”, **deve ler-se:** “A ASZF é”;

p. 57, l. 8-10

Onde se lê: “Foram também analisadas (...) significância estatística.”, **deve suprimir-se a frase;**

p. 57, Tabela 6:

A variável “Vontade de ter um animal de estimação” **deve ser suprimida;**

p. 57, l. 11

Onde se lê: “sexo, reprovação e animais de estimação”, **deve ler-se:** “sexo, reprovação, animais de estimação e vontade de ter um animal de estimação”;

p. 58, entre as ll. 3 e 4

Deve acrescentar-se: “Relativamente à análise das respostas à pergunta «Se não tens animais de estimação, gostarias de ter?» os indivíduos que demonstraram vontade de ter um animal de estimação, obtiveram níveis mais elevados de resiliência, embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas.”;

p. 58, Tabela 7:

A variável “Vontade de ter um animal de estimação” **deve ser acrescentada:**

Tabela 7.
Resiliência em função de variáveis sócio-demográficas (N=32)

		Resiliência				
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Vontade de ter um animal de estimação	Sim	12	8,17	16,000	-0,290	0,772
	Não	3	7,33			

p. 60, l. 6-8

Onde se lê: “O mesmo acontece com as variáveis ano de escolaridade e vontade de ter um animal de estimação [em casa], em que foi obtida uma correlação positiva fraca, sem significância estatística.”, **deve ler-se** “O mesmo acontece com a variável ano de escolaridade, em que foi obtida uma correlação positiva fraca, sem significância estatística.”;

p. 60, Tabela 10:

A variável “Vontade de ter um animal de estimação” **deve ser suprimida**;

p. 60, l.11

Onde se lê: “variáveis sexo, reprovação e animais de estimação”, **deve ler-se:** “variáveis sexo, reprovação, animais de estimação e vontade de ter um animal de estimação”;

p. 61, entre as ll. 9 e 10

Deve acrescentar-se: “Quanto à variável vontade de ter um animal de estimação, os indivíduos que afirmaram não ter vontade de ter um animal de estimação obtiveram níveis mais elevados de auto-estima, embora tais diferenças não sejam estatisticamente significativas.”;

p. 61, l. 11

Onde se lê: “variáveis sexo, reprovação e animais de estimação”, **deve ler-se:** “variáveis sexo, reprovação, animais de estimação e vontade de ter um animal de estimação”;

p. 61, Tabela 11:

A variável “Vontade de ter um animal de estimação” **deve ser acrescentada**:

Tabela 11.
Auto-estima em função de variáveis sócio-demográficas (N=32)

		Auto-estima				
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Vontade de ter um animal de estimação	Sim	12	7,54	12,500	-0,809	0,418
	Não	3	9,83			

p. 68, l. 2

Onde se lê: “variáveis sexo, reprovação e animais de estimação”, **deve ler-se:** “variáveis sexo, reprovação, animais de estimação e vontade de ter um animal de estimação”.

Ana Rita Barata do Amaral Peixoto Ribeiro

A Resiliência e a Auto-Estima de um Grupo de Jovens em Risco:
Proposta de Terapia Assistida por Animais

Universidade Fernando Pessoa
Porto
2010

Ana Rita Barata do Amaral Peixoto Ribeiro

A Resiliência e a Auto-Estima de um Grupo de Jovens em Risco:
Proposta de Terapia Assistida por Animais

Universidade Fernando Pessoa
Porto
2010

Ana Rita Barata do Amaral Peixoto Ribeiro

A Resiliência e a Auto-Estima de um Grupo de Jovens em Risco:
Proposta de Terapia Assistida por Animais

Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde.

Dedicatória

À minha mãe, por tudo, sempre.

Não consigo medir o orgulho que tenho em ser tua filha, obrigada por me ajudares a tornar na pessoa que sou hoje.

Como tu dirias: as palavras que não chegam.

À memória do meu avô.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Professora Doutora Rute Meneses, que me acompanhou durante todo este processo. Pelo saber que me transmitiu, pelo cuidado extremo na sua leitura deste trabalho, o meu obrigada.

Agradeço também ao Espaço t, e em particular à Dra. Carla Alves, minha supervisora de estágio, pelo apoio que me deu ao longo do mesmo e de todo o processo de recolha de dados. Por toda a simpatia e por me fazer sentir parte da equipa, obrigada!

Agradeço à Associação de Solidariedade da Zona das Fontainhas, na pessoa da Dra. Cristiana Fonseca, pela disponibilidade incansável. Agradeço ainda a todos os jovens que acederam a participar neste estudo, e sem os quais ele não seria possível.

Agradeço ao Professor Doutor Paulo Jorge Santos, responsável pela validação da Escala de auto-estima de Rosenberg pela pronta disponibilidade e também à Professora Doutora Gail Wagnild, autora da Resilience Scale, pela atenção e simpatia, e à Dra. Cristiana Felgueiras, responsável pela validação da mesma, pela prontidão em responder a todas as minhas questões.

Agradeço à Professora Doutora Gabriela Moita, pelo apoio e pelas palavras de força que me deu.

Agradeço à Catarina e à Cristiana por todas as conversas e pela ajuda que me prestaram ao longo deste percurso.

À Ana, Cristina, Rosário, Aninhas e Raul, amigos incansáveis – obrigada por tudo.

Agradeço também à minha avó, ao meu pai, à Lindinha e à minha irmã Catarina, por fazerem parte da minha vida.

Se não eu por mim, quem por mim ?
Se eu for só por mim, quem sou eu?
Se não for agora, quando?
Se não com os outros, como?

Adrienne Rich, 1993

Resumo

Foi objectivo analisar os níveis de auto-estima e de resiliência numa amostra de jovens em risco, estudar a relação entre estas variáveis e perceber a opinião desta amostra em relação à aplicação da Terapia Assistida por Animais (TAA). Para a concretização destes objectivos, procedeu-se à administração do protocolo de avaliação, constituído por um questionário sócio-demográfico, pela Escala de Auto-estima de Rosenberg e pela Resilience Scale, a 32 sujeitos, sendo 65,2% do sexo feminino ($n=20$), com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos de idade ($M=15,91$; $DP=0,856$).

Os resultados descritivos permitiram perceber que, em média, os níveis de auto-estima desta amostra são baixos e que os níveis de resiliência são moderados. Através da opinião da amostra escolhida pretendeu-se ainda avaliar a viabilidade de aplicação da TAA a um grupo de jovens em risco.

Em grande parte das análises efectuadas não se verificaram relações estatisticamente significativas, à excepção das variáveis opinião acerca de TAA e sexo, e opinião acerca da TAA e vontade de ter animais, nas quais se constatou existir relação.

Palavras-chave: Resiliência, Auto-estima, jovens em risco, terapia assistida por animais.

Abstract

The purpose of this study was to analyse the levels of self-esteem and resilience in a group of at-risk youth, the study of the relationship between these variables and the understanding of this samples' opinion about Animal-Assisted Therapy (AAT). For the accomplishment of these goals an evaluation protocol, consisting of a socio-demographic questionnaire, the Rosenberg Self-esteem Scale and the Resilience Scale was administered to 32 subjects, of which 65,2% were female (n=20), with ages between 15 and 18 years of age ($M=15,91$; $DP=0,856$).

The descriptive results of this study show that, on average, the levels of self-esteem are low and the levels of resilience are moderate.

In the majority of the analysis, statistically significant correlations were not found, with exception to the variables opinion about AAT and gender, and opinion about ATT and willingness to own pets, where a relationship was found.

Key-words: Resilience, Self-esteem, at-risk youth, Animal-assisted therapy

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo I – Jovens potencialmente em risco	5
Capítulo II – Resiliência	8
2.1 Factores determinantes na resiliência	8
2.2 Definição de resiliência	15
Capítulo III – Auto-estima.....	22
3.1 Definição de auto-estima	22
3.2 Factores determinantes da auto-estima.....	28
Capítulo IV – Terapia Assistida por Animais	33
4.1 Definição e objectivos	33
4.2 Limitações, contra-indicações e benefícios	40
Capítulo V – Estudo Empírico.....	45
5.1 Objectivos e variáveis do estudo	45
5.2 Método	46
5.2.1 Participantes	46
5.2.2 Material.....	48
5.2.3 Procedimento	53
5.3 Resultados e discussão	54
Capítulo VI – Conclusão	70
Referências bibliográficas	74

Índice de Abreviaturas

AAA – Actividade Assistida por Animais

ASZF – Associação de Solidariedade da Zona das Fontainhas

IAA – Intervenção Assistida por Animais

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

RS – Resilience Scale

RSES – Rosenberg Self-esteem Scale

TAA – Terapia Assistida por Animais

Índice de Figuras

Figura 1 – A balança do equilíbrio

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sócio-demográfica da Amostra

Tabela 2 – Construção dos Itens acerca da Opinião sobre a Terapia Assistida por Animais

Tabela 3 – Descrição da Resiliência na Amostra

Tabela 4 – Identificação de Sub-grupos, tendo em consideração os Valores Superiores e Inferiores de Resiliência e o sexo

Tabela 5 – Descrição dos factores da Resilience Scale

Tabela 6 – Correlação entre Resiliência e variáveis sócio-demográficas

Tabela 7 – Resiliência em função de variáveis sócio-demográficas

Tabela 8 – Descrição da Auto-estima na Amostra

Tabela 9 – Identificação de Sub-grupos, tendo em consideração os Valores Superiores e Inferiores da Auto-estima e o Sexo

Tabela 10 – Correlação entre a Auto-estima e variáveis sócio-demográficas

Tabela 11 – Auto-estima em função de variáveis sócio-demográficas

Tabela 12 – Identificação de Sub-grupos, tendo em consideração os Valores Superiores e Inferiores de Resiliência e Auto-estima e o Sexo

Tabela 13 – Correlação entre Resiliência e Auto-estima

Tabela 14 – Comparação da Auto-estima dos dois grupos constituídos em função da sua Resiliência

Tabela 15 – Opinião acerca de animais de estimação na ASZF

Tabela 16 – Opinião acerca da TAA em função de idade e ano de escolaridade

Tabela 17 – Opinião acerca da TAA em função de número de animais de estimação

Tabela 18 – Opinião acerca da TAA em função de variáveis sócio-demográficas

Introdução

Num mundo globalizado em que, não obstante os avanços tecnológicos, as desigualdades entre os povos e entre os grupos sociais parecem ser, ironicamente, cada vez mais acentuadas, torna-se fundamental dar apoio àqueles que têm menos visibilidade ou que sofrem amiúde o estigma da minoridade social. É necessário, pois, criar programas que forneçam ferramentas aos grupos sociais mais desfavorecidos, de forma a promover o seu pleno desenvolvimento e bem-estar emocional e psicológico. É em torno destas preocupações que o presente estudo se baseia.

No âmbito da realização do seu estágio curricular, a autora desta investigação trabalhou num projecto intitulado Crescer & Saber, englobado no Programa Escolhas, um programa a nível nacional financiado pelo Ministério da Educação, Segurança Social, União Europeia, entre outros. Este programa visa a promoção da inclusão social de crianças e jovens provindos de contextos socio-económicos desfavorecidos e problemáticos, numa lógica de solidariedade e justiça social, prevendo a aplicação de quatro grandes medidas: medida I: “Inclusão escolar e educação não-formal”; medida II: “Formação profissional e empregabilidade”; medida III: “Participação cívica e comunitária”; medida IV: “Inclusão digital”. Não descurando a relevância das quatro medidas, entendeu-se que os objectivos do actual estudo se enquadravam melhor na primeira e na terceira medidas. Se a primeira medida do programa Escolhas – “Inclusão escolar e educação não-formal” – prevê, entre outras, a promoção de acções de educação não-formal que favoreçam a aquisição de competências pessoais e sociais (promovendo o sucesso educativo), a terceira medida deste Programa – “Participação cívica e comunitária” – prevê o desenvolvimento de espaços criativos e inovadores que permitam dinamizar actividades ocupacionais facilitadoras de integração comunitária e do desenvolvimento de competências pessoais e sociais (Programa Escolhas, 2009). Desta forma, e tendo em conta o contacto com uma população parceira do consórcio do Projecto Crescer & Saber, a Associação de Solidariedade da Zona das Fontainhas (ASZF), uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) da zona do centro do Porto, é opinião da autora que é importante a aposta em estratégias alternativas de intervenção.

É essencial que os programas destinados às crianças e jovens em risco incidam não só sobre os factores de risco (como acontecia com muitos programas mais antigos), mas também sobre os factores de protecção, tanto a nível do indivíduo e da família como a nível da escola, do grupo de colegas e da comunidade (através da criação de novos serviços ou de diversas redes de apoio) (Fonseca, 2004). Não basta tentar reduzir o número de factores de risco a que um indivíduo se vê exposto (Fonseca, 2004). Importa também ajudá-lo a desenvolver novas competências e utilizar eficazmente os recursos já disponíveis no seu meio (Fonseca, 2004).

Mais fundamental se torna ainda intervir na população de crianças e jovens em risco, visto que as crianças que vivem em ambientes com fontes de *stress* múltiplas e crónicas têm mais probabilidades de exibirem comportamentos de risco numa idade mais jovem (Aronowitz, 2005). Por isso, os programas de intervenção devem promover igualmente o desenvolvimento de mecanismos de protecção que contribuam para tornar os indivíduos mais resilientes, pois a evolução positiva ou negativa dependerá do equilíbrio, nem sempre estável ou definitivo, entre o número de factores de risco e o número de factores de protecção a que o indivíduo se encontra exposto (Fonseca, 2004).

A motivação que conduziu à realização do estudo apresentado teve, pois, como matriz orientadora a integração nestes programas da promoção da resiliência e da auto-estima, sendo que a proposta desta autora é consegui-lo através da aplicação da Terapia Assistida por Animais (TAA), uma área ainda emergente em Portugal, mas que já provou a sua relevância internacionalmente em diferentes níveis de intervenção (cf. Capítulo III). E porque se gostaria que este trabalho pudesse servir como contribuição a nível teórico e a nível prático para a implementação de um programa terapêutico inovador, a TAA tornou-se uma das variáveis do estudo que aqui se apresenta, podendo enquadrar-se no âmbito de qualquer uma das duas medidas acima referidas do Programa Escolhas.

Em linhas gerais, os objectivos deste trabalho são avaliar a auto-estima e a resiliência numa amostra de jovens em risco, estudar a relação entre estas duas variáveis e averiguar a opinião desta amostra em relação à aplicação da TAA. Para tal, foram utilizados três questionários de auto-resposta. Dois deles existem já: o Resilience Scale, um questionário destinado a avaliar a resiliência, cuja autorização foi obtida junto de

uma das autoras da escala original e da sua tradutora e responsável pela validação para a população portuguesa; e a Escala de Auto-estima de Rosenberg, um questionário destinado a avaliar a auto-estima global, cujo tradutor, e também responsável pela sua validação para a população portuguesa, o disponibilizou para ser aqui utilizado. Um terceiro questionário aplicado neste estudo foi construído pela sua autora, com o objectivo de aceder aos dados sócio-demográficos da amostra e à opinião desta em relação à TAA.

O estudo utiliza uma metodologia quantitativa e a amostra utilizada é do tipo não probabilístico, por conveniência da investigadora, sendo que os dados foram recolhidos no local de estágio.

Assim, este trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos, sendo os quatro primeiros de natureza teórica e o último de natureza empírica.

No primeiro capítulo, “Jovens potencialmente em risco”, aborda-se o conceito de jovem, revendo brevemente a literatura no que diz especificamente respeito aos jovens em risco. No segundo capítulo, “Resiliência”, que está dividido em dois subcapítulos (“Factores determinantes de resiliência” e “Conceitos de resiliência”), começa-se por explicar os factores que determinam a resiliência – os factores de risco e os factores de protecção. Segundo a literatura encontrada, estes factores estão inerentemente ligados às definições de resiliência, não sendo possível discutir os vários conceitos de resiliência sem primeiro falar dos factores que a determinam. Por isso, só no segundo subcapítulo se explanam vários conceitos de resiliência. No terceiro capítulo, “Auto-estima”, dividido em dois subcapítulos (“Definição de auto-estima” e “Factores determinantes da auto-estima”), abordam-se os diferentes conceitos de auto-estima, procedendo-se depois ao desenvolvimento de alguns factores que podem contribuir para a promover. No quarto capítulo, “Terapia Assistida por Animais, dividido em quatro subcapítulos (“Definições e objectivos da TAA”, “Limitações e contra-indicações da TAA”, “Benefícios da TAA” e “O panorama português”), diferenciam-se as intervenções assistidas por animais, explanando-se os seus fins; referem-se ainda as limitações que alguma literatura lhes aponta e os benefícios que estas terapias podem trazer; e, de forma sucinta, aponta-se a quase ausência deste tipo de terapias no panorama nacional. O quinto capítulo (“Estudo empírico”), composto pelo “Método”, desenvolve os

objectivos, os participantes, o material e o procedimento do presente estudo. Finalmente, no sexto capítulo analisam-se e discutem-se os resultados da análise efectuada.

Capítulo I – Jovens potencialmente em risco

O conceito de jovem tem sido amplamente definido e discutido. Como Sposito (1997) afirma a própria definição da categoria juventude encerra um problema sociológico passível de investigação, na medida em que os critérios que a constituem são históricos e culturais. Assim, embora haja um reconhecimento tácito na maior parte das análises em torno da condição de transitoriedade como elemento importante para a definição do jovem — transição da heteronomia da criança para a autonomia do adulto — o modo como se dá esta transição, a sua duração e suas características dependem das formas de abordagem dos estudos que tradicionalmente se dedicam ao tema (Sposito, 1997).

Em 1985, por ocasião do Ano Internacional da Juventude, a Assembleia-geral da Organização das Nações Unidas considerou como jovens todas as pessoas entre os 15 e os 24 anos (Franco, 2007). Segundo Camarano (2003, citado por Franco, 2007), este espectro etário é definido desta forma visto que as entradas e saídas desta fase coincidem com importantes períodos de transição no ciclo de vida. O limite inferior (15 anos) considera a idade em que já estão desenvolvidas as funções sexuais e reprodutivas, que diferenciam o adolescente da criança e se repercutem física, biológica e psicologicamente. O limite superior (24 anos) diz respeito ao momento em que os indivíduos normalmente concluem o ciclo da educação formal, passam a fazer parte do mercado de trabalho e constituem as suas próprias famílias, podendo falar-se, assim, de forma simplificada, da transição para a vida adulta (Camarano, 2003, citado por Franco, 2007).

Apesar da extensa bibliografia disponível acerca do conceito de crianças e jovens em risco, este continua a sofrer de alguma ambiguidade (Gross & Capuzzi, 2000, citado por Fonseca, 2004). Valerá a pena referir alguma literatura sobre o assunto.

Fonseca (2004) considera o conceito de crianças e jovens em risco como “sinónimo de crianças e jovens em dificuldades ou com múltiplos problemas que, em consequência dessa situação, podem ver o seu desenvolvimento normal ou o seu nível de adaptação social seriamente comprometidos” (p. 12).

Anaut (2005) define crianças e jovens em risco como indivíduos que, por um lado, apresentam disposições genéticas e de personalidade específicas e, por outro, vivem num contexto ambiental marcado pela pobreza, pela violência e, entre outros, pela inadequação das relações parentais. Isto será explicado mais pormenorizadamente aquando da definição de risco (cf. Capítulo II).

Visto o conceito de crianças e jovens em risco ser tão abrangente, Fonseca (2004) coloca algumas questões importantes a este respeito. A mais pertinente, na opinião da autora deste estudo, será se as características e comportamentos tão diversos incluídos nesta definição têm a mesma causa ou apresentam o mesmo tipo de reacção face a diferentes intervenções. O autor prossegue, definindo dois tipos de visão do conceito de crianças e jovens em risco: a visão atomista e a concepção globalista. Assim sendo, e passa a explicar, se se adoptar uma visão atomista deste conceito, isso levará a elaborar-se programas diferenciados, ao nível da intervenção, para cada grupo de problemas.

Como Fonseca (2004, p. 14) continua a explicar, “a expressão crianças e jovens em risco refere-se a um grupo que tem uma probabilidade elevada de apresentar um padrão de desenvolvimento problemático ou indesejado, segundo um ou vários parâmetros”. Assim sendo, uma criança ou um jovem em risco partilha com um grupo uma determinada probabilidade de ocorrência futura de algum tipo de acontecimento ou de determinada evolução que é superior à probabilidade da população geral. De qualquer modo, e como refere o autor supracitado, esta evolução negativa, a médio ou a longo prazo, não é directa nem linear, indo antes depender do número de factores de risco a que o indivíduo se encontra exposto, bem como dos factores de protecção de que este poderá beneficiar.

No caso de jovens em situação de risco social e pessoal, os efeitos cumulativos (que envolvem mudanças frequentes) ou o simples facto de haver risco (estabilidade) pode influenciar o desenvolvimento e o seu ajustamento psicológico (Amparo, Galvão, Cardenas & Koller, 2008).

Pode assim resumir-se que a definição de jovens em risco implica jovens cujas situações de vida os colocam em perigo de virem a experienciar acontecimentos negativos futuros. Estes jovens têm características pessoais ou ambientais que prevêm o início,

continuidade ou agravamento de problemas comportamentais (Amparo et al., 2008; Smith, 2006). Esta última definição, na opinião da autora deste estudo é a que mais se adequa para definir a amostra do estudo em questão.

Capítulo II – Resiliência

2.1 Factores determinantes da resiliência

Definir factores de risco e de protecção não é um processo simples, já que eles variam na forma como se apresentam e no impacto que têm sobre indivíduos específicos (Goldstein & Brooks, 2006). Adicionalmente, e de acordo com a bibliografia consultada, não é possível falar de resiliência sem falar de factores de risco e de factores de protecção, o que é conhecido por binómio risco/protecção.

De há alguns anos para cá, os estudos e práticas clínicas que se desenvolvem em torno do conceito de resiliência descentraram-se de uma abordagem essencialmente centrada nas insuficiências, isto é, de uma abordagem centrada apenas na vulnerabilidade e nos factores de risco, para se focarem nos recursos e nos factores de protecção individuais (ou familiares) (Anaut, 2005). O principal modelo de investigação vigente no sector da prevenção das inadaptações permaneceu, durante muito tempo, o da vulnerabilidade e dos factores de risco (Anaut, 2005).

A vulnerabilidade pode definir-se como “o estado de menor resistência perante factores nocivos e agressões e dá conta da variabilidade interindividual” (Anaut, 2005, p. 18). Evoca, ainda, as sensibilidades e as fraquezas do indivíduo e pode ser compreendida como uma capacidade (ou incapacidade) de resistência aos constrangimentos do meio ambiente, utilizando-se para designar indivíduos (ou grupos) considerados vulneráveis devido a determinadas predisposições, que podem ser genéticas, biológicas ou psicossociais (Anaut, 2005). Nas crianças e nos jovens, a vulnerabilidade pode revelar-se perante os factores de risco, mas é importante distinguir estes dois conceitos, pois a vulnerabilidade não se reduz ao confronto com estes (Anaut, 2005). De facto, “a noção de vulnerabilidade baseia-se na verificação de que crianças submetidas a factores de risco equivalentes se desenvolvem diferentemente” (Anaut, 2005, p. 19).

Remetendo, segundo Werner e Smith (1992, citados por Anaut, 2005), para a predisposição que a criança ou jovem possui em “desenvolver psicopatologias ou perturbações comportamentais susceptíveis de prejudicar a sua adaptação” (p. 22), a

vulnerabilidade, ao ser-lhe inerente, pode prejudicar a adaptação da criança ou do jovem, aumentando os efeitos dos factores de risco.

Ao longo da pesquisa efectuada foram encontradas inúmeras definições de factores de risco. Passa-se, agora, a uma breve exposição de literatura sobre este assunto.

Os primeiros estudos acerca do risco focavam-se no estudo de um único factor de risco (Masten & Powell, 2003). Contudo, constatou-se que em muitos casos há factores de risco que ocorrem juntamente com outros factores de risco, tornando-se numa sequência de experiências stressantes que se acumulam na vida ao longo do tempo (Masten & Powell, 2003).

Apesar de, tradicionalmente, os factores de risco serem definidos em termos estáticos como agentes de *stress* (e.g. pobreza, maus-tratos), hoje em dia, atenta-se na importância de analisar o conceito de factor de risco como um processo que envolve a quantidade de exposição aos factores de risco, ao seu período de duração, ao momento e ao contexto em que estes ocorrem (Engle, Castle, & Menon, 1996, citado por Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Neste sentido, a existência de um único risco isolado, que seja enfrentado e que gere adaptação ou superação, não permite identificar um(a) jovem como vulnerável (Pesce et al., 2004).

Para muitos autores, os factores de risco são indicadores de resultados negativos ou indesejados (Masten & Powell, 2003). Por exemplo, Wright e Masten (2006) definem factor de risco como uma característica mensurável num grupo de indivíduos ou situação que prevê um resultado negativo segundo critérios específicos. Um risco pode, no entanto, ser físico, social ou psicológico, advindo de causas internas e externas que podem causar danos relevantes, se não forem identificados e combatidos (Amparo, Galvão, Cardenas & Koller, 2008; Wright & Masten, 2006). As causas externas, geralmente, relacionam-se com as condições adversas do ambiente (como a pobreza, a violência e o desemprego) (Amparo, Galvão, Cardenas & Koller, 2008). As causas internas aparecem em jovens que podem, por exemplo, sofrer de depressão, apresentar baixa auto-eficácia e/ou problemas de aprendizagem, entre outros (Amparo, Galvão, Cardenas & Koller, 2008).

Garnezy (1996, citado por Anaut, 2005, p. 32), por sua vez, define factor de risco como um acontecimento ou uma condição orgânica ou ambiental que aumente a probabilidade de a criança ou o jovem desenvolver problemas emocionais ou de comportamento. Anaut (2005) alerta para o facto de estes problemas não resultarem directamente “de uma correlação linear com os factores de risco, visto que a inadaptação na criança e no jovem é multidimensional e tanto os factores de risco como os factores de protecção raramente aparecem isolados pois fazem parte de uma rede de inter-relações complexas” (p. 34). Fonseca (2004) e Seidman e Pedersen (2003) definem, pois, o conceito de factor de risco como todo e qualquer evento, situação, condição ou característica de uma criança ou adolescente que aumenta a probabilidade de ocorrência de outro fenómeno.

Finalmente, Rutter e Smith (1995) e Rutter (2000) (citados por Fonseca, 2004; Smith, Cowie & Blades, 2003) definem factores de risco como os factores que fazem com que seja mais provável o indivíduo desenvolver problemas face à adversidade, como a delinquência ou saúde mental precária. Estes podem ser agrupados segundo três categorias: os factores centrados na criança/jovem; os factores ligados à configuração familiar; e os factores socioambientais (Anaut, 2005). Assim, como exemplos de factores familiares são referidos a violência, o abuso, a negligência, as relações familiares discordantes, a doença crónica de um dos pais ou o falecimento de um familiar; como exemplos de factores psicossociais, são apontados a pobreza, as crises económicas, o desemprego, a habitação sobrelotada, a situação de migração, o isolamento relacional e o internamento de uma criança/jovem numa instituição; e como exemplos de factores individuais, são referidos a inteligência baixa, os danos cerebrais e a doença física crónica (Anaut, 2005; Smith et al., 2003).

É preciso ter em conta que é a constelação de factores de risco que pode tornar-se a fonte de risco e não um dos riscos por si só (Anaut, 2005). Jovens que vivenciem dois ou mais destes factores de risco têm mais probabilidade de desenvolver um problema de saúde mental do que outros jovens (Garnezy, 1991, citado por Anaut, 2005; Kumpfer & Summerhays, 2006; Seidman & Pedersen, 2003; Smith et al., 2003). Este risco acrescido devido à presença de múltiplos factores de risco, de múltiplas ocorrências do mesmo risco ou ao efeito cumulativo de adversidade recorrente, é designado por risco cumulativo (Wright & Masten, 2006).

Por outro lado, a nocividade atribuída aos indicadores de risco pode depender da proximidade ou não do factor de risco e dos mediadores que intervêm, seja para o minimizar, seja para amplificar a sua nocividade (Anaut, 2005). Assim, alguns riscos são de natureza distal (não actuam directamente sobre a criança ou só a afectam indirectamente), mas podem interagir através dos mediadores, ao passo que outros riscos actuam de forma proximal (com acção directa sobre a criança) (Anaut, 2005, p. 33). É de salientar, no entanto, que mesmo as crianças ou jovens em situação de grande vulnerabilidade, seja ela biológica, psíquica ou social, podem atingir níveis de adaptação ou desenvolvimento normais em vários domínios (Fonseca, 2004).

O processo de superação do risco tem sido amplamente estudado, procurando-se identificar os factores de protecção (Dell’Aglia, Koller, & Yunes, 2006, citados por Amparo, Galvão, Cardenas & Koller, 2008). São esses factores que serão explanados de seguida.

O estudo da resiliência utiliza diferentes abordagens para tentar identificar os factores que estão associados com a adaptação saudável das crianças e jovens em risco, tentando compreender os processos subjacentes aos indicadores da boa adaptação (Masten & Powell, 2003).

Desta forma, podem distinguir-se duas grandes abordagens para o conceito de resiliência: a abordagem centrada na variável e a abordagem centrada na pessoa (Masten & Powell, 2003). As abordagens centradas na variável estudam as ligações entre os conceitos de competência, adversidade e uma grande quantidade de factores de protecção indexadas por variáveis que descrevem diferenças entre crianças enquanto indivíduos e a natureza das suas relações com o mundo em que vivem (Masten & Powell, 2003). Dentro desta abordagem, foram testados, ao longo dos anos, diferentes modelos da resiliência (Masten & Powell, 2003). Os modelos de compensação sugerem que mais recursos, tais como mais elevadas competências parentais e intelectuais ou um melhor suporte social, podem contrariar os efeitos negativos dos riscos ou da adversidade, produzindo melhores resultados¹ (Masten & Powell, 2003). Os modelos de

¹ Ao longo deste capítulo, optou-se por traduzir o termo inglês *outcome* por resultado, no sentido de resultado desenvolvimental.

moderação procuram efeitos de interacção onde a variável funciona para alterar o impacto do risco ou adversidade no resultado, aumentando ou diminuindo a susceptibilidade individual para o carácter prejudicial do elemento de *stress*, ou protegendo a criança ou jovem dos efeitos da ameaça (Masten & Powell, 2003).

As abordagens centradas na pessoa focam-se na identificação de indivíduos que revelam os critérios da resiliência, cujas vidas e atributos são estudados, comparativamente a indivíduos inadaptados que têm os níveis de risco similares, mas que demonstram resultados marcadamente diferentes (Masten & Powell, 2003).

Como muitas vezes é difícil agir directamente sobre os factores de risco, como no caso do meio relacional (parentalidade, condições socio-económicas) e dos factores de origem interna (predisposição genética, aspectos cognitivos) (Anaut, 2005), torna-se necessário apostar na promoção dos factores de protecção do indivíduo, promovendo um equilíbrio entre risco-protecção.

Os factores de protecção são factores que protegem o indivíduo de desenvolver um problema, mesmo que o indivíduo enfrente adversidade ou factores de risco (Seidman & Pederson, 2003; Smith et al., 2003), modificando os efeitos da adversidade e permitindo-lhe desenvolver plenamente os seus recursos pessoais (Schoon & Bynner, 2003). Desta forma, os factores de protecção modificam a reacção à situação que apresenta o risco, ao reduzir o efeito do risco e as reacções negativas em cadeia (Rutter, 1990, citado por Anaut, 2005).

Garnezy (1985, citado por Anaut, 2005; Masten & Powell, 2003) conclui que a resiliência assenta em três tipos de factores de protecção: factores individuais (boas capacidades intelectuais, temperamento fácil, capacidade de reflexão e uma visão positiva do próprio); factores familiares (carinho, coesão, expectativas, envolvimento e atenção por parte dos pais ou principal prestador de cuidados); e factores de suporte para além da família (redes sociais de peso e boas escolas). Segundo Rutter (1990, citado por Anaut, 2005), estes três pólos de protecção favorecem a resiliência, porque melhoram a auto-estima e a auto-eficácia, abrindo novas possibilidades para o indivíduo.

Smith et al. (2003) exemplificam mais pormenorizadamente alguns factores de protecção: relações de apoio com adultos; acesso a bons equipamentos escolares; sentido de mestria; participação em actividades, desporto e outros interesses; ser membro de um grupo de pares não-desviante; ter uma família com número reduzido de membros; ter atributos pessoais (e.g., boa saúde, temperamento equilibrado, auto-estima positiva, inteligência, ou boas capacidades sociais); possuir recursos materiais (e.g., orçamento familiar adequado); partilhar de alguma afiliação religiosa.

Existem quatro funções principais que são atribuídas aos processos de protecção (Rutter, 1987). A primeira consiste em reduzir o impacto dos riscos, ou seja, em alterar a exposição do indivíduo à situação adversa, o que significa receber apoio afectivo por parte dos familiares ou, em contextos mais amplos, como a escola, dos professores e pares (Rutter, 1987). A segunda função consiste em reduzir as reacções negativas em cadeia que exponham o indivíduo à situação de risco, sendo suposto o indivíduo mobilizar os seus recursos pessoais, tais como o autoconhecimento e a autoconfiança (Rutter, 1987). A terceira função tem a ver com o estabelecimento e manutenção da auto-estima e da auto-eficácia, por meio do estabelecimento de relações de vinculação seguras e do cumprimento de tarefas com sucesso (Rutter, 1987). A última função consiste em criar soluções e oportunidades que revertam os efeitos do *stress* gerado (Rutter, 1987).

Anaut (2005), contudo, alerta para a relatividade das variáveis da protecção, advogando que o valor protector de uma característica depende do seu grau de desenvolvimento. Esta autora dá como exemplo a auto-estima que pode tornar um indivíduo que a tenha sobredesenvolvida arrogante e antipático, o que, por sua vez, é passível de prejudicar a sua adaptação social, tornando-se até um factor de risco, contrariando o funcionamento resiliente.

É preciso ter em conta, no entanto, que estes factores estão correlacionados com o sucesso em geral, tanto em condições de baixa adversidade como em condições de alto risco, fazendo com que estas qualidades funcionem então como recursos que têm o potencial para contrabalançar a adversidade (Masten & Powell, 2003) num modelo de compensação, em que as vantagens superam os riscos, como já explicado anteriormente.

Em dois estudos longitudinais efectuados na Grã-Bretanha por Ingrid Schoon e colaboradores, o primeiro a partir de 1958 e o segundo a partir de 1970, os investigadores obtiveram conclusões interessantes acerca do risco e da adversidade (Schoon & Bynner, 2003). Demonstraram que nascer numa família desfavorecida aumentava a probabilidade de acumular riscos associados com esse desfavorecimento (Schoon & Bynner, 2003). A experiência de desfavorecimento mina a adaptação individual e este efeito prejudicial é continuado no futuro, sendo que experiências subsequentes de adversidade parecem contribuir para a deterioração do ajustamento já reduzido (Schoon & Bynner, 2003).

Schoon e Bynner (2003) fazem notar que se o ajustamento individual já tiver sido enfraquecido de algum modo numa idade precoce, torna-se cada vez mais difícil para o jovem desenvolver o seu potencial completo, visto que este efeito negativo em cadeia deteriora o ajustamento positivo e aumenta a probabilidade de resultados negativos na idade adulta.

A pesquisa demonstra, pois, que as crianças geralmente sobrevivem à exposição de um único factor de risco enquanto que a exposição a múltiplos factores de risco aumenta a probabilidade de inadaptação (Rutter, 1979, citado por Masten & Powell, 2003).

É nesta perspectiva que Schoon e Bynner (2003) afirmam que, reduzindo o impacto dos factores de risco e maximizando a resiliência através da promoção de mecanismos de protecção apropriados, podem ser aplicadas políticas que melhorem a vida de crianças e jovens.

Todavia, crianças e jovens que aparentemente têm os mesmos riscos e histórias de vida podem ter diferentes resultados. Rutter (1987) refere que o resultado é determinado, em parte, pelo equilíbrio e interacção relativos de factores de risco e de protecção. Quanto mais factores de risco existam, maior a probabilidade de um resultado ser adverso (Rutter, 1987).

Mas nenhuma criança está para além do risco e nenhuma criança deve ou pode ser completamente protegida (Kumpfer e Summerhays, 2006). A exposição a factores de

stress moderados, a desafios e a riscos podem ajudar as crianças a desenvolver respostas de *coping* eficientes e resiliência (Kumpfer & Summerhays, 2006).

Passa-se agora a explicar a importância da relação entre risco e resiliência.

2.2 Definição de resiliência

Visto que a resiliência é definida de várias maneiras na extensa literatura que existe acerca do assunto (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000), optou-se por usar os termos que maior consenso reúnem.

Porém, afirma-se como importante à autora deste estudo começar por diferenciar *coping* de resiliência, conceitos distintos mas complementares. Lazarus e Folkman (1984 citado, por Dumont & Provost, 1999) definem estratégias de *coping* como esforços cognitivos e comportamentais que permitem a um indivíduo tolerar, escapar ou minimizar os efeitos do *stress*. As estratégias de *coping* podem ser centradas na resolução de problemas ou centradas na emoção (Dumont & Provost, 1999). As primeiras têm o objectivo da mudança ou superação da situação de *stress* e as segundas têm o objectivo da redução do desconforto psicológico através do evitamento do estímulo desagradável, sem que haja uma tentativa de modificar a situação (Dumont & Provost, 1999). De acordo com Seiffge-Krenke (1995, citado por Dumont & Provost, 1999), as estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas são funcionais, enquanto que estratégias de *coping* de evitamento são disfuncionais. Estas últimas estão normalmente associadas a jovens com baixa auto-estima, sintomas depressivos, baixa satisfação com o suporte social e ajustamento social pobre (Dumont & Provost, 1999).

Deve ser referida a importância na abordagem da resiliência que é atribuída a Emmy Werner, psicóloga norte-americana, responsável por um estudo longitudinal levado a cabo ao longo de quarenta anos na ilha de Kauai no Havai, a partir de 1955 (Anaut, 2005; Fonseca, 2004; Kumpfer & Summerhays, 2006; Werner, 2006). Werner (2001, citado por Anaut, 2005; Fonseca, 2004; Kumpfer & Summerhays, 2006; Werner, 2006) constatou que indivíduos em risco que viviam numa situação de grande precariedade revelavam uma notável capacidade de adaptação social, acabando por seguir um

percurso normal. Esta investigação alimentou muito as investigações sobre a resiliência, pois realçou a sua realidade clínica (Anaut, 2005). Uma das descobertas significativas foi que os sujeitos estudados por Werner beneficiavam, desde cedo, de diversos factores de protecção na resiliência, sendo que o mais importante seria a presença de um adulto significativo e responsável na vida da criança e do jovem (Fonseca, 2004; Kumpfer & Summerhays, 2006).

O papel precursor de Werner abriria caminho para estudos posteriores sobre o conceito. Assim, a definição de resiliência mais referida na literatura encontrada entende-a como um processo dinâmico de adaptação positiva no contexto de risco ou adversidade significativos (Luthar et al., 2000; Masten & Gerwartz, 2006; Masten & Powell, 2003; Rutter, 2003; Schoon & Bynner, 2003; Wagnild & Young, 1993), sendo que adaptação positiva se refere habitualmente ao sucesso ou à competência manifestada em tarefas desenvolvimentais, em diferentes alturas da vida (Luthar & Zigler, 1991, citado por Schoon & Bynner, 2003), e adversidade, geralmente associada ao conceito de risco, pressupõe factores genéticos, biológicos, psicológicos ou sócio-económicos que estão associados com um risco acrescido de inadaptação (Luthar et al., 2000). Esta primeira definição é, segundo a autora do presente estudo, a mais pertinente e a que está na base da escolha do instrumento para avaliar este construto.

Outra definição abrangente aborda a resiliência como “a arte de [a criança ou o jovem] se adaptar às condições adversas (condições biológicas e sociopsicológicas) desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapsíquicos) e externos (ambiente social e afectivo), que permitem aliar uma construção psíquica adequada e a inserção social” (Anaut, 2005, p. 43). A resiliência surge, assim, como um processo complexo que resulta da interacção do indivíduo com o seu meio ambiente (Anaut, 2005).

A resiliência não é constante nem definitiva: um sujeito pode ser resiliente em certos domínios e não noutros, dependendo a resiliência de factores de protecção que modificam a reacção aos perigos presentes no ambiente afectivo e social, ou seja, este processo não é estável nem permanente, mas é construído e pode variar consoante as circunstâncias de vida e os contextos ambientais (Anaut, 2005).

Recorrente na literatura e intimamente ligado ao conceito de resiliência está o conceito de competência, que se refere ao sucesso de adaptação nas tarefas desenvolvimentais esperadas no indivíduo numa dada idade, tendo em conta o seu contexto histórico e cultural (Sesma, Mannes & Scales, 2006; Wright & Mastens, 2006).

Segundo Ann Masten (2001, citada por Goldstein & Brooks, 2006), a resiliência pode ser um fenómeno comum resultante do funcionamento de sistemas humanos de adaptação básicos. Quando estes operam, o desenvolvimento é bem sucedido, mesmo face à adversidade; se estes estão comprometidos, a adversidade torna-se uma fonte de *stress* (Masten, 2001, citada por Goldstein & Brooks, 2006). Dentro desta abordagem ao conceito de resiliência estão implícitas duas condições críticas: a exposição a ameaça significativa ou adversidade severa e a obtenção de adaptação positiva mesmo perante grandes agressões ao processo desenvolvimental (Luthar et al., 2000; Wright & Masten, 2006).

Para uma pessoa ser considerada resiliente, pressupõe-se que o diagnóstico envolva critérios implícitos ou explícitos e um parecer acerca dos traços característicos da resiliência (Masten & Powell, 2003). Contudo, Masten e Powell (2003) consideram inapropriado usar o termo resiliente em terminologia de diagnóstico, visto a resiliência ser a descrição de um padrão geral, enquanto que um diagnóstico é feito quando um indivíduo encaixa em determinado padrão. Assim, consideram mais correcto afirmar-se que “determinada pessoa tem ou exhibe um padrão resiliente” ou “determinada pessoa demonstra traços de resiliência” (p. 4). É de notar também que identificar um padrão resiliente em alguém não pode descrever uma pessoa na totalidade nem definir a sua vida em todos os momentos, visto que não é uma característica perpétua (Masten & Powell, 2003).

Rutter (1996 citado por Anaut, 2005) descreveu três características principais nos indivíduos que “desenvolvem um comportamento de resiliência perante as condições psicossociais desfavoráveis: a consciência da sua auto-estima e sentimento de si; a consciência da sua eficácia; e um repertório de formas de resolução de problemas sociais” (p. 65).

O primeiro aspecto, *a consciência da auto-estima e do sentimento de si*, remete para a questão da auto-valorização, para as características pelas quais o sujeito se pode definir e ter a sensação do seu próprio valor (Anaut, 2005). Pressupõe que seja necessária a existência de um bom desenvolvimento da auto-estima nos indivíduos resilientes (Anaut, 2005).

A característica *a consciência da sua auto-eficácia* corresponde à crença e à confiança na capacidade de um sujeito distinguir uma acção conseguida e as respectivas fases necessárias para aí chegar (Anaut, 2005). Segundo esta autora, um indivíduo resiliente teria tendência a ver sobretudo os aspectos positivos das provações com que é confrontado e a ter confiança nas próprias capacidades para resolver grande parte dos problemas da sua existência.

A última característica referida por Anaut (2005), *um repertório de formas de resolução de problemas sociais*, refere-se à experiência e à capacidade que o indivíduo resiliente demonstra para se apoiar em experiências pessoais, familiares ou extrafamiliares suficientemente positivas ou socialmente reconhecidas como tais.

Segundo Anaut (2005), estas características dizem respeito à descrição de um processo psíquico e comportamental e surgem intimamente ligadas ao funcionamento resiliente.

Já Fonseca (2004) refere como características individuais da resiliência as boas capacidades intelectuais, a auto-estima elevada, o encarar a vida de uma forma positiva, o temperamento fácil, a capacidade de antecipar as consequências dos próprios actos, a facilidade de relacionamento com os outros, a tendência de encarar de forma positiva as experiências negativas ou frustrantes e uma grande capacidade de adaptação às diversas situações. E Rutter (1987) sublinha o papel fundamental dos recursos internos do indivíduo perante “as condições exteriores desfavoráveis e a sua capacidade de tirar partido das potencialidades ambientais extrafamiliares, quando a família falha” (p. 321).

Entre os factores que podem desempenhar um papel relevante para a resiliência é importante referir o género.

Segundo Werner e Smith (2001, citado por Werner, 2006), constatou-se que no sexo feminino foram os factores protectores inerentes ao indivíduo que contribuíram mais para uma adaptação bem sucedida face às adversidades. Já no sexo masculino, verificou-se que as fontes de suporte da família e da comunidade tendiam a ter mais impacto nas vidas de homens que superaram as adversidades na infância.

Refira-se ainda o estudo longitudinal, com a duração de vinte e um anos, de Fergusson e Horwood (2006), sobre a resiliência à adversidade na infância, que, entre muitos outros factores, analisou a relação entre resiliência e género. Usando os modelos de internalização e externalização, estes autores concluíram que o género tem efeitos opostos relativamente à forma como os indivíduos compensam a presença da adversidade na infância. Assim, os sujeitos do sexo feminino pareciam apresentar resiliência ao nível das respostas de externalização mais elevada do que os sujeitos do sexo masculino, ao passo que os sujeitos do sexo masculino exibiam maior resiliência no que tocava às respostas de internalização (Fergusson & Horwood, 2006).

Segundo Anaut (2005), o “sector escolar influencia a resiliência segundo duas dimensões: na medida em que pode revelar a resiliência (para os alunos bem-sucedidos na sua escolaridade apesar de um meio familiar desfavorável ou inadequado, e muitas vezes também porque a sua cultura de origem é considerada pobre ou diferente); e na medida em que a escolaridade pode introduzir elementos de estabilidade relacional e eventualmente afectiva, susceptíveis de favorecer o processo resiliente” (p. 127).

Apesar de a maior parte dos profissionais de saúde continuar a definir resiliência tendo por modelo a criança que consegue atingir os grandes objectivos da infância (escola, família, amigos) com sucesso, mesmo perante *stress* de vida significativo, é necessário ter em conta que uma criança que enfrente adversidades de desenvolvimento múltiplas e não desenvolva psicopatologia significativa, mas não demonstre competências académicas ou sociais, pode também ser resiliente (Sesma, et al., 2006).

Parece ser entendimento comum que todas as crianças ou jovens que são resilientes são mais capazes de lidar eficazmente com o *stress* e a pressão, de enfrentar os desafios do dia-a-dia, de resistir a desapontamentos, adversidade e trauma, de desenvolver objectivos claros e realistas, de resolver problemas (Sesma, et al., 2006). Estas crianças

ou jovens parecem ser ainda mais aptas para se relacionarem confortavelmente com outros e de se tratarem a si próprias e aos outros com respeito (Sesma, et al., 2006).

Tavares (2001, citado por Pinheiro, 2004) afirma que o desenvolvimento de capacidades de resiliência nos sujeitos passa pela mobilização e activação das suas capacidades de auto-regulação e auto-estima. Este autor considera que ajudar as pessoas a descobrirem as suas capacidades e aceitá-las positiva e incondicionalmente é a forma de as tornar mais confiantes e resilientes para enfrentarem a vida do dia-a-dia por mais adversa e difícil que esta se apresente.

Fergusson e Horwood (2003) afirmam que diversos factores podem servir para promover a resiliência em crianças e jovens em risco. Entre esses factores contam-se a inteligência e a capacidade de resolução de problemas, o género, os interesses externos e afiliações, a vinculação parental, o temperamento e comportamento e as relações interpessoais (Fergusson & Horwood, 2003). Assim, diversos estudos demonstram que jovens resilientes parecem ter níveis de inteligência ou capacidade de resolução de problemas mais elevados do que os seus pares não-resilientes; outros estudos sugerem que o género influencia ou modifica as respostas em relação à adversidade (por exemplo, estudos acerca do divórcio demonstram que as raparigas são menos reactivas face ao *stress* familiar do que os rapazes); outros ainda afirmam que crianças e jovens em risco que desenvolvam interesses ou afiliações para além da família ou que desenvolvam uma ligação com um adulto importante podem demonstrar mais resiliência face à adversidade familiar; outros estudos demonstram também a importância de laços afectivos e de apoio com pelo menos um dos cuidadores primários podem ser determinantes a proteger ou minorar os efeitos da adversidade familiar; alguns estudos sugerem também que factores temperamentais e comportamentais podem estar associados com a resiliência face a adversidade; finalmente, existem estudos que comprovam que as relações positivas inter-pares podem ser um factor de promoção da resiliência (Fergusson & Horwood, 2003).

Visto que os factores que constituem a resiliência podem ser trabalhados, as intervenções podem incidir sobre alguns aspectos, tentando desenvolver: a auto-estima; a confiança, o optimismo e o sentimento de esperança, a autonomia e a independência (a capacidade de se esforçar, de satisfazer as suas próprias necessidades); a resistência e a

capacidade de combater o *stress*; a sociabilidade, como capacidade de se relacionar e comunicar positivamente com os outros; as relações sociais existentes; a capacidade de experimentar uma gama variada de emoções; as atitudes positivas que permitam enfrentar problemas e resolvê-los e prever as suas consequências; e a elaboração da culpabilidade e da vergonha, nomeadamente em relação aos abusos e às violências intrafamiliares (Fergusson & Horwood, 2003).

Os métodos de desenvolvimento das capacidades de resiliência fazem referência a três domínios: “o indivíduo (intrapsíquico, personalidade), os comportamentos e o meio relacional” (Anaut, 2005, p. 136). Por outro lado, os métodos de acompanhamento do processo resiliente têm como principais objectivos: “trabalhar os processos individuais e a auto-estima; encorajar o êxito em domínios que são importantes para o sujeito (não necessariamente académicos e/ou reconhecidos pelo corpo social, pelo enquadramento escolar ou profissional); e a investigação familiar, a fim de trabalhar as potencialidades familiares susceptíveis de apoiar a resiliência individual baseada na família real e interiorizada” (Anaut, 2005, p. 137).

Recorrente na literatura como factor de protecção e, conseqüentemente, de promoção da resiliência e desempenhando um papel crucial no seu desenvolvimento, encontra-se o conceito de auto-estima.

Capítulo III – Auto-estima

3.1 Definição de auto-estima

Abraham Maslow (1943), aquando da sua conceptualização da Teoria da Motivação Humana, sugere que as pessoas têm um conjunto de cinco categorias de necessidades, organizadas por prioridade – fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de realização pessoal – sendo que, quando um nível de necessidades for satisfeito, passa-se automaticamente ao nível seguinte. Segundo Maslow (1943), as necessidades não satisfeitas são os motivadores principais do comportamento humano, havendo precedência das necessidades mais básicas sobre as mais elevadas. Logo, se as necessidades fisiológicas não estiverem satisfeitas, um indivíduo não se sentirá estimulado pelas necessidades de estima (Maslow, 1943). No entanto, satisfeitas as necessidades de um nível, automaticamente surgem as necessidades de nível superior no indivíduo, deixando as de nível inferior de serem motivadoras (Maslow, 1943).

Sem explicar pormenorizadamente todas as necessidades, explana-se a necessidade que se julga ser a pertinente para introdução deste capítulo. Assim, as necessidades de estima são o desejo de respeito próprio, o sentimento de realização pessoal e de reconhecimento por parte dos outros, os quais estão relacionadas com as formas através das quais o indivíduo se vê e se avalia (Maslow, 1943). Para satisfazer estas necessidades as pessoas procuram oportunidades de realização, promoções, prestígio e estatuto que reforcem as suas competências (Maslow, 1943). De acordo com Maslow (1943), as necessidades de estima podem ser divididas em dois subgrupos: em primeiro lugar, “o desejo de força, de realização, de adequação, de confiança face ao mundo e de independência e liberdade”; em segundo lugar, “o desejo de reputação ou prestígio (definidos como respeito ou estima que se obtém dos outros), de reconhecimento, de atenção, de importância ou de gratidão” (p. 37). Segundo este autor, a satisfação da auto-estima leva aos sentimentos de auto-confiança, valor, capacidade, e ao sentimento de adequação de se ser útil e necessário no mundo. Contudo, a não realização desta necessidade pode produzir sentimentos de inferioridade, fraqueza, dependência e desamparo, que podem levar à total desmotivação do indivíduo (Maslow, 1943).

Por auto-estima entende-se a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo (Coopersmith, 1967 citado por Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2007). A auto-estima expressa uma atitude de aprovação ou de repulsa de si e engloba o auto-julgamento em relação à própria competência e ao próprio valor (Coopersmith, 1967 citado por Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2007). Traduz-se assim no juízo pessoal de valor revelado através das atitudes que um indivíduo tem consigo mesmo, sendo uma experiência subjectiva que se torna acessível através de relatos verbais e comportamentos observáveis (Coopersmith, 1967 citado por Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2007).

A auto-estima pode, pois, definir-se como “a imagem que o individuo forja de si mesmo e o sentimento do seu próprio valor, que se traduz por um conjunto de atitudes e de opiniões que os indivíduos põem em jogo nas suas relações com o mundo exterior. A auto-estima compreende uma disposição mental que prepara o indivíduo para reagir segundo as suas expectativas de êxito, a sua aceitação e a sua determinação pessoal” (Anaut, 2005, p. 65).

Rosenberg (1986), autor da Escala de auto-estima de Rosenberg, utilizada no presente estudo, considera que auto-estima global representa a soma de juízos de valor que um indivíduo produz acerca de si mesmo, constituindo uma avaliação de carácter geral das várias componentes da auto-estima – valor pessoal, respeito por si mesmo, auto-confiança e amor próprio. É esta, segundo a autora do presente estudo, a definição mais pertinente e a que está na base da escolha do instrumento para avaliar este construto.

Um construto com grande destaque e impacto na psicopatologia (Joiner, 1995, Ralph & Mineka, 1998, citados por Haig, Suls & Watson, 2002), na psicologia da saúde (Pennix et al., 1998, Silver, Bauman & Ireys, 1995, citados por Haig et al., 2002), no comportamento organizacional (Judge, Locke, Durham & Kluger, 1998, Judge, Thoresen, Pucik & Welbourne, 1999, citados por Haig et al., 2002), personalidade (Bushman & Baumeister, 1998, Furr & Funder, 1998, citados por Haig et al., 2002) e psicologia social (Crocker, 1999, Leary, 1999, Pool, Wood & Leck, 1998, Tesser, Felson & Suls, 2000, citados por Haig et al., 2002), a auto-estima pode relacionar-se com o auto-conceito. De acordo com Vaz Serra (1986), ela é a faceta mais importante do auto-conceito, encontrando-se associada aos aspectos avaliativos que o sujeito

elabora a seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos. Similarmente, Pelham e Swann (1989, citado por Romano, Negreiros & Martins, 2007) enfatizam a importância dos factores cognitivos e afectivos da auto-estima, considerando que a sua organização é complexa e multideterminada, e identificam três componentes na auto-estima global: a tendência para experimentar estados afectivos positivos e negativos; as concepções específicas de si mesmo, das suas forças e debilidades; e a forma como auto-imagens são interiorizadas, ou seja, a convicção que o indivíduo tem sobre a importância relativa das auto-imagens positivas de si mesmo perante as negativas, e a discrepância entre as auto-imagens reais e ideais de si próprio.

Contudo, a auto-estima deve ser diferenciada do auto-conceito, no sentido que o segundo termo pode ser considerado uma constelação de factos de que um indivíduo se serve para se descrever, enquanto a auto-estima é baseada numa combinação de informação objectiva acerca do próprio e numa avaliação subjectiva dessa informação (Pope, McHale & Craighead, 1988). É que o auto-conceito, tal como a auto-estima, fazem parte do *self-system*, que, segundo Harter (1983, citado por Pope et al., 1988), é composto pelo auto-conceito (a visão do indivíduo acerca de si), pelo auto-controlo (a extensão para a qual ele direcciona o curso do próprio comportamento e actividades) e pelos sentimentos de auto-estima. Além de serem aspectos centrais no *self-system*, o auto-conceito e a auto-estima são, portanto, variáveis motivacionais que se relacionam com diversos aspectos de um desenvolvimento saudável ao longo do ciclo de vida (Antunes et al., 2006; Fontaine & Antunes, 2002).

Pope et al. (1988) examinam a formação da auto-estima contemplando os conceitos de *self* percebido e de *self* ideal. Caracterizam o *self* percebido como sendo o mesmo que auto-conceito: uma visão objectiva das capacidades, características e qualidades do indivíduo que estão presentes ou ausentes. O *self* ideal será a imagem da pessoa que se gostaria de ser, como expressão de um desejo sincero de possuir determinados atributos. Segundo estes autores, quando o *self* percebido e o *self* ideal coincidem, a auto-estima será positiva, ao passo que os problemas de auto-estima existem quando se verifica uma discrepância entre o *self* percebido e o *self* ideal.

Assim, o auto-conceito e, por consequência, a auto-estima, são compostos por características que advêm do que na vida do indivíduo surge como relevante. A auto-

estima global dependerá da importância dada a cada uma dessas características – se as áreas sobre as quais o indivíduo se sente seguro forem valorizadas, a auto-estima global será positiva; porém se essas áreas forem desvalorizadas, tal resultará em sentimentos negativos acerca do indivíduo como um todo (Pope et al., 1988). Quando a auto-estima está ameaçada, os sujeitos orientam os seus esforços na tentativa de a proteger, em detrimento da prossecução de outros objectivos de vida (Covington, 1984, Fontaine, 1998, Senos, 1998, citado por Fontaine & Antunes, 2002).

Duclos, Laporte e Ross (2006) descrevem a auto-estima como a percepção de si que, sendo fortemente influenciada pelas transformações sociais, nunca é definitiva, isto é, vai-se construindo ao longo dos anos. Referem também que “a auto-estima é o valor que cada um atribui a si próprio nos diferentes aspectos da vida” (p. 12). As pessoas formam uma opinião de si mesmas no plano físico – aparência, competência, resistências –, no plano social – capacidade para fazer amigos, carisma, simpatia –, e no plano intelectual – capacidades, raciocínio e memória (Duclos et al., 2006).

Refira-se que há autores que estabelecem um paralelo entre a auto-estima e a inteligência. Assim, Dweck e Bempechat (1983, citado por Dweck, 2000), defendem a ideia de que o indivíduo desenvolve teorias pessoais acerca da sua própria inteligência, havendo dois tipos de concepções pessoais da inteligência: a inteligência tida como uma entidade e a visão incremental da inteligência. Estudantes que vêem a inteligência como uma entidade vêem-na como uma característica interna imutável, em que o fracasso é encarado como desmoralizante e os obstáculos são eliminados, em vez de existir uma tentativa de os superar (Boruchvitch, 2001; Comitê de Desenvolvimento da Ciência de Aprendizagem, 2007; Dweck, 2000). A visão incremental da inteligência parte do princípio de que a inteligência é maleável e pode ser desenvolvida através do esforço – esta é uma organização alternativa em que o esforço é esperado e desfrutado e as contrariedades são tidas como informativas e desafiantes (Boruchvitch, 2001; Comitê de Desenvolvimento da Ciência de Aprendizagem, 2007; Dweck, 2000).

Carol Dweck, uma das autoras que contribuiu para identificar estas duas teorias implícitas da inteligência, estudou também a auto-estima ao nível da educação. Assim, Dweck (2000) apresenta duas visões distintas de auto-estima. Na primeira, existe pouco esforço, verificando-se um sucesso rápido e um sentimento de bem-estar do próprio

com as falhas dos outros (Dweck, 2000). Nesta visão a realidade é distorcida de forma a que não seja dito aos jovens que estão, por exemplo, a falhar na escola, por receio de baixar a sua auto-estima, o que, na opinião desta autora, tem um efeito contraditório a longo prazo, fazendo com que estes sintam frustração e dúvida quando confrontados com a rejeição e falhanços, os quais, na maior parte das vezes, precedem o sucesso (Dweck, 2000). A segunda visão pressupõe enfrentar desafios, trabalhar muito, promover as capacidades e usar essas capacidades e conhecimento para fazer os outros sentirem-se bem consigo mesmos (Dweck, 2000). Aqui, a verdade é dita, mas é também motivado o esforço, o estudo e a aquisição de novas estratégias de aprendizagem (Dweck, 2000). Nesta visão diferente da auto-estima, esta não é vista como algo que se tem ou não se tem, mas como uma forma de o indivíduo se experienciar quando usa correctamente os recursos de que dispõe, superando obstáculos, aprendendo e ajudando os outros (Dweck, 2000).

Harter (1983, citado por Pope et al., 1988) afirma que as bases da auto-estima nas crianças assentam nas competências destas e na aprovação que recebem por parte dos outros. Assim, o sucesso instrumental e a aprovação social dão azo às emoções positivas associadas com a auto-estima.

O trabalho de Mruk (1999, citado por Jindal-Snape & Miller, 2008) demonstra que as principais definições de auto-estima estão tradicionalmente divididas em duas categorias: a que se concentra fundamentalmente no sentido de valor próprio e a que tem por base a opinião individual de competência. Como resultado desta análise, Mruk desenvolveu um modelo bidimensional de auto-estima e demonstrou que é possível incorporar as conclusões da maioria dos estudos publicados acerca deste tema (Jindal-Snape & Miller, 2008). Este modelo reflecte a crença de que o modo como o indivíduo se sente acerca de si próprio está dependente de se considerar uma pessoa de valor, mas envolve também avaliações acerca da competência, num leque de competências consideradas importantes por si (Jindal-Snape & Miller, 2008).

Desta forma, Mruk conceptualiza a auto-estima como o somatório integrado do sentido de valor próprio e do sentido de competência (Jindal-Snape & Miller, 2008). Na prática, isto significa que, para que o indivíduo tenha auto-estima, tem de sentir-se confiante no seu sentido de valor próprio (e.g., "Sou uma boa pessoa, digna de atenção e respeito dos

outros") e no seu sentido competência (e.g., "Sou capaz de enfrentar os desafios com que me deparo na vida") (Jindal-Snape & Miller, 2008).

O modelo de Mruk encontra então duas dimensões de auto-estima que se intersectam num ponto central (Jindal-Snape & Miller, 2008). Assim, as condições de auto-estima encontram-se em uma de quatro categorias, cada uma dividida em condições clínicas e não-clínicas (Jindal-Snape & Miller, 2008). Duas destas categorias representam a auto-estima baixa e a auto-estima elevada, sendo que indivíduos com sentido de competência e de valor inferiores apresentam auto-estima baixa e indivíduos com um sentido de competência e de valor positivos apresentam auto-estima elevada (é feita inclusivamente uma distinção entre a maioria dos indivíduos que se enquadra nesta última categoria, que o autor descreve como tendo uma auto-estima média, e a restante minoria, a que exhibe percepção elevada em ambas as categorias – competência e valor – em que os indivíduos são descritos como tendo a “autêntica auto-estima elevada” (p. 220). De acordo com este autor, os indivíduos que têm um sentido de competência e de valor baixos apresentam auto-estima baixa, apresentando tendência a serem negativos em relação aos resultados, relutância em participar em actividades escolares, uma percepção negativa acerca das próprias capacidades e baixas expectativas acerca de um resultado favorável, o que, em condições clínicas, pode resultar em quadros de depressão ou outras patologias (Jindal-Snape & Miller, 2008).

De acordo com Jindal-Snape e Miller (2008), um aspecto interessante do trabalho de Mruk prende-se com a sua conceptualização das outras duas categorias de auto-estima, as que se relacionam com as noções de resiliência, mais especificamente com a noção de vulnerabilidade e com as auto-percepções do indivíduo. Mruk defende a noção de auto-estima defensiva, em que os indivíduos agem como se tivessem auto-estima elevada, quando na realidade apresentam alguma deficiência notória nalgum aspecto importante (Jindal-Snape & Miller, 2008). Mruk distingue então a auto-estima defensiva em duas categorias: a auto-estima defensiva tipo 1 – narcisista, e a auto-estima defensiva tipo 2 – anti-social (Jindal-Snape & Miller, 2008). A auto-estima defensiva tipo 1 refere-se aos indivíduos com sentido de valor, mas sem sentido de competência: numa sala de aula, uma criança poderá sentir-se segura relativamente a ser aceite no grupo, por receber mensagens positivas acerca de si própria enquanto indivíduo, mas ter, ao mesmo tempo, interiorizado que, por vezes, não consegue realizar

com eficácia as tarefas apropriadas para a sua idade (Jindal-Snape & Miller, 2008). Uma consequência disto será então que, quando é necessário demonstrar essa competência, estes indivíduos se sintam ameaçados e apliquem diferentes estratégias de evitamento ou negação (Jindal-Snape & Miller, 2008). Indivíduos que recaiam na categoria auto-estima defensiva tipo 2 podem ter um sentido positivo de competência baseado em experiências de sucesso, mas um sentido de valor próprio baixo, devido a um historial de mensagens e de experiências negativas acerca do valor que têm (Jindal-Snape & Miller, 2008). Estes indivíduos são mais propensos a diferentes tipos de comportamentos anti-sociais e desviantes (Jindal-Snape & Miller, 2008). Jindal-Snape e Miller (2008) consideram que a análise de Mruk compreende a melhor articulação do modelo bi-dimensional da auto-estima.

Apesar de a autora deste estudo não partilhar desta posição, são de referir autores que rejeitam veementemente a promoção da auto-estima, nomeadamente o psicólogo Albert Ellis, fundador da terapia racional emotiva. Ellis (1996) afirma que a auto-estima é a “maior doença emocional da humanidade” (p.150), acreditando que quando alguém tem boa auto-estima é porque se percebe a si próprio como sendo eficaz e passível de ser amado, e que, no caso de falha (o que é inevitável, dada a natureza humana), as consequências serão desastrosas. Por outro lado, quando um indivíduo é aceite por si e pelos outros, revelando auto-estima elevada, Ellis (1996) crê que isto o torna manifestamente ansioso, fazendo com o que o indivíduo esteja constantemente preocupado com o seu comportamento futuro.

3.2. Factores determinantes da auto-estima

Em 1967, Coopersmith (Eysenck, 1994) realizou um estudo de larga escala acerca dos factores que influenciam o desenvolvimento, em particular o aumento da auto-estima. Assim, e utilizando o Inventário de Auto-estima de 50 itens, concluiu que as origens da auto-estima podem ser definidas por três condições: completa ou quase completa aceitação das crianças por parte dos pais; limites claramente definidos e impostos; e respeito pela acção individual prevista dentro desses limites (Eysenck, 1994).

A adolescência é um período crucial no que respeita ao desenvolvimento e à consolidação da auto-estima, pois é nesta altura da vida que cada indivíduo descobre a sua identidade (Duclos, Laporte e Ross, 2006; Pope et al., 1988). Quando um adolescente está consciente do seu valor pessoal (auto-estima), é-lhe mais fácil afirmar-se, exprimindo as suas ideias, as suas opiniões, as suas necessidades e os seus desejos (Duclos, Laporte e Ross, 2006). Graças à estima que tem por si mesmo, consegue mais facilmente assumir o seu lugar num grupo e, sobretudo, fazer-se respeitar, opondo-se às agressões verbais ou físicas a seu respeito (Duclos, Laporte & Ross, 2006).

Por sua vez, Searcy (2007) conceptualiza o desenvolvimento da auto-estima de três formas diferentes: por associações, por actividades e auricularmente², isto é, sugere que a auto-estima se desenvolve através das pessoas com quem o indivíduo se associa, através do que faz e através do que ouve acerca de si próprio.

Por associações Searcy (2007) refere, entre outras, as constituídas pelos grupos sociais, pela família, pelos grupos de pares e pelos amigos. Assim, este tipo de desenvolvimento da auto-estima refere-se ao desenvolvimento conseguido através de associações formais ou informais (Searcy, 2007). Para os adolescentes, em concreto, a auto-estima por associações desenvolve-se através da identificação com o grupo de pares (Searcy, 2007). Segundo Searcy (2007), é devido às associações que a auto-estima é gerada ou mantida, e estas associações, quer sejam vistas positivamente, quer negativamente pelos adultos, geram estatuto. E é através desse estatuto que a auto-estima se desenvolve (Searcy, 2007). Não é o simples facto de pertencer a um grupo ou família que gera auto-estima, mas o estatuto que estes grupos detêm que tem o potencial de gerar auto-estima (Searcy, 2007).

Relativamente à auto-estima desenvolvida através de actividades, Searcy (2007) argumenta que não é apenas através da competência e mestria que a auto-estima se desenvolve (o autor não nega este trabalho prévio), mas através da realização da actividade em si. Participar em tarefas mas não as completar influencia a auto-estima negativamente, mas a própria participação na actividade é, para este autor, geradora de auto-estima, não precisando as tarefas de serem grandiosas. Searcy (2007) dá o exemplo

² No original, “aurally”. “Auricularmente” foi o equivalente mais satisfatório que se encontrou na Língua Portuguesa.

das tarefas domésticas: limpar um quarto é uma tarefa relativamente simples, mas que produz resultados – o jovem, ao participar numa actividade de adulto, experiencia o resultado dessa actividade e pode sentir-se orgulhoso por esse resultado. Ao estabelecer que se empenhou numa actividade, a actividade realizada poderá então ser vista positivamente pelo próprio e por outros, o que oferece uma possibilidade de apreciação (Searcy, 2007). O trabalho ou actividade pode então ser visto pelo jovem como um resultado valioso e, em consequência, o jovem sente valor por se ter empenhado nele (Searcy, 2007). O autor argumenta que foi a actividade em si que teve valor e produziu auto-estima, mesmo que o jovem tivesse resistido a completá-la. Por isso, quando a actividade é completada, a auto-estima aumenta (Searcy, 2007). É sugerido que o reforço positivo é necessário quando os jovens completam actividades – este pode ser explícito ou implícito dentro da actividade ou pode ser reforçado por profissionais, professores e/ou pessoas significativas e, quanto mais tangíveis os resultados de uma actividade, mais recompensas sociais existirão para a mestria de capacidades, o que por sua vez terá como consequência um aumento de auto-estima (Searcy, 2007).

Isto leva ao terceiro ponto de desenvolvimento da auto-estima: a auto-estima auricular, que se refere ao que o indivíduo ouve acerca de si próprio (Searcy, 2007). A auto-estima é promovida através do elogio verbal que é expresso por pessoas significativas: ao ouvir elogios positivos, o indivíduo sente-se valorizado e o seu valor é afirmado (Searcy, 2007). Assim, se os indivíduos são referidos de forma positiva por alguém que valorizam, então, eles próprios adquirem valor (Searcy, 2007). A auto-estima é desta forma desenvolvida porque pessoas que o próprio indivíduo valoriza o valorizam a ele (Searcy, 2007). As crianças e adolescentes aprendem o seu valor através do comportamento que os outros demonstram para com elas (Searcy, 2007). As pistas verbais tornam-se, assim, extremamente importantes na construção da auto-estima (Searcy, 2007). Aprender o valor através do comportamento verbal reflecte, segundo este autor, a Teoria de Aprendizagem Social de Bandura – aprende-se que algo é valorizado porque outros o valorizam (Searcy, 2007). Na educação das crianças isto torna-se particularmente importante e Searcy (2007) dá um exemplo disto: quando se corrige uma criança é importante corrigir e condenar o comportamento e não a criança (e.g., “Não gostei do que fizeste” em vez de “Tu és um menino mau”). Isto clarifica perante a criança que é o seu comportamento que não é valorizado e não ela própria (Searcy, 2007).

Relativamente ao efeito da idade e do género na evolução da auto-estima, Robins e Trzesniewski (2005) afirmam que as crianças pequenas apresentam auto-estima relativamente elevada, que vai diminuindo ao longo do crescimento, o que pode ser explicado devido à forma positiva irrealista como a criança se vê a si mesma. Com o desenvolvimento da sua cognição, a criança começa a basear as suas auto-avaliações no *feedback* externo e nas comparações sociais, formando uma visão mais equilibrada e realista das suas capacidades sociais, competência académica e características pessoais (Robins & Trzesniewski, 2005).

Na adolescência, a auto-estima continua a decrescer, facto que muitos investigadores atribuem à imagem corporal e a outros problemas associados com a puberdade e à capacidade de pensar abstractamente acerca de si e do seu futuro, o que faz com que os adolescentes se confrontem com possíveis cenários de oportunidades perdidas e expectativas falhadas (Robins & Trzesniewski, 2005).

De um modo geral, o sexo feminino e o sexo masculino seguem a mesma trajectória ao longo da vida em termos de auto-estima (Robins & Trzesniewski, 2005). Para ambos os sexos, a auto-estima é relativamente elevada na infância, decresce durante a adolescência, cresce gradualmente ao longo da idade adulta e declina na terceira idade (Robins & Trzesniewski, 2005). Existem, no entanto, algumas diferenças de género a considerar: na adolescência, os rapazes têm tendência a apresentar níveis de auto-estima mais elevados que as raparigas, diferença essa que continua ao longo da idade adulta, dissipando-se ou até desaparecendo na terceira idade (Robins & Trzesniewski, 2005). Estes investigadores fornecem várias explicações para estas diferenças ao nível do género, que podem variar, desde “mudanças de maturação, associadas com a puberdade, a factores sócio-contextuais, associados com o tratamento diferencial que raparigas e rapazes têm ao longo da vida, ou diferenças de género nos ideais de imagem corporal” (Robins & Trzesniewski, 2005, p. 160). A auto-estima é, assim, mais estável em alguns momentos da vida do que noutros: a estabilidade é relativamente baixa durante a primeira infância, aumentando durante a adolescência e no início da idade adulta e declinando durante a meia-idade e terceira idade (Robins & Trzesniewski, 2005). Os níveis mais baixos de estabilidade encontrados durante a infância e terceira idade podem ser reflexo de mudanças de vida dramáticas, alterações das circunstâncias sociais e

mudanças de maturação relativamente rápidas que normalmente ocorrem no início e no fim da vida (Robins & Trzesniewski, 2005).

A auto-estima pode ser avaliada segundo níveis: baixo, médio e alto – a baixa auto-estima caracteriza-se pelo sentimento de incompetência, de inadequação à vida e incapacidade de superação de desafios; a alta expressa um sentimento de confiança e competência; e a média flutua entre o sentimento de adequação ou inadequação, manifestando essa inconsistência no comportamento (Branden, 2000, Rosenberg, 1989, citado por Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2007; Rosenberg, 1987).

Capítulo IV – Terapia Assistida por Animais

4.1 Definição e Objectivos

Neste capítulo é demonstrada a pertinência da Terapia Assistida por Animais para a intervenção com jovens em risco e para a promoção da resiliência e da auto-estima, conceitos anteriormente apresentados.

Existe uma aceitação geral de que o contacto com animais é terapêutico e benéfico para os seres humanos (Parshall, 2007; Ulrich, 1993, citado por Pence, 2005). O uso de um animal em terapia pode ser benéfico, pois alguns animais parecem demonstrar uma tendência natural para criar uma ligação com as pessoas (Nimer & Lundahl, 2007).

Risley-Curtiss, Holley e Wolf (2006) consideram que relações afectuosas com animais de estimação têm efeitos positivos na saúde dos seus donos, aumentando a sua qualidade de vida. Diversos estudos demonstram melhorias a vários níveis: uma maior longevidade (Hutchcroft, 2006; McNicholas et al., 2005; Miller, Staats & Partlo, 1992); diminuição de enfartes do miocárdio, risco reduzido de doenças cardio-vasculares e diminuição da pressão arterial (Allen, 2003; Hutchcroft, 2006; McNicholas et al., 2005; Morrison, 2007; Parslow, Jorm, Christensen, Rodgers & Jacomb, 2005; Viehl, 1995); diminuição do recurso a cuidados médicos (Hutchcroft, 2006; McNicholas et al., 2005); melhor bem-estar físico e psicológico nas pessoas idosas (Miller et al., 1992; Morrison, 2007; Parslow, et al., 2005; Viehl, 1995); menores níveis de incidência de depressão, ansiedade e *stress* (Allen, 2003; Hutchcroft, 2006; McNicholas, et al., 2005; Miller et al., 1992; Morrison, 2007; Parslow, et al., 2005); desenvolvimento social, psíquico e emocional em crianças portadoras de deficiência (Montagner, 2004); melhoria em crianças com problemas do desenvolvimento e crianças com autismo (Morrison, 2007); e melhoria na interacção social e emocional (Hutchcroft, 2006; McNicholas, et al., 2005; Parslow, et al., 2005; Viehl, 1995), entre outros.

A emergência de Intervenções Assistidas por Animais (IAA) baseia-se primariamente nos efeitos comprovadamente benéficos que os animais têm no bem-estar físico e psicológico, na auto-estima e na motivação humanas (Morrison, 2007; Nider & Lindahl,

2007). Estes efeitos notáveis são demonstrados, independentemente da idade, da raça, do género, da orientação sexual, ou do estatuto socioeconómico (Morrison, 2007; Nider & Lindahl, 2007; Tedeschi, Fitchett & Molidor, 2005).

Uma das maiores organizações responsáveis pela certificação de animais de terapia nos Estados Unidos da América, a Delta Society, distingue dois tipos de IAA: as Actividades Assistidas por Animais (AAA) e a Terapia Assistida por Animais (TAA) (Delta Society, 2009; Kruger & Serpell, 2006).

A AAA apresenta benefícios motivacionais, recreacionais, educacionais e/ou terapêuticos para a qualidade de vida (Delta Society, 2009). Estas actividades podem ser efectuadas em diferentes ambientes por profissionais especificamente treinados para o efeito, por paraprofissionais e/ou voluntários com animais que obedçam a critérios específicos (Delta Society, 2009; Kruger & Serpell, 2006). Neste tipo de intervenção, nem existem objectivos de tratamento específicos, nem é necessário que os voluntários ou profissionais façam anotações da intervenção, sendo o conteúdo das visitas espontâneo (Delta Society, 2009; Kruger & Serpell, 2006).

A TAA é uma intervenção com objectivos definidos em que um animal que obedece a critérios específicos é parte integrante do processo terapêutico (Delta Society, 2009; Kruger & Serpell, 2006). Esta intervenção é dirigida por um profissional de saúde com especialização na área (Delta Society, 2009; Kruger & Serpell, 2006). Ao contrário da AAA, na TAA existem objectivos específicos para cada indivíduo e o progresso deve ser mensurável (Delta Society, 2009; Kruger & Serpell, 2006). Assim, a TAA tem o propósito de melhorar o funcionamento físico, social, emocional ou cognitivo do ser humano (Delta Society, 2009, Tedeshi et al., 2005).

Segundo Nider e Lundahl (2007), um bom animal para ser usado na TAA procurará afecto e interacção com o cliente, promovendo assim uma atmosfera segura que o ajuda a aceitar as intervenções providenciadas pelo terapeuta.

A TAA varia, no que diz respeito à espécie de animal utilizado, no *setting* em que é realizado, na duração da intervenção (curto ou longo termo), e se esta é realizada em grupo ou individualmente (Nider & Lundahl, 2007).

Durante as TAA e AAA cabe ao animal “acolher” o indivíduo com quem está a interagir, processo que fornece à pessoa a percepção de que existe uma ligação entre ela e o animal (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). É esta percepção que motiva os sujeitos a participarem na terapia, aprendizagem ou actividade concreta. Os animais que transmitem esta ligação são os animais que iniciam o contacto físico, se mantêm interessados, mantêm contacto ocular, respeitam os limites pessoais e que permitem que o seu comportamento seja controlado ou redireccionado (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Estas autoras afirmam que o simples facto de o indivíduo conseguir obter contacto ocular com o animal apenas através do chamar do nome deste, é suficiente para criar uma sensação de ligação entre o sujeito e o animal. Da mesma forma, comportamentos por parte do animal que demonstrem desinteresse, relutância em entrar em contacto, desrespeito pelos limites pessoais e qualquer conduta que possa ser interpretada como agressiva, podem reduzir essa percepção de ligação, travando o processo terapêutico (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006).

Fredrickson-Macnamara e Butler (2006) afirmam que os programas de TAA e AAA podem ser compreendidos num contexto de equilíbrio e de compensação (cf. Fig. 1). Neste tipo de intervenções, os participantes incluem o animal e o terapeuta, que funcionam como uma equipa, num dos lados da balança, e o ambiente ou meio envolvente no outro lado da balança (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Quando a equipa e o ambiente estão em equilíbrio, as intervenções são passíveis de serem bem sucedidas (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006).

A compensação pode ser interpretada como adicionando um efeito equivalente a um dos lados desta balança, quer diminuindo quer eliminando um efeito indesejado no outro (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Por exemplo, um cão pode possuir talento para receber uma criança e sentir-se completamente confortável em receber uma criança individualmente, mas sentir-se desconfortável ao percorrer os corredores barulhentos e atolados da escola onde se encontra (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Visto que o comportamento imprevisível por parte das crianças pode agitar o animal, deve ser tido em conta o lado ambiental da balança, sendo que uma solução para isto, e um exemplo de compensação, seria o terapeuta apenas percorrer a escola enquanto os

estudantes se encontram nas aulas, ou usar uma transportadora (no caso de ser um animal pequeno) (Fredrickson-Macnamara e Butler, 2006).

A Balança do Equilíbrio

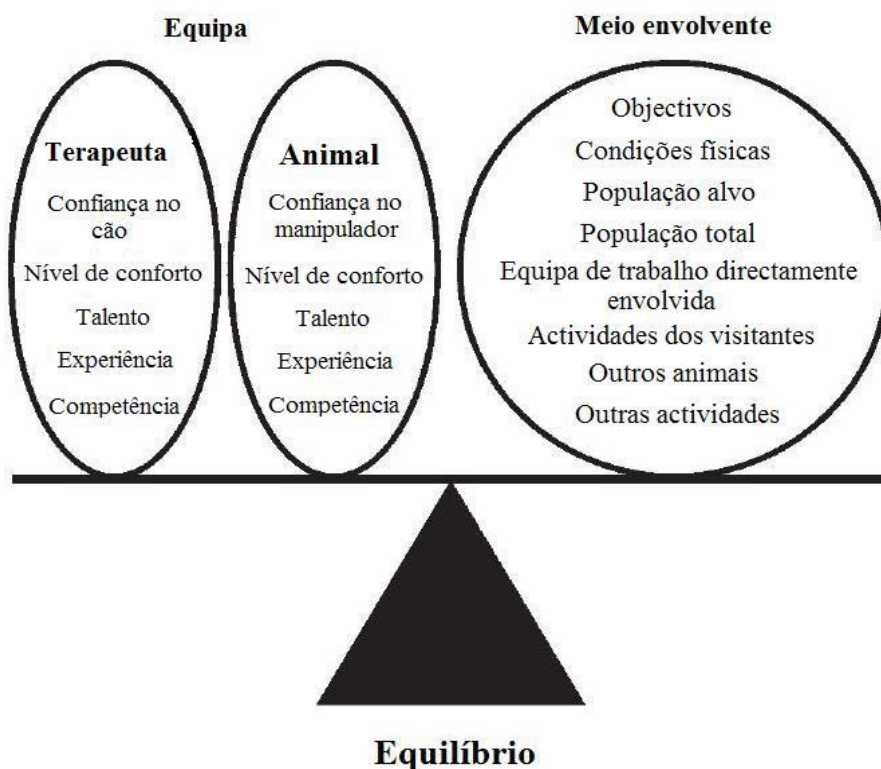


Figura 1. A balança do equilíbrio (adaptado de Fredrickson-Macnamara e Butler, 2006)

É de salientar que, apesar de trabalharem em equipa, cada terapeuta e animal apresentam níveis individuais de conforto, talento, capacidade, experiência e confiança um no outro (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006).

Os níveis de conforto dependem da capacidade individual de cada membro da equipa para lidar com o ambiente, apesar de o conforto ser um elemento mais relacionado com os animais, visto que a tendência é que o terapeuta não leve a equipa para um local onde ele próprio não se sinta confortável (Fredrickson-Macnamara e Butler, 2006).

Dado que os ambientes de TAA e AAA são inevitavelmente stressantes para os animais, devido à mudança de *settings* e de horários, a chave para este problema prende-se com determinar se o animal tem a capacidade de recuperar daquilo que pode ser percebido por si como abusos, e lidar confortavelmente com o ambiente, tirando prazer das interacções (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Se os níveis de actividade e níveis emocionais das populações-alvo forem avassaladores para os animais disponíveis, as TAA e AAA não são apropriadas (Fredrickson-Macnamara e Butler, 2006).

Visto que as percepções dos animais acerca do mesmo evento variam das do seu tratador e terapeuta, o nível de confiança do animal no tratador baseia-se na relação que estes têm e nas formas como o animal percebe o comportamento do tratador no momento (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Estas autoras afirmam que o elemento mais essencial que tanto animal como terapeuta possuem é o talento, característica que é frequentemente esquecida. Assim, os terapeutas talentosos conseguem lidar com a realidade da situação que enfrentam e actuar como os defensores dos seus animais (Fredrickson-Macnamara e Butler, 2006).

A capacidade refere-se aos comportamentos treinados ou adquiridos da equipa, sendo que altos níveis de capacidade não compensam a ausência de talento (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Alguns animais podem ser treinados para perseverar, apesar de distrações e sobrecarga sensorial, o que não dá o direito ao ser humano de os explorar, sendo necessário que exista sempre bom senso por parte do tratador (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006).

A percepção de uma relação forte entre animal e terapeuta aumenta a confiança na equipa, sendo que os tratadores que falem em tons de voz normais e que iniciem contacto com os animais, quer através da fala quer através do toque, demonstram que existe uma ligação entre eles (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). A capacidade do terapeuta deve, assim, reflectir uma parceria afectuosa com o animal, demonstrando subtilmente que o terapeuta tem de facto o controlo e pode facilmente redireccionar o comportamento do animal quando necessário (Butler, 2004 citada por (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). As autoras dão o exemplo de uma sessão, no decurso da qual o terapeuta vai afagando o cão, coçando-lhe as orelhas, sendo o que o participante

pode não identificar isto conscientemente, ficando no entanto com um sentimento positivo acerca da relação forte e de respeito entre terapeuta e animal; o contrário disto seria uma sessão em que o terapeuta apenas toca no animal para o posicionar e reposicionar, o que deixará uma impressão totalmente diferente no participante.

“Tanto terapeuta como animal fazem parte de uma equipa única e equilibrada, mas estes não funcionam sem a existência do meio envolvente” (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006, p. 138). Dependendo do meio onde operam, existem elementos ambientais que influenciam o talento, a capacidade e os níveis de conforto da equipa (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). A habilidade da equipa para demonstrar comportamentos específicos depende dos factores ambientais, a par das suas capacidades e talentos, sendo que a melhor forma de estabelecer se a equipa é apropriada para um ambiente específico é através da avaliação dos seus comportamentos em determinado ambiente (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006).

Independentemente do local onde a equipa trabalha, cada ambiente inclui uma população-alvo, objectivos específicos para essa população, o número específico de membros da equipa de trabalho directamente envolvidos, o número total de elementos da população e, possivelmente também, actividades de outros visitantes, presença de outros animais ou outras actividades envolvidas (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). A melhor determinação de uma equipa poder trabalhar equilibradamente num meio envolvente específico depende de uma avaliação feita através de uma observação cuidada (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006).

Os membros de uma equipa de trabalho directamente envolvido acarretam mais peso do que qualquer outro elemento do meio envolvente, visto que a existência de membros efectivos de uma equipa minoriza os riscos associados com populações imprevisíveis e permite às equipas abordarem objectivos complexos (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Quando os objectivos são específicos e complexos, a capacidade torna-se uma questão importante, pois as capacidades da equipa devem ser adequadas no sentido de irem de encontro aos objectivos de determinado programa (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006).

Animais talentosos e gentis podem fornecer oportunidades eficazes para a promoção da comunicação e socialização; no que toca à abordagem das necessidades de indivíduos traumatizados, as capacidades que um animal tem não são tão importantes como a sua aptidão para lidar incondicionalmente com as pessoas, aumentando os seus sentimentos de segurança (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Contudo, nem todas as populações são apropriadas para o TAA e AAA, por mais tolerantes ou talentosos que sejam os animais – pessoas que possam magoar o animal ou terapeuta, mesmo que inadvertidamente, não são apropriadas para este tipo de terapia (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Cabe ao terapeuta, assim, fazer uma selecção e determinar quais as populações que podem ou não ser utilizadas (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Como obviamente não é possível mudar as populações, devem descobrir-se formas para compensar e encontrar o equilíbrio – as autoras exemplificam isto com a utilização de animais de porte pequeno ou de tenra idade: pode ser menos ameaçador para estes trabalharem apenas com uma criança sentada no chão ou numa cadeira, ao invés de trabalharem com um grupo de crianças que brincam livremente pelo meio envolvente; ou então recorrer à utilização de espécies de animais maiores para compensar populações mais reactivas (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006).

Nos Estados Unidos, algumas instituições que providenciam programas de TAA e AAA contam frequentemente com a presença de outros animais, sejam animais que residem naqueles locais, ou animais de estimação de visitantes, ou ainda animais de serviço (e.g., cães-guia) (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006). Alguns animais não conseguem manter a concentração na presença de outros animais e podem até tornar-se agressivos ou medrosos, o que faz com o equilíbrio esteja dependente da capacidade do animal para ignorar outros animais ou da capacidade dos responsáveis para limitar o acesso de outros animais às áreas seleccionadas para a terapia (Fredrickson-Macnamara & Butler, 2006).

Contrariamente ao que acontece nos Estados Unidos da América, onde teve início e é já praticada há mais de vinte anos, ou em países da Europa como a Inglaterra, a Alemanha ou a Holanda, ou, geograficamente mais próxima, a Espanha, onde também é posta em prática, a implementação da TAA em Portugal não tem ainda uma realização expressiva, segundo se pôde constatar com a pesquisa efectuada. Ao nível das instituições, ela é implementada sobretudo no trabalho com pacientes com deficiência

mental, encontrando-se poucos profissionais de saúde que utilizam esta técnica na sua prática clínica. Ao nível de formação, a Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais (CERCICA), em colaboração com a Fundación Bocalán, faz cursos pontuais (o último teve lugar em 2008) (CERCICA, 2009; Fundación Bocalán, 2009). Da pesquisa efectuada, os psicólogos portugueses que têm formação em TAA optam por fazer o curso, com a duração de 6 meses, na Fundación Bocalán, sediada em Madrid ou Barcelona (Fundación Bocalán, 2009).

A implementação desta terapia em Portugal tem, pois, lugar de uma forma esporádica, sendo muito desejável que ela se alargue a um leque mais abrangente de populações-alvo, pelos claros benefícios demonstrados pela experiência no estrangeiro, ainda que não se defenda que a mesma constitui uma panaceia universal.

4.2 – Limitações, contra-indicações e benefícios

Um dos maiores problemas relacionados com as IAAs, segundo Morrison (2007), é a fraqueza metodológica que estas apresentam, visto que os estudos que existem têm muitas vezes amostras reduzidas, revelam falta de aleatoriedade dos participantes ou de designação de um grupo de controlo, exibam um grupo de controlo inadequado, um baixo poder de generalização e ferramentas de avaliação dos resultados que não apresentam validade e fidelidade. Esta autora refere que nenhum dos estudos aborda o efeito de novidade que deve ser tido em conta. E já que o contacto com os animais é geralmente algo novo para os participantes, esta autora questiona-se se os efeitos dos resultados podem ou não ser diminuídos com a repetição. Outra crítica prende-se com o facto de não existirem estudos que abordem os efeitos a longo prazo de receber TAA nem *follow-ups* extensos no sentido de compreender a duração do efeito (Fine, 2006).

Contudo, Nider e Lundahl (2007) referem que apesar de muitos investigadores utilizarem *designs* de estudo simples, do tipo pré e pós-teste, vários investigadores utilizam metodologia rigorosa, recorrendo a *designs* do tipo aleatório, comparando a TAA com grupos de controlo ou com terapias já bastante utilizadas.

Apesar de existirem poucas contra-indicações para começar ou continuar com as IAA, algumas devem ser tidas em conta: clientes que demonstrem medo do animal, que expressem desinteresse em relação ao animal, que não sejam capazes de tratar o animal de uma forma apropriada e humana e pacientes com problemas médicos passíveis de serem agravados devido à exposição aos animais, como, por exemplo, pacientes imunocomprometidos, com feridas abertas ou alérgicos ao animal (Jalongo, Astorino & Bomboy, 2004; Morrison, 2007).

Outra questão que é necessária ter em conta é o bem-estar do animal e os custos associados a este tipo de terapia (Beck & Katcher, 2003; Morrison, 2007). Os animais necessitam de comida, água, alojamento, interacção social e cuidados veterinários, questões pertinentes e que não podem ser ignoradas (Beck & Katcher, 2003; Morrison, 2007).

Há, porém, diversos estudos que comprovam que, através do acto de tratar os animais, diversas competências podem ser adquiridas e melhoradas (Granger & Kogan, 2006). Estas incluem: a melhoria das capacidades motoras finas e grossas (que pode ser conseguida através de actividades como limpar, dar de comer, pentear e passear o animal); a interiorização do sentido de responsabilidade, da capacidade de ser pontual e consistente, devido à existência de horários; e a melhoria da auto-estima, através do sucesso nas tarefas que as crianças e os jovens desempenham com os animais, contribuindo para que tenham mais confiança quando realizam outras tarefas (Granger & Kogan, 2006).

A AAT pode ajudar no ensino de competências de vida como a comunicação, a auto-eficácia, as capacidades de resolução de problemas, a determinação, a empatia e muitos outros traços que promovem a resiliência em jovens (Tedeschi et al., 2005). A terapia assistida por animais pode, pois, ser usada para melhorar os factores de protecção e para ajudar a tornar os jovens resilientes face aos factores de risco que enfrentam (Tedeschi et al., 2005).

A AAA/TAA permite a várias crianças e jovens em risco aprender a ter a capacidade de cuidar, algo que é tradicionalmente transmitido pelos pais/cuidadores (Delta Society,

2009). Ao serem ensinadas a cuidar de um animal, as crianças e os jovens conseguem desenvolver tais capacidades (Delta Society, 2009).

Como já foi dito, um factor de protecção significativo para jovens em risco é a aquisição de competências que promovam o sentido de auto-eficácia (Rutter, 1987). Tedeschi e colaboradores (2005), advogam que ter animais no sistema escolar parece melhorar a assiduidade dos alunos, bem como proporcionar inspiração e motivação aos estudantes para estes participarem em actividades em que de outra forma não estariam envolvidos.

Uma variedade de estudos demonstra, assim, a importância dos animais como suporte social (McNicholas & Collis, 2006; Melson & Fine, 2006). A avaliação de um programa de terapia assistida por animais com jovens com problemas de delinquência no Oregon, Estados Unidos, constatou melhorias comportamentais extremamente significativas nas áreas do respeito pela autoridade, interacção social e capacidade de liderança, bem como melhorias ao nível da honestidade, empatia, compreensão, nível de confiança e orgulho na concretização de tarefas (Granger & Kogan, 2006).

Cuidar de animais pode, portanto, ser um auxiliar precioso na aprendizagem do cuidado pelas crianças e jovens e no aumento da motivação (Beck & Katcher, 2003). A TAA permite às crianças “libertarem” a sua afectividade, permitindo-lhes também um controlo e regulação do seu próprio comportamento, ao mesmo tempo que desenvolvem empatia com outros seres vivos (Granger & Kogan, 2006). Através do sucesso com animais, muitas crianças e jovens são capazes de aumentar a sua auto-estima e, conseqüentemente, ser mais confiantes na abordagem a novas tarefas (Granger & Kogan, 2006).

Um estudo qualitativo utilizando animais de quinta, conduzido por Mallon (1994 citado por Parshall, 2007), com 80 crianças e jovens dos 7 aos 16 anos com dificuldades comportamentais, emocionais e académicas significativas demonstrou que esses indivíduos tinham tendência a usar os animais da mesma forma que alguém que recorre a um terapeuta isento e confidencial. As crianças e os jovens visitavam os animais e falavam livremente, afirmando deter um sentimento de bem-estar após a visita. Os terapeutas responsáveis por estas crianças e jovens constataram que os animais actuavam como um agente catalisador, aproximando-os do terapeuta.

Na primeira meta-análise realizada acerca da TAA, conduzida por Nimer e Lundahl (2007), foram analisados 250 estudos acerca deste tipo de intervenção, com os objectivos de analisar os efeitos médios da TAA, a estabilidade deste efeito e avaliar se a variabilidade da implementação da TAA e dos seus participantes influenciava os resultados. Foram distinguidos quatro grupos de resultados para organizar as diferentes variáveis dependentes encontradas ao longo dos estudos: perturbações do espectro autista, resultados médicos, bem-estar emocional e comportamentos observáveis (Nimer & Lundahl, 2007). Da mesma forma, foram também codificadas variáveis independentes, das quais umas dependiam das características dos participantes (idade e problemas que apresentam) e outras das variações na aplicação do TAA (utilização ou não de grupo de controlo, tipo de animal utilizado, local de tratamento, modo de aplicação – individual, em grupo, ou combinação dos dois –, e duração do tratamento) (Nimer & Lundahl, 2007).

Nimer e Lundahl (2007) constataram que os animais mais utilizados nos estudos foram os cães, o que, segundo os autores, se pode dever ao facto de os cães serem domesticáveis e mais facilmente treináveis, sendo que “os dados obtidos sugerem que os cães apresentam maior probabilidade de serem mais eficazes comparativamente ao uso de outros animais” (Nimer & Lundahl, 2007, p. 235). Os autores salientam também a necessidade de se efectuarem mais estudos, pois não foi encontrado um único estudo que comparasse o uso de diferentes animais. Outra conclusão constatada foi que a intervenção da TAA se prendia mais frequentemente com a problemática da saúde mental (Nimer & Lundahl, 2007). Foram encontrados igualmente resultados positivos e moderadamente fortes no que concerne à redução de sintomas nas perturbações do espectro do autismo, nos resultados médicos e comportamentos observáveis (Nimer & Lundahl, 2007).

Dos estudos analisados por Nimer e Lundahl (2007), a TAA era mais utilizada em adultos do que em menores, mas foi concluído que as crianças e os jovens apresentavam benefícios em todas as variáveis de resultados, incluindo os sintomas associados com o autismo, enquanto que nos outros grupos de idades havia menos consistência no grau em que estes beneficiavam da TAA, o que, de acordo com os autores, pode ser

explicado pelo facto de estes indivíduos poderem ser mais abertos à influência do animal.

Finalmente, Nimer e Lundahl (2007) concluem que a TAA é uma intervenção eficaz e que, de uma forma geral, as características do participante ou do tipo de tratamento não parecem influenciar os resultados obtidos, afirmando que “os resultados desta meta-análise suportam a impressão vigente de que os animais podem ajudar no processo de cura” (Nider & Lundahl, 2007, p. 234).

Capítulo V – Estudo Empírico

5.1 Objectivos e variáveis do estudo

Tendo em consideração a revisão da literatura efectuada e cuja síntese foi já apresentada, formularam-se os seguintes objectivos da investigação:

- a) Identificar os níveis de resiliência de um grupo de jovens em risco;
- b) Analisar a relação entre resiliência e variáveis sócio-demográficas;
- c) Identificar os níveis de auto-estima de um grupo de jovens em risco;
- d) Analisar a relação entre auto-estima e variáveis sócio-demográficas;
- e) Explorar as relações entre resiliência e auto-estima no mesmo grupo;
- f) Conhecer a opinião³ desta amostra em relação à TAA; e
- g) Analisar a relação entre a opinião em relação à TAA e variáveis sócio-demográficas.

As variáveis principais do presente estudo são a resiliência, a auto-estima e a opinião acerca da TAA. Em relação às variáveis secundárias, estas são constituídas pelo:

- a) Sexo (variável nominal, operacionalizada em Masculino e Feminino);
- b) Idade (variável intervalar, operacionalizada em 15, 16, 17 e 18 anos);

³ Recorreu-se à definição de opinião como “uma conduta verbal isolada, ligada a processos ocorrenciais. É a expressão de uma atitude face a um objecto geralmente controverso, e é susceptível de mudar segundo as circunstâncias. A opinião é recolhida com a ajuda de questionários, construídos com o fim de suscitar tomadas de posição manifestas, de conhecer condutas objectivas ou de estudar explicitamente aspectos da ideologia” (Dicionário de Psicologia, 1998/2001, p. 547); e, também, “2. uma atitude; predisposição duradoura para se comportar de uma certa maneira para com os objectos, animais ou pessoas” (Dicionário de Psicologia, 1981/1989, p. 393).

- c) Escolaridade (variável intervalar, operacionalizada em 9º, 10º, 11º e 12º ano);
- d) Reprovação (variável nominal, operacionalizada em Sim e Não); e
- e) Número de reprovações (variável intervalar).

5.2 Método

5.2.1 Participantes

O método de selecção da amostra foi não probabilístico, em que a amostragem se revela por conveniência, na medida em que os elementos foram seleccionados pelas suas características e disponibilidade (Carvalho, 2004).

A amostra é constituída por 32 indivíduos que frequentam uma IPSS do centro do Porto. Esta amostra é composta maioritariamente por indivíduos do sexo feminino com uma média de idades de 15,91 anos (*DP*: 0,856), estando a maior parte dos jovens a frequentar o 11º ou o 12º anos. Relativamente às reprovações, a maioria dos sujeitos nunca reprovou de ano, sendo que os alunos que reprovaram ficaram retidos uma vez. Em relação à existência de animais de estimação [em casa], a maioria dos sujeitos tem animais em casa, embora não haja uma diferença muito significativa em relação aos sujeitos que não têm animais de estimação. No caso do número de animais de estimação que os sujeitos têm, a maioria tem um ou dois animais de estimação. Em relação à vontade de ter animais de estimação, pergunta respondida apenas pelos sujeitos que não tinham animais de estimação em casa, a maioria dos indivíduos afirmou que os gostaria de ter (cf. Tabela 1).

Tabela 1.

Caracterização Sócio-demográfica da Amostra (N=32)

Características	N	%
Sexo		
Feminino	20	62,5
Masculino	12	37,5
Idade		
15 anos	12	37,5
16 anos	12	37,5
17 anos	7	21,9
18 anos	1	3,1
Escolaridade		
9º ano	6	18,8
10º ano	8	25,0
11º ano	9	28,1
12º ano	9	28,1
Reprovação		
Sim	5	15,6
Não	27	84,4
Número de reprovações		
Uma	5	100
Existência de um animal de estimação		
Sim	17	53,1
Não	15	46,9
Número de animais de estimação		
Um	9	52,9
Dois	6	35,3
Três	1	5,9
Seis	1	5,9
Vontade de ter animais de estimação		
Sim	12	80,0
Não	3	20,0

5.2.2 Material ⁴

A avaliação dos sujeitos foi feita através de questionários de auto-resposta. Assim, aplicou-se um questionário sócio-demográfico que também continha perguntas para avaliar a opinião dos sujeitos em relação à presença de animais de estimação no espaço da associação (cf. ANEXO A); um instrumento de medida da resiliência, a adaptação portuguesa de Felgueiras (2008) do Resilience Scale de Wagnild e Young (1993) (cf. ANEXO B); e um instrumento de medida da auto-estima, a adaptação portuguesa de Santos e Maia (2003) da Escala de Auto-Estima de Rosenberg (cf. ANEXO C).

Questionário Sócio-demográfico. O questionário sócio-demográfico é composto por nove questões de caracterização pessoal (sexo, data de nascimento, idade, ano de escolaridade, se já reprovou e quantas vezes, se tem animal de estimação e quantos tem, e, se não tem [um animal de estimação], se gostaria de ter) e seis questões de opinião acerca da presença de animais na Associação.

As questões acerca da presença de animais no espaço da Associação foram elaboradas com base na consulta de literatura acerca da TAA e com linguagem apropriada para a faixa etária e o nível de escolaridade dos sujeitos. Este questionário foi construído pela autora deste estudo, sendo a sua construção supervisionada pela orientadora da mesma.

De seguida apresentam-se os itens do questionário e as respectivas referências bibliográficas que lhes serviram de base (cf. Tabela 2).

⁴ Por questões éticas, e por indicação da orientadora, é facultado um exemplar do protocolo e das respectivas autorizações obtidas, em dossier separado, apenas aos membros do júri da presente dissertação.

Tabela 2.

Construção dos Itens acerca da Opinião sobre a Terapia Assistida por Animais

Itens	Referências bibliográficas
Se houvesse forma de teres animais de estimação aqui, na Associação, uma ou duas vezes por semana , gostarias?	Ascione, Barnard, Brooks e Sell-Smith (2006); Kaminski, Pellino e Wish, 2002, citado por Morrison, 2007; Viehl (1995).
Preferias:	Baun, Johnson e McCabe (2006); Fine (2006); Serpell, Coppinger e Fine (2006).
a) animais adultos e/ou bebês?	Fine (2006); Granger e Kogan (2006); Nimer e Lundahl (2007).
b) que espécies de animais?	Fine (2006); Granger e Kogan (2006); Nimer e Lundahl (2007).
c) ficar a vê-los ou mexer/brincar com eles?	Baun et al. (2006); Granger e Kogan (2006); Tedeschi et al. (2005).
d) estar sozinho ou junto com os teus colegas?	Friedmann e Tsai (2006); Granger e Kogan (2006), Nimer e Lundahl (2007).
e) alimentar os animais e/ou limpá-los?	Granger e Kogan (2006); Tedeschi et al. (2005).

Foi encontrado um estudo japonês onde, à semelhança do presente estudo, também foi construído um questionário para avaliar a opinião de sujeitos acerca da aplicação da TAA. No entanto, não foi considerado pertinente, por parte da autora desta investigação, a utilização do questionário construído por Iwahashi, Waga e Ohta (2007) devido a este ser construído para avaliar uma população específica e por se verificarem especificidades culturais inerentes ao questionário (eg., algumas das perguntas do questionário construído por Iwahashi et al. (2007) eram relativas à utilização do cão-robô *AIBO* na TAA, o que não se aplica, de todo, à população portuguesa).

Saliente-se pois, que a construção muito recente de um questionário por parte destes autores demonstra a necessidade da existência de questionários que possam avaliar a opinião de indivíduos acerca da TAA.

Resilience Scale (RS). A Resilience Scale foi originalmente desenvolvida por Wagnild e Young e pré-testada em 1988 com o objectivo de aferir níveis de resiliência (Wagnild & Young, 1993). Este estudo foi realizado com 24 mulheres que “se haviam adaptado com sucesso a um evento de vida significativo” (Wagnild & Young, 1990, citado por Wagnild & Young, 1993, p. 167). As participantes foram escolhidas por demonstrarem adaptação psicossocial positiva através de níveis de envolvimento moral e social médios e altos, sendo que foi pedido a cada uma delas que descrevesse como reagia perante uma perda auto-identificada (Wagnild & Young, 1993). A partir das suas narrativas foram identificadas cinco componentes relacionadas, que constituem a resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e auto-suficiência (Felgueiras, 2008).

Wagnild e Young (1993, p. 167) definiram as componentes através de revisão de literatura sobre resiliência, Filosofia e Psicologia. Estas são (Felgueiras, 2008, p. 42):

- a) Serenidade: uma perspectiva equilibrada da sua própria vida e experiências, a serenidade implica a capacidade de considerar uma ampla variedade de experiências, de se libertar e aceitar os acontecimentos, moderando desta forma respostas extremas à adversidade;
- b) Perseverança: o acto de persistência apesar da adversidade ou desencorajamento, a perseverança está relacionada com a vontade de continuar a luta pela reconstrução da própria vida e continuar envolvido e praticar autodisciplina;
- c) Autoconfiança: a crença em si próprio e nas suas próprias capacidades, a autoconfiança é a capacidade de o indivíduo depender de si próprio e reconhecer as forças e limitações pessoais;

d) Sentido de Vida: o reconhecimento que a vida tem um sentido e avaliação da contribuição de cada um. O sentido de vida acarreta o facto de se ter algo por que viver;

e) Auto-suficiência: a consciência de que o caminho de vida de cada pessoa é único. Enquanto que algumas experiências são partilhadas, outras, por sua vez, devem ser enfrentadas sozinhas. A auto-suficiência confere um sentimento de liberdade e sentido de unicidade.

A RS de Wagnild e Young (1993) foi adaptada e validada para a população portuguesa por Felgueiras (2008), para uma amostra de 215 estudantes do segundo e terceiros ciclos do ensino básico, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos. A escala evidenciou boa consistência interna, com um valor de *alpha* de Cronbach de 0,82 e a correlação de teste-reteste foi de 0,72 ($p < 0,001$), o que demonstra boa estabilidade temporal (Felgueiras, 2008).

Felgueiras (2008) optou por manter no estudo factores que explicassem a variância total em mais de 5%, a mesma estratégia utilizada pelas autoras originais da escala. Segundo a autora, esta solução, que pareceu ser a mais equilibrada e passível de interpretar, resultando em 5 factores, o que explica 46,04% da variância. Desta forma, no estudo de Felgueiras, “o factor I agrupou 6 itens e explicou 21,32% de variância, o factor II 7 itens e explicou 8,06% de variância, o factor III 4 itens e explicou 6,16% de variância, o factor IV 5 itens e explicou 6,31% de variância e o factor V 2 itens e explicou 5,19% de variância” (Felgueiras, 2008, p. 54).

A solução de Felgueiras (2008), com uma estrutura de cinco factores, vai de encontro à que era esperada inicialmente pelas autoras originais da escala, que identificaram cinco componentes que constituem a resiliência (Wagnild & Young, 1993).

Felgueiras (2008) denominou os factores 1 a 5 por “Perseverança”, “Auto-confiança”, “Serenidade”, “Sentido de Vida” e “Auto-suficiência”, respectivamente. A autora ressalta que todos os itens apresentaram carga factorial positiva com um intervalo de variação de 0,31 a 0,76, à excepção do item 13, que apresenta uma carga factorial de -0,46. A autora sugere que este facto pode dever-se à má formulação do item e à necessidade de o alterar ou ajustar, reflectindo dificuldade verificada na sua tradução. Finalmente, os itens ficaram distribuídos da seguinte forma: “Factor I, Perseverança, com os itens 1,2,9,10,23 e 24; Factor II, Auto-confiança, com os itens 14,15,17,18,19, 20 e 22; Factor III, Serenidade, com os itens 4,6,12 e 16; Factor IV, Sentido de vida, com os itens 8,11,13,21 e 25 e Factor V, Auto-suficiência, com os itens 3 e 7” (Felgueiras, 2008, p. 60).

A RS é então composta por vinte e cinco itens e é uma escala tipo Likert com 7 pontos, sendo que o 1 corresponde a “Discordo” e o 7 corresponde a “Concordo”. Os *scores* variam entre 25 e 175 sendo que a pontuação mais elevada corresponde a resiliência mais elevada (Wagnild & Young, 1993).

Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES). A Escala de Auto-Estima de Rosenberg foi construída por Rosenberg em 1965, com o objectivo de avaliar a auto-estima global (Santos, 2008). Esta é uma das escalas mais utilizadas para avaliar este construto (Allik & Schmitt, 2005; Romano et al., 2007), quer pela sua fácil acessibilidade em termos linguísticos e pela brevidade de resposta e cotação, quer pelo facto de ter sido traduzida para várias línguas (Santos, 2008).

A RSES foi traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa por Santos e Maia (2003). Esta investigação compreendeu três estudos com estudantes do ensino secundário (345, 195 e 44 sujeitos) com idades compreendidas entre os 15 e os 26 anos. Estes estudos analisaram a estrutura factorial, a estabilidade temporal e a validade da escala. Segundo estes autores, a consistência interna da escala revelou resultados muito satisfatórios, variando entre 0,86 e 0,92 (*alpha* de Cronbach) e em termos de validade foi constatado que os resultados na RSES se correlacionam positivamente com outras variáveis teoricamente relacionadas, como o auto-conceito, a satisfação com a vida, a aceitação social e a auto-eficácia (Santos, 2008; Santos & Maia, 2003). Mais recentemente, foram também analisadas as características psicométricas desta escala

para uma amostra de 212 estudantes do ensino superior, sendo que “os resultados do estudo foram globalmente positivos” (Santos, 2008, p. 8), nomeadamente, ao nível da validade, consistência interna e estabilidade temporal.

A RSES é composta por dez itens, cinco itens de orientação positiva (e.g., “Globalmente estou satisfeito comigo próprio”) e cinco itens de orientação negativa (e.g., “Por vezes sinto que não sou bom/boa em nada”). Os diferentes itens podem ser avaliados segundo uma escala de quatro pontos do tipo Likert, em que 1 corresponde a “Discordo Fortemente” e 4 corresponde a “Concordo Fortemente”. Os *scores* totais desta escala podem variar entre 10 e 40, sendo que os resultados mais elevados evidenciam níveis mais elevados de auto-estima e vice-versa (Santos & Maia, 2003).

“Uma auto-estima elevada, tal como é avaliada pela RSES, indica que os indivíduos se consideram pessoas de valor, respeitadores de si próprios por aquilo que são, não se sentindo, necessariamente, superiores aos outros. Uma baixa auto-estima, pelo contrário, traduz uma desvalorização, insatisfação e falta de respeito dos indivíduos relativamente a si próprios” (Santos & Maia, 2003, p. 254).

5.2.3 Procedimento

Após a definição dos instrumentos a utilizar, foram obtidas as autorizações para a sua utilização por escrito, via e-mail (cf. ANEXO D e E). Visto que a ASZF em causa é parceira do projecto no qual a investigadora se encontrava inserida, no âmbito do seu estágio curricular, não foi necessário obter uma autorização formal da parte desta. O local de estágio da investigadora autorizou a recolha de dados (cf. ANEXO F). Foi elaborado um projecto de investigação submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, que obteve também um parecer positivo (cf. ANEXO G).

A natureza deste estudo foi explicada aos sujeitos a avaliar e foi requisitada a sua disponibilidade para responder. Os consentimentos informados (cf. ANEXO H) foram então entregues aos sujeitos em envelopes não selados para que os respectivos encarregados de educação os assinassem. Posteriormente, estes foram trazidos pelos sujeitos e guardados no espaço da ASZF. Dependendo das datas em que os sujeitos se

iriam encontrar presentes na ASZF, foram combinadas as datas para a aplicação dos instrumentos.

Assim, os questionários foram aplicados em quatro grupos de cinco sujeitos e em dois grupos de seis sujeitos cada. A aplicação dos questionários decorreu numa sala separada das outras crianças, com boa iluminação e pouco ruído.

No início de cada sessão os sujeitos foram informados da duração da aplicação dos questionários, do anonimato e confidencialidade dos mesmos e da disponibilidade da investigadora para responder a eventuais dúvidas que surgissem. Seguidamente, foram distribuídos os questionários, os quais se encontravam agrafados e cuja primeira página correspondia à descrição do estudo e ao termo de assentimento informado (cf. ANEXO I) – como a autorização no termo de assentimento informado era obtida por uma cruz [x], não era possível identificar os sujeitos, não existindo impedimento para os questionários e termo de assentimento informado se encontrarem em blocos. Foram então lidos em voz alta a descrição do estudo e o termo de assentimento informado, após o que os sujeitos podiam ou não aceitar o preenchimento dos questionários. De referir que todos os sujeitos se mostraram dispostos a participar.

Após preenchimento, os questionários eram colocados pelos sujeitos num envelope, pela ordem que quisessem, de forma a garantir esse mesmo anonimato. O tempo médio de preenchimento por parte dos sujeitos foi de 15 minutos, o que se revelou ser um pouco mais rápido do que o originalmente previsto.

Para a realização da análise estatística foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 16.0.

5.3 Apresentação e discussão dos resultados

Relativamente ao **primeiro objectivo** do presente estudo (“Identificar os níveis de resiliência de um grupo de jovens em risco”), verifica-se pelos dados descritos na

Tabela 3, que a média dos níveis da resiliência é de 138,91, sendo que o ponto médio⁵ corresponde a 100 numa escala com amplitude entre 25 e 175 pontos (Md: 144).

Tabela 3.

Descrição da Resiliência na Amostra (N=32)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Amplitude Possível</i>
Resilience Scale	138,91	20,54	144	85	166	25-175

Procedeu-se, então, à identificação dos indivíduos que apresentam níveis mais elevados e mais baixos de resiliência (cf. Tabela 4). Optou-se por analisar a resiliência recorrendo ao ponto médio como ponto de corte de referência e também aos 150 pontos, por este ser um ponto de corte que as autoras da escala classificam como sendo aquele a partir do qual a resiliência é moderadamente elevada (Wagnild & Young, 1993). Da amostra total, apenas 3 indivíduos apresentaram resiliência igual ou abaixo dos 100 pontos, sendo que os restantes apresentaram resultados acima deste valor. Adicionalmente, constatou-se que 40,6% dos sujeitos apresentaram resiliência acima dos 150 pontos – moderadamente alta –, sendo que, de entre estes sujeitos, 25% eram do sexo feminino.

Tabela 4.

Identificação de Sub-grupos, tendo em consideração os Valores Superiores e Inferiores de Resiliência e o sexo (N=32)

	Sexo feminino (N=20)		Sexo masculino (N=12)		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Resilience Scale						
≤ 100 pontos	1	3,2	2	6,2	3	9,4
> 100 < 150 pontos	11	34,4	5	15,6	16	50
≥ 150 pontos	8	25,0	5	15,6	13	40,6

⁵ De acordo com Murteira, Ribeiro, Silva e Pimenta (2002), o ponto médio é dado pela média aritmética entre o menor valor e o maior valor da amostra, normalmente só usado em casos nos quais o comportamento dos valores extremos é importante, sendo assim, $x' = (x_{\min} + x_{\max})/2$.

Analisando mais pormenorizadamente cada um dos factores presentes na RS (cf. Tabela 5), constatou-se que o ponto médio do primeiro factor – “Perseverança” – foi 24, podendo concluir-se que a média obtida pela amostra neste factor foi superior ao ponto médio, verificando-se também que não existiram respostas próximas do mínimo possível (6), mas existiram respostas de pontuação máxima (42). Um quadro semelhante pôde constatar-se em relação ao factor II – “Auto-confiança” –, podendo verificar-se também que a média deste factor foi superior ao ponto-médio, não existindo respostas próximas da pontuação mínima (7), e encontrando-se respostas próximas do máximo possível (49). No factor III – “Serenidade” –, constatou-se que a média obtida também foi superior ao ponto médio, existindo respostas de pontuação máxima possível e o mínimo respondido pelos sujeitos (15) ultrapassou amplamente o mínimo possível neste factor (4). Quanto ao factor IV – “Sentido de vida” –, verificou-se também que a média foi superior ao ponto médio e que não existiram respostas próximas do mínimo possível, mas existiram respostas no máximo possível. Finalmente, no factor V – “Auto-suficiência” constatou-se o que se vinha observando até então: que a média neste factor foi superior ao ponto médio e o máximo obtido pelos sujeitos foi o máximo possível, verificando-se, no entanto, que o mínimo obtido pelos sujeitos foi próximo do mínimo possível (diferença de 3 pontos). Tal pode ser explicado pelo reduzido número de itens que compõem este factor (2).

Resumindo, em todos os factores a amostra apresentou médias mais elevadas que o ponto médio respectivo.

Tabela 5.

Descrição dos factores da Resilience Scale (N=32)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Amplitude</i> <i>Possível</i>	<i>X'</i>
Factor I: Perseverança	34,06	5,84	20	42	6-42	24
Factor II: Auto-Confiança	38,81	6,50	21	48	7-49	28
Factor III: Serenidade	23,50	4,08	15	28	4-28	16
Factor IV: Sentido de vida	26,97	4,40	18	34	5-35	20
Factor V: Auto-suficiência	10,22	2,43	5	14	2-14	8

O **segundo objectivo** deste estudo refere-se à análise da relação entre resiliência e variáveis sócio-demográficas. Para efectuar esta análise, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (cf. Tabela 6).

Quanto à relação entre resiliência e idade, foi obtida uma correlação negativa muito fraca, não sendo esta estatisticamente significativa. Relativamente ao ano de escolaridade dos sujeitos e ao número de animais de estimação que os sujeitos têm em casa, foi obtida uma correlação negativa muito fraca, embora esta não seja estatisticamente significativa. Foram também analisadas as respostas à pergunta “Se não tens animais de estimação, gostarias de ter?”, e obteve-se uma correlação negativa muito fraca, embora, mais uma vez, esta não apresente significância estatística.

Tabela 6.

Correlação entre Resiliência e variáveis sócio-demográficas (N=32)

	Resiliência	
	R_s	p
Idade	-0,075	0,683
Ano de escolaridade	-0,130	0,477
Número de animais de estimação	-0,087	0,739
Vontade de ter um animal de estimação	-0,077	0,784

Relativamente às variáveis nominais sexo, reprovação e animais de estimação, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para averiguar a relação entre resiliência e estas variáveis (cf. Tabela 7).

Em relação à variável sexo, verificou-se que os sujeitos do sexo feminino obtinham níveis mais elevados de resiliência do que os do sexo masculino, embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Relativamente à variável reprovação, constatou-se que os indivíduos que haviam reprovado revelavam níveis de resiliência mais elevados, valores que, no entanto, não são estatisticamente significativos.

Na variável animais de estimação, os indivíduos que afirmaram não terem animais de estimação revelaram maiores níveis de resiliência, ainda que, mais uma vez, tal não seja estatisticamente significativo.

A resposta à pergunta relativa ao número de reprovações (“Se sim [reprovaste], quantas vezes?”), não foi utilizada, devido ao efectivo número de respostas ter sido muito reduzido.

Dado os resultados apresentarem valores de significância superiores a 0,05, não é possível concluir que os níveis da resiliência estão relacionados com as variáveis sócio-demográficas supramencionadas.

Tabela 7.

Resiliência em função de variáveis sócio-demográficas (N=32)

		Resiliência				
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Sexo	Feminino	20	17,48	100,500	-0,760	0,447
	Masculino	12	14,88			
Reprovação	Sim	5	18,90	55,500	-0,623	0,533
	Não	27	16,06			
Animais de estimação	Sim	17	15,09	103,500	-0,907	0,364
	Não	15	18,10			

No estudo longitudinal realizado por Emmy Werner (2006), já descrito anteriormente, foram encontradas diferenças de género na população que esta psicóloga estudou – jovens em risco. Foi constatado que mais mulheres do que homens conseguiram fazer uma transição bem sucedida quando atingiram a idade dos trinta anos (Werner, 2006). No entanto, Rutter (2003), citando um estudo longitudinal a decorrer na Nova Zelândia há mais de 30 anos (*Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*), afirma que não existem evidências de que as raparigas sejam menos vulneráveis e mais resilientes do que os rapazes.

Relativamente à relação entre idade e resiliência, Rutter (2003) refere, citando diversos estudos, que durante o período da adolescência, uma combinação de factores genéticos e ambientais pode aumentar a exposição e sensibilidade a eventos de vida significativos, mais em raparigas do que rapazes. Visto no presente estudo todos serem adolescentes, tal terá de ser testado no futuro.

No que toca ao **terceiro objectivo** deste estudo (“Identificar os níveis de auto-estima de um grupo de jovens em risco”), verifica-se, pelos dados descritos na Tabela 8, que a média dos níveis de auto-estima é baixa, tendo em conta a amplitude possível desta escala e o seu ponto médio – 25 pontos (cf. Md).

Tabela 8.

Descrição da Auto-estima na Amostra (N=32)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Amplitude Possível</i>
Escala de Auto-Estima de Rosenberg	22,88	2,08	23,5	15	29	10-40

Procedeu-se, então, à identificação dos indivíduos que apresentaram níveis mais elevados e mais baixos de auto-estima (cf. Tabela 9).

Relativamente à RSES, apenas 3 indivíduos obtiveram pontuações mais altas do que 25 pontos (27, 28 e 29 pontos, respectivamente), dois dos quais sendo do sexo feminino. Isto demonstra mais pormenorizadamente que, do ponto de vista comparativo, os níveis da resiliência e da auto-estima não coincidem, visto que a grande maioria dos níveis de auto-estima se revelaram baixos, enquanto que 40,6% dos níveis de resiliência se revelam moderadamente elevados.

Tabela 9.

Identificação de Sub-grupos, tendo em consideração os Valores Superiores e Inferiores da Auto-estima e o Sexo (N=32)

	Sexo feminino (N=20)		Sexo masculino (N=12)		Total	
	N	%	N	%	N	%
Escala de Auto-Estima						
≤ 25 pontos	18	56,2	11	34,4	29	90,6
> 25 pontos	2	6,2	1	3,2	3	9,4

Em relação ao **quarto objectivo** – “Analisar a relação entre auto-estima e variáveis sócio-demográficas” –, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman para efectuar esta análise (cf. Tabela 10). Constatou-se que, no que toca à idade, a correlação desta com a auto-estima é muito fraca, sendo que este resultado não se apresenta como estatisticamente significativo, como se pode verificar pelo nível de significância (cf. Tabela 10). O mesmo acontece com as variáveis ano de escolaridade e vontade de ter um animal de estimação [em casa], em que foi obtida uma correlação positiva fraca, sem significância estatística. Em relação ao número de animais de estimação, constatou-se que existe uma correlação negativa fraca que, no entanto, não apresenta significância estatística.

Tabela 10.

Correlação entre a Auto-estima e variáveis sócio-demográficas (N=32)

	Auto-estima	
	R_s	p
Idade	0,149	0,414
Ano de escolaridade	0,243	0,181
Número de animais de estimação	-0,211	0,416
Vontade de ter um animal de estimação	0,216	0,439

Para analisar as relações entre auto-estima e as variáveis sexo, reprovação e animais de estimação utilizou-se o teste U de Mann-Whitney (cf. Tabela 11). Os resultados obtidos demonstraram que, na variável sexo, os indivíduos do sexo masculino apresentavam

níveis inferiores de auto-estima em relação aos do sexo feminino, embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Em relação à variável reprovação, constatou-se que os indivíduos que nunca reprovaram apresentaram níveis mais elevados de auto-estima, não sendo estas diferenças estatisticamente relevantes, embora seja de referir que elas se aproximam da significância estatística.

Relativamente à variável animais de estimação, verificou-se que sujeitos que não tinham animais de estimação apresentavam níveis superiores de auto-estima, diferenças que também não são estatisticamente significativas.

Sendo assim, não se pode inferir acerca da relação entre a variável auto-estima e as variáveis sexo, reprovação e animais de estimação, dado estes valores não apresentarem níveis de significância inferiores a 5%.

Tabela 11.

Auto-estima em função de variáveis sócio-demográficas (N=32)

		Auto-estima				
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Sexo	Feminino	20	16,98	110,500	-0,374	0,709
	Masculino	12	15,71			
Reprovação	Sim	5	9,40	32,000	-1,863	0,063
	Não	27	17,81			
Animais de estimação	Sim	17	15,85	116,500	-0,420	0,675
	Não	15	17,23			

Contrariamente ao constatado no presente estudo, num estudo realizado por Romano et al. (2007), analisando as diferenças de auto-estima global em função do sexo e idade, os adolescentes evidenciaram uma maior auto-estima do que as adolescentes, não tendo sido encontrados, no entanto, diferenças estatisticamente significativas em função dos grupos etários considerados. O mesmo foi encontrado por Santos e Maia (2003), que também constataram que os resultados obtidos da relação entre auto-estima e sexo no

seu estudo vão de encontro aos dos observados por outros autores, inclusive no contexto português. Os *scores* encontrados, embora pouco significativos, são geralmente mais elevados no sexo masculino, particularmente durante o período da adolescência.

De acordo com Steinberg (2002, citado por Santos, 2008, p. 8), “o nível mais baixo de auto-estima global por parte de raparigas adolescentes poderia ser explicada pelo facto do auto-conceito físico influenciar substancialmente a forma como estas se sentem relativamente a si próprias, sendo que as adolescentes menos satisfeitas com o seu aspecto físico apresentam níveis mais baixos de auto-estima”. Esta relação também se constata nos rapazes, mas parece ser menos importante na determinação da auto-estima Santos, 2008). Também segundo Santos (2008, p. 8), “o pensamento egocêntrico, relacionado com o desenvolvimento cognitivo que os adolescentes atravessam (Elkind, 1967, citado por Santos, 2008), associado a uma cultura que valoriza imagens idealizadas de beleza física, em particular a das mulheres, poderá encontrar-se na base das diferenças detectadas entre os dois sexos no estudo de Santos e Maia (2003)”.

No que toca ao **quinto objectivo** deste estudo (“Explorar as relações entre resiliência e auto-estima no mesmo grupo”), procedeu-se igualmente à análise conjunta da resiliência e da auto-estima, considerando os pontos médios (cf. Tabela 12). Assim, apenas dois indivíduos apresentaram níveis de resiliência menores ou iguais a 100 pontos e níveis de auto-estima abaixo dos 25 pontos e um indivíduo apresentou níveis de resiliência menores ou iguais a 100 pontos e níveis de auto-estima maiores ou iguais que 25 pontos. Dos indivíduos que apresentaram níveis de resiliência maiores que 100 pontos e níveis de auto-estima menores que 25 pontos – a maioria da amostra – 13 são do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Quanto aos indivíduos que apresentaram níveis de resiliência maiores que 100 pontos e níveis de auto-estima maiores ou iguais a 25 pontos, 6 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Tendo em consideração o reduzido efectivo, optou-se por não analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos a este nível.

Tabela 12.

Identificação de Sub-grupos, tendo em consideração os Valores Superiores e Inferiores de Resiliência e Auto-estima e o Sexo (N=32)

	Sexo feminino (N=20)		Sexo masculino (N=12)		Total	
	N	%	n	%	N	%
Resiliência \leq 100 & Auto-estima < 25	1	50	1	50	2	100
Resiliência \leq 100 & Auto-estima \geq 25	0	0	1	100	1	100
Resiliência > 100 & Auto-estima < 25	13	61,9	8	38,1	21	100
Resiliência > 100 & Auto-estima \geq 25	6	75,0	2	25,0	8	100

Utilizou-se a correlação de Spearman para relacionar o *score* global de auto-estima com os de resiliência (global e dos factores) (cf. Tabela 13).

Constata-se, pelo valor do teste de correlação de Spearman, que as duas variáveis (resiliência e auto-estima) não se correlacionam de forma linear, uma vez que o valor do coeficiente de correlação está muito próximo de zero. No entanto, não se pode considerar este teste como estatisticamente relevante, uma vez que o nível de significância é bastante elevado. Uma possível explicação para estes resultados poderá ser derivada do facto de a amostra ser muito reduzida.

Os factores “Perseverança” e “Auto-confiança” apresentam correlações positivas muito fracas com a auto-estima, embora estes valores não sejam estatisticamente significativos devido aos níveis de significância elevados. Quanto ao factor “Serenidade”, observa-se uma correlação negativa muito fraca com a auto-estima, mas que também não apresenta relevância estatística. O factor “Sentido de vida” apresenta uma correlação negativa fraca com a auto-estima e o factor “Auto-suficiência”, uma correlação positiva muito fraca, sendo que estes valores também não são estatisticamente significativos.

Visto que nenhuma destas relações é estatisticamente significativa, pode afirmar-se que não existem relações de dependência entre a variável auto-estima e a variável resiliência.

Tabela 13.

Correlação entre Resiliência e Auto-estima (N=32)

	Auto-estima	
	R_s	p
Resiliência global	-0,085	0,644
Factor I: Perseverança	0,129	0,482
Factor II: Auto-confiança	0,073	0,690
Factor III: Serenidade	-0,183	0,316
Factor IV: Sentido de vida	-0,241	0,184
Factor V: Auto-suficiência	0,102	0,580

Utilizou-se também o teste U de Mann-Whitney para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de auto-estima e os níveis de resiliência abaixo de 150 pontos e acima de 150 pontos na RS (cf. Tabela 14). Constatou-se que indivíduos que obtiveram pontuações inferiores a 150 pontos na RS revelam uma auto-estima superior do que indivíduos que obtiveram pontuações iguais ou superiores a 150 pontos, no entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa.

Tabela 14.

Comparação da Auto-estima dos dois grupos constituídos em função da sua Resiliência (N=32)

	Auto-estima				
	N	M	U	Z	p
Resiliência < 150	19	17,11	112,00	-0,446	0,656
Resiliência \geq 150	13	15,62			

Ao contrário dos valores obtidos no presente estudo, é demonstrada na literatura a relação entre auto-estima e resiliência e, especificamente, que a auto-estima elevada é um indicador de resiliência – alguns estudos comprovam que, para se ser resiliente, é

positivo ter um sentimento seguro e definido acerca do próprio valor enquanto indivíduo, bem como ter confiança e convicção de que é possível lidar com sucesso face aos desafios da vida (Rutter, 1987). No entanto, não se pode apenas falar da variável auto-estima para explicar a resiliência, pois existem muitas outras variáveis que podem funcionar como factores de protecção, influenciando os níveis de resiliência.

Aronowitz (2005) salienta a importância da existência de um adulto que acredita na criança ou no jovem e que o acompanhe, ajudando-o a desenvolver o seu potencial e incentivando-o a ter expectativas elevadas, demonstrando, desta forma, à criança ou ao jovem que ele é valorizado e é competente. Adoptar estes comportamentos é, segundo este autor, uma forma de permitir às crianças e jovens em risco que prevejam um futuro positivo para eles mesmos e, conseqüentemente, uma forma de promover resiliência contra futuros comportamentos de risco. Na opinião da autora do presente estudo, esta variável pode ter alguma importância ao explicar os níveis de resiliência apresentados pelos jovens em contraste com os níveis de auto-estima, visto que os jovens beneficiam de um quadro de apoio com adultos que os acompanham diariamente no espaço da ASZF.

Relativamente ao **sexto objectivo** – “Conhecer a opinião desta amostra em relação à TAA” – constatou-se que a maioria dos sujeitos gostaria de ter animais na ASZF (cf. Tabela 15). Relativamente à pergunta “Preferias animais adultos e/ou bebés?”, a maioria dos sujeitos gostaria que fossem animais bebés. Na pergunta acerca da espécie de animais que os sujeitos preferiam, estes podiam escolher mais do que uma opção, bem como escolher a opção “outros”, especificando quais. Fazendo o análise destas respostas, verifica-se que a maior parte dos sujeitos prefere cães e/ou gatos com 18 dos 21 sujeitos a incluir um destes animais na sua resposta, o que corresponde a 85,6% da amostra. Em relação à pergunta “Que tipo de contacto gostarias de ter com eles [os animais]?” todos os sujeitos responderam “Mexer/brincar com eles”. Em relação à pergunta “Preferias estar sozinho com os animais ou juntamente com os teus colegas?”, a amostra dividiu-se equitativamente sendo que apenas mais um sujeito respondeu que gostaria de estar com os colegas em vez de estar sozinho com os animais. Na pergunta “Preferias alimentar e/ou limpar os animais?”, a maior parte dos sujeitos respondeu que gostaria de fazer ambos, sendo que nenhum sujeito respondeu que não gostaria de fazer qualquer destas actividades.

Tabela 15.

Opinião acerca de animais de estimação na ASZF (N=32)

	N	%
Presença de animais de estimação na ASZF		
Sim	21	65,6
Não	11	34,4
Preferias:		
a) Animais adultos	0	0
Animais bebês	12	57,1
Tanto faz	5	23,8
Ambos	4	19,0
b) Cães	4	19,0
Gatos	1	4,8
Peixes	1	4,8
Répteis	1	4,8
Cães e Gatos	4	19,0
Cães, Gatos e Porquinhos-da-Índia	2	9,5
Cães, Gatos e Répteis	1	4,8
Cães, Gatos e Pássaros	1	4,8
Cães, Gatos, Coelho e Porquinhos-da-Índia	1	4,8
Cães, Gatos, Pássaros e Peixes	1	4,8
Cães, Pássaros e Peixes	1	4,8
Cães, Peixes e Répteis	1	4,8
Gatos e Peixes	1	4,8
Cavalos	1	4,8
c) Ficar a ver os animais	0	0
Mexer/brincar com eles	21	100
d) Estar sozinho/a com os animais	10	47,6
Juntamente com os colegas	11	52,4
e) Alimentar os animais	5	23,8
Limpar os animais	3	14,3
Ambos	13	61,9
Nenhum	0	0

Relativamente ao **sétimo objetivo** deste estudo – “Analisar a relação entre a opinião em relação à TAA e variáveis sócio-demográficas” – utilizou-se o teste U de Mann-Whitney para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as respostas à pergunta “Se houvesse forma de teres animais aqui, na Associação, uma ou duas vezes por semana, gostarias?” e variáveis sócio-demográficas. Constatou-se, relativamente à idade (cf. Tabela 16), que sujeitos com idades mais elevadas apresentaram uma opinião desfavorável à TAA, embora o nível de significância do teste não permita que este tenha relevância estatística. O mesmo se verifica em relação ao ano de escolaridade dos sujeitos, visto que sujeitos que frequentavam anos de escolaridade superiores apresentavam uma média de respostas desfavorável em relação à TAA, contudo, também sem significância estatística.

Tabela 16.

Opinião acerca da TAA em função de idade e ano de escolaridade (N=32)

	Opinião acerca da TAA				
	Sim (N=21)	Não (N=11)	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>M</i>			
Idade	15,29	18,82	90,000	-1,076	0,282
Ano de escolaridade	14,60	20,14	75,500	-1,642	0,101

Em relação ao número de animais de estimação que os sujeitos têm, constatou-se que indivíduos que tem um menor número de animais de estimação apresentam respostas mais favoráveis relativamente à TAA (cf. Tabela 17), embora estas não tenham significância estatística.

Tabela 17.

Opinião acerca da TAA em função de número de animais de estimação (N=17)

	Opinião acerca da TAA				
	Sim (N=11)	Não (N=6)	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>M</i>			
Número de animais de estimação	9,82	7,50	24,000	45,000	0,315

Utilizou-se o teste de independência do Qui-Quadrado para averiguar se a opinião acerca da TAA estava relacionada com as variáveis sexo, reprovação e animais de estimação (cf. Tabela 18). Neste teste, a hipótese nula sustenta que não existem diferenças significativas entre as distribuições que se comparam (Bisquerra, Sarriera & Martínez, 2004).

No caso da variável sexo, rejeita-se a hipótese nula, podendo afirmar-se que existe uma relação entre esta variável e a opinião acerca da TAA. Relativamente às variáveis reprovação e animais de estimação, não se rejeitam as hipóteses nulas, isto é, não se verifica uma relação entre estas variáveis e a opinião acerca da TAA. No caso da variável vontade de ter animais de estimação [em casa], rejeita-se também a hipótese nula, pelo que se pode afirmar existir uma relação entre esta variável e a opinião acerca da TAA.

Em relação ao sexo, cinco sujeitos do sexo masculino e 16 do sexo feminino afirmaram que gostariam de ter animais de estimação na ASZF. Dos sujeitos que afirmaram que não gostariam de ter animais na ASZF, sete eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino.

Dos sujeitos que reprovaram, 4 afirmaram que gostariam de ter animais na ASZF, ao passo que um disse que não. Dos que não reprovaram, 17 afirmaram que gostariam de ter animais da ASZF, enquanto 10 afirmaram que não gostariam.

Dos sujeitos que têm animais de estimação em casa, 11 afirmaram que gostariam de os ter na ASZF, ao passo que 6 afirmaram o contrário. Dos que não têm animais de estimação em casa, 10 afirmaram que gostariam de os ter na ASZF, enquanto 5 afirmaram que não gostariam.

Relativamente aos sujeitos que gostariam de ter animais de estimação em casa, 10 sujeitos afirmaram que também gostariam de ter animais na ASZF e 2 afirmaram que não gostariam. Dos três sujeitos que afirmaram não querer ter animais em casa, também disseram que não os queriam ter na ASZF.

Tabela 18.

Opinião acerca da TAA em função de variáveis sócio-demográficas (N=32)

	Opinião acerca da TAA	
	X^2	p
Sexo	4,885	0,027
Reprovação	0,112	0,737
Animais de estimação	0,014	0,907
Vontade de ter animais de estimação	7,500	0,006

O único estudo encontrado avaliando a opinião acerca da TAA foi realizado por Iwahashi et al. (2007) a 481 pacientes esquizofrénicos, que construíram um questionário propositadamente para efeito. Embora, como já foi referido acima, o questionário de Iwahashi et al. (2007) não tenha tido aplicação para o presente estudo, é de salientar duas das conclusões a que esse trabalho chegou. Assim, os seus autores constataram que mais de 80% dos sujeitos gostava de animais e considerava que o contacto com animais seria uma terapia alternativa útil e comprovaram que existia uma relação positiva entre a opinião acerca da TAA e o facto de os sujeitos terem animais de estimação, os pacientes que tinham animais de estimação ou que os tinham tido no passado mostravam-se mais abertos à aplicação da TAA.

Conclusão

A incapacidade de uma cultura ou de uma sociedade ou nação para cuidar, educar e socializar uma criança tem decerto efeitos desastrosos (Kumpfer & Summerhays, 2006). E se a família é muitas vezes apontada como a responsável primordial pelo acto de cuidar da criança, incluindo no que respeita ao suprimento das suas necessidades físicas, do seu suporte emocional, da sua aprendizagem, dos seus princípios morais e da sua construção da auto-estima e resiliência (Kumpfer & Summerhays, 2006), parece à autora do presente estudo que o facto de os grupos de suporte da criança ou do jovem falharem pode significar uma transmissão deficiente de conhecimento e valores à geração seguinte.

Por isso, o desenvolvimento de conhecimento científico acerca de formas eficientes de promoção da resiliência e de melhoria de resultados desenvolvimentais em crianças e jovens em risco é de extrema importância. Não menos importante é a aplicação deste conhecimento às iniciativas sociais que se possam vir a tomar ao nível da educação e da saúde (Kumpfer & Summerhays, 2006).

O objectivo central deste trabalho foi analisar os níveis de auto-estima e resiliência e a relação entre eles numa amostra de 32 jovens em risco, pertencentes a uma IPSS do centro do Porto, a ASZF, o que foi efectuado através da aplicação de questionários já existentes (Rosenberg Self-Esteem Scale e Resilience Scale). Adicionalmente, foi construído para o efeito um questionário destinado a avaliar a opinião dos sujeitos acerca de uma terapia “alternativa”, a TAA, ainda com fraca implantação em Portugal, mas que se afigurou à autora deste estudo como uma forma pertinente de promover as duas variáveis em questão: a resiliência e a auto-estima.

É de salientar que nesta amostra os níveis de resiliência encontrados foram moderados e os níveis de auto-estima foram baixos, o que sugere a necessidade de que posteriormente se venha a efectuar um trabalho mais aprofundado sobre estes aspectos.

Em qualquer estudo de natureza quantitativa, nem sempre os resultados coincidem com o que é *a priori* esperado pelo investigador, não indo, assim, por vezes ao encontro da literatura existente sobre o assunto. Isso mesmo aconteceu com este estudo, em que se

pretendia verificar a relação entre resiliência e auto-estima e em que as relações entre as variáveis, na grande maioria dos casos, não demonstraram ser estatisticamente significativas. Coloca-se a hipótese de tal se ter devido ao reduzido efectivo da amostra, o que não deixa de ser uma limitação inerente ao estudo. Assim, para uma futura análise deste tipo, considera-se uma mudança no método adoptado, propondo-se, por exemplo, a utilização de uma análise qualitativa.

Outra limitação encontrada prende-se com a utilização de questionários por auto-relato, o que pode ser problemático, nomeadamente no que diz respeito ao viés de desejabilidade social, pois, embora os questionários tenham sido anónimos, pode ter existido uma tendência para os sujeitos responderem aos questionários de acordo com o que é socialmente desejável.

É de sublinhar, todavia, que esta investigação não se destinou a extrapolar para outras populações com as mesmas características, antes pretendendo proceder ao estudo da população específica constituída pelos membros da ASZF, que, como referido na Introdução, fazem parte do Programa Escolhas. Este estudo concreto tinha por objectivo a avaliação das variáveis auto-estima e resiliência, de forma a promover essas mesmas variáveis, as quais se afiguram de grande importância para o pleno desenvolvimento do ser humano, conforme se pode constatar pela literatura encontrada. Nesta medida, o estudo teve algum nível de sucesso, ao constatar que efectivamente se verifica a necessidade de trabalhar essas mesmas variáveis, notoriamente mais a auto-estima do que a resiliência.

No entanto, é da opinião da autora, que os objectivos propostos foram alcançados, embora nem sempre com os resultados desejados, como já anteriormente mencionado.

Uma possível explicação que a autora deste estudo encontra para os níveis de resiliência encontrados no grupo pode prender-se com o facto de os jovens beneficiarem do apoio de adultos responsáveis e de relações de suporte, bem como de outro tipo de actividades e recursos disponíveis no espaço da ASZF.

Contrariamente ao encontrado neste estudo, Holland e Andre (1987, citados por Searcy, 2007) demonstram que a participação e o envolvimento social está altamente

correlacionado com a auto-estima elevada, visto que as actividades sociais ajudam a promover o desenvolvimento da personalidade e a socialização. É defendido por estes autores que a participação nestas actividades permite que os jovens canalizem a sua energia de um modo socialmente aceitável. Porém, e visto os jovens constantes do estudo presente beneficiarem já de um apoio social consistente, uma possível explicação para os baixos níveis de auto-estima poderá estar relacionado com o seu contexto de vida.

Pode encontrar-se na teoria da vinculação de Bowlby (1969, citado por Tedeschi et al., 2005) um dos mais precoces factores de protecção. A vinculação, uma vez formada, pode ser uma força permanente noutros contextos e relações, pelo que se tem assumido que a falha em conseguir a vinculação precoce pode contribuir para preocupações múltiplas (Bowlby, 1969, citado por Tedeschi et al., 2005). Os animais, especificamente os animais de estimação, porque promovem a realização de tarefas (e é sabido que a realização bem-sucedida de tarefas aumenta a auto-estima e a auto-eficácia (Rutter, 1987)), podem dar oportunidades para a vinculação e para cuidar dos outros e, mais abrangentemente, oferecer redes sociais extensas e interacção social (Tedeschi et al., 2005). A TAA pode, assim, ser usada para melhorar factores de protecção, tornando os jovens resilientes face aos factores de risco que enfrentam.

Está provado que a TAA é uma terapia auxiliar extremamente valiosa para crianças e jovens em risco, cujas auto-percepções poderão estar repletas de dúvida, culpa e confusão e cuja auto-estima poderá estar danificada (Tedeschi et al., 2005). Nestes casos, os animais servem como motivadores e catalisadores para o crescimento e mudança; o aumento da auto-estima tem sido descrito em crianças que trabalham e cuidam de animais (Tedeschi et al., 2005).

A proposta da autora deste estudo é, então, que esse trabalho seja levado a cabo através da aplicação da TAA. Desta forma, e já que a opinião da amostra em questão é maioritariamente favorável, propõe-se fazer futuramente uma proposta ao Programa Escolhas, no sentido de estudar a viabilização da aplicação de um programa de TAA no espaço da ASZF, não descurando, no entanto, uma cuidadosa avaliação da sua eficácia.

É ainda opinião da autora deste estudo que também os jovens que nesta amostra não demonstraram uma opinião favorável à TAA devem ser tomados em consideração. Não é de descurar o facto de que os jovens que não queriam animais na ASZF eram maioritariamente jovens que não tinham animais de estimação em casa e cujo contacto com animais era possivelmente reduzido ou nulo. Assim, neste tipo de casos, poderiam ser organizadas acções de sensibilização que fornecessem recursos para os jovens poderem ter um contacto com esta realidade terapêutica de uma forma consciente, havendo sempre o cuidado de tal não ser efectuado como uma imposição mas antes ter um carácter facultativo. Quanto aos jovens que eram favoráveis à TAA, esta terapia seria mais um recurso disponível, do qual poderiam usufruir.

Se a resiliência, segundo muitos autores, é um construto que deve ser promovido, especialmente em populações que podem ser consideradas vulneráveis, nomeadamente os jovens em risco, a auto-estima elevada é considerada consensualmente como um dos factores de protecção do indivíduo, podendo, conseqüentemente, ajudar na promoção da resiliência. A Terapia Assistida por Animais, como o comprovam estudos recentes, pode ser uma mais valia no desenvolvimento da auto-estima.

Destaca-se, pois, a importância para a realização de mais estudos acerca de TAA em Portugal, onde a literatura acerca desta matéria é escassa e a aplicação da terapia quase inexistente.

Referências Bibliográficas

- Allen, K. (2003). Are Pets a Healthy Pleasure? The influence of pets on blood pressure. *Current Directions in Psychological Science*, 12(6), 236-239.
- Allik, J., & Schmitt, D. P. (2005). Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, C., Sousa, M. C., Carvalho, A., Costa, M., Raimundo, F., Lemos, E., et al. (2006). Auto-estima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: efeitos diferenciais em alunos do 7º ao 10º ano. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 117-123.
- Ascione, F. R., Barnard, S., Brooks, S., & Sell-Smith, J. (2006). Animal abuse and developmental psychopathology: recent research, programmatic, and therapeutic issues and challenges for the future. Em A. H. Fine (Org.), *Handbook of animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice* (2ª ed., pp. 391-412). California: Academic Press.
- Aronowitz, T. (2005). The role of envisioning the future in development of resilience among at-risk youth. *Public Health Nursing*, 22(3), 200-208.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C., & Oliveira, R. V. (2007). Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405.
- Baun, M., Johnson, R., & McCabe, B. (2006). Human-animal interaction and successful aging. Em A. H. Fine (Org.), *Handbook of animal-assisted therapy: theoretical*

foundations and guidelines for practice (2ª ed., pp. 287-302). California: Academic Press.

Beck, A. M., & Katcher, A. H. (2003). Future directions in human-animal bond research. *American Behavioural Scientist*, 47(1), 79-93.

Bisquera, R., Sarriera, J. C., & Martínez, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. São Paulo: Artmed Editora.

Boruchovitch, E. (2001). Conhecendo as crenças sobre inteligência, esforço e sorte de alunos brasileiros em tarefas escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 461-467.

Carvalho, J. M. S. (2004). *Sebenta de Cadeira de Estatística*. Maia: Instituto Superior da Maia.

Cooperativa para Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Cascais (CERCICA) (2009). Acedido a 4 de Setembro de 2009, de <http://www.cercica.pt>

Chaplin, J. P. (Org.). (1989). *Dicionário de Psicologia*. (A. L. Matias, M. Noronha & Z. Noronha, Trad.) Lisboa: Publicações Dom Quixote. (Trabalho original publicado 1981)

Comitê de Desenvolvimento da Ciência da Aprendizagem (2007). *Como as pessoas aprendem: cérebro, mente, experiência e escola*. J. D. Bransford, R. R. Cocking, (Orgs.) São Paulo: Editora Senac São Paulo.

Delta Society (2009). *Introduction to animal assisted activities and therapies*. Acedido a 13 de Setembro de 2009, de <http://www.deltasociety.org/AnimalsAbout.htm>.

Doron, R., & Parot, F. (Orgs.). (2001). *Dicionário de Psicologia*. (F. Fonseca, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores. (Trabalho original publicado 1998)

- Duclos, G., Laporte, D., & Ross, J. (2006). *A auto-estima dos adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, *coping* strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363.
- Dweck, C. S. (2000). *Self-theories: their role in motivation, personality and development*. Philadelphia: Psychology Press.
- Ellis, A. (1996). How I learned to help clients feel better and get better. *Psychotherapy*, 33(1), 149-151.
- Eynseck, M. W. (1994). *Individual differences: Normal and abnormal*. East Sussex: Lawrence Erlbaum Associates, Ltd.
- Felgueiras, M. C. (2008). Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2003). Resilience to childhood adversity: results of a 21-year study. Em S. S. Luthar (Org.), *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 130-154). New York: Cambridge University Press.
- Fine, A. H. (2006). Incorporating animal-assisted therapy into psychotherapy: guidelines and suggestions for therapists. Em A. H. Fine (Org.), *Handbook of animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice* (2^a ed., pp. 167-206). California: Academic Press.
- Fontaine, A. M., & Antunes, C. (2002). Avaliação do auto-conceito e da auto-estima na adolescência: comparação de dois instrumentos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17, 119-133.

- Fonseca, A. C. (2004). Crianças e jovens em risco: análise de algumas questões actuais. Em A. C. Fonseca, C. M. Vieira, L. Alcoforado, M. H. Silva, M. M. Vilar (Orgs.), *Crianças e jovens em risco: da investigação à intervenção* (pp. 5-16). Coimbra: Livraria Almedina.
- Franco, M. L. (2007, Setembro). Jovens: uma leitura de suas representações sociais. *Difusão de idéias*. Acedido em 4 de Junho de 2009, de http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/difusao_ideias/pdf/paper_jovens_uma_leitura_suas_representacoes_sociais.pdf
- Fredrickson-Macnamara, M., & Butler, K. (2006). The art of animal selection for animal-assisted activity and therapy programs. Em A. H. Fine (Org.), *Handbook of animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice* (2^a ed., pp. 121-148). California: Academic Press.
- Friedmann, E., & Tsai, C. (2006). The animal-human bond: health and wellness. Em A. H. Fine (Org.), *Handbook of animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice* (2^a ed., pp. 95-120). California: Academic Press.
- Fundación Bocalán (2009). Acedido a 5 de Setembro de 2009 de <http://www.bocalan.es/formacion.html>
- Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2006). Why study resilience? Em R. B. Brooks & S. Goldstein (Orgs.), *Handbook of resilience in children* (pp. 3-15). New York: Springer.
- Granger, B. P., & Kogan, L. R. (2006). Characteristics of animal-assisted therapy/activity in specialized settings. Em A. H. Fine (Org.), *Handbook of animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice* (2^a ed., pp. 263-286). California: Academic Press.
- Hutchcroft, K. (2006). *Improving Quality of Life for Older Adults Through Pet Therapy: A Grant Proposal Project*. Tese de doutoramento não-publicada, California State University, Long Beach

- Iwahashi, K., Waga, C., & Ohta, M. (2007). Questionnaire on animal-assisted therapy (AAT): The expectation for AAT as a day-care program for Japanese schizophrenic patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *11*(4), 291-293.
- Jalongo, M. R., Astorino, T., & Bomboy, N. (2004). Canine visitors: the influence of therapy dogs on young children's learning and well-being in classrooms and hospitals. *Early Childhood Education Journal*, *32*(1), 9-16.
- Jindal-Snape, D., & Miller, D. J. (2008). A challenge of living? Understanding the psycho-social processes of the child during primary-secondary transition through resilience and self-esteem theories. *Educational Psychology Review*, *20*, 217-236.
- Kumpfer, K. L., & Summerhays, J. F. (2006). Prevention approaches to enhance resilience among high-risk youth. *Annals New York Academy of Sciences*, *1094*, 151-163.
- Lipschitz-Elhawi, R., & Itzhaky, H. (2005). Social Support, mastery, self-esteem and individual adjustment among at-risk youth. *Child & Youth Care Forum*, *34*(5), 329-346.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543-562.
- Maslow, A. H. (1943). A dynamic theory of human motivation. *Psychological Review*, *50*, 370-396.
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2006). Resilience in development: The importance of early childhood. Em R. E. Tremblay, R. G. Barr, & R. V. Peters (Orgs.). *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp. 1-6). Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.

- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research policy and practice. Em S. S. Luthar (Org.), *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). New York: Cambridge University Press.
- McNicholas, J., & Collis, G. M. (2006). Animals as social supports: insights for understanding animal-assisted therapy. Em A. H. Fine (Org.), *Handbook of animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice* (2^a ed., pp. 49-72). California: Academic Press.
- McNicholas, J., Gilbey, A., Rennie, A., Ahmedzai, S., Dono, J., & Ormerod, E. (2005). Pet ownership and human health: a brief review of evidence and issues. *British Medical Journal*, 331, 1252-1254.
- Melson, G. F., & Fine, A. H. (2006). Animals in the lives of children. Em A. H. Fine (Org.), *Handbook of animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice* (2^a ed., pp. 207-226). California: Academic Press.
- Miller, D., Staats, S., & Partlo, C. (1992). Discriminating positive and negative aspects of pet interaction: sex differences in the older population. *Social Indicators Research*, 27(4), 363-374.
- Montagner, H. (2004). *A criança e o animal: As emoções que libertam a inteligência*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos.
- Morrison, M. L. (2007). Health benefits of animal-assisted interventions. *Complementary Health Practice Review*, 12(1), 51-62.
- Murteira, B., Ribeiro, C. S., Silva, J. A., & Pimenta, C. (2002). *Introdução à estatística*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Nimer, J., & Lundahl, B. (2007). Animal-assisted therapy: A meta-analysis. *Anthrozoös*, 20(3), 225-238.

- Parslow, R. A., Jorm, A. F., Christensen, H., Rodgers, B., & Jacomb, P. (2005). Pet ownership and health in older adults: Findings from a survey of 2,551 community-based australians aged 60–64. *Gerontology, 51*, 40–47.
- Parshall, D. P. (2003). Research and reflection: Animal-assisted therapy in mental health settings. *Counseling and Values, 48*, 47-56.
- Pence, M. (2005). *Animal-assisted therapy: A theoretical framework and case study*. Tese de doutoramento não-publicada, Regent University, Virginia Beach.
- Pereira, A. (2004). *Guia prático de utilização do SPSS – Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (5ª ed). Lisboa: Edições Silabo.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um sentido promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*(2), 135-143.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005a). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005b). *Descobrimo a regressão com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pope, A. W., McHale, S. M., & Craighead, W. E. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Programa Escolhas (2009). Acedido a 5 de Maio de 2009 de <http://www.programa escolhas.pt/apresentacao>
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science, 14*(3), 158-162.

- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 109-116.
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the self*. Florida: Kruger Publishing Company.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-329.
- Rutter, M. (2003). Genetic influences on risk and protection: Implications for understanding resilience. Em S. S. Luthar (Org.), *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 489-509). New York: Cambridge University Press.
- Risley-Curtiss, C., Holley, L. C., & Wolf, S. (2006). The animal-human bond and ethnic diversity. *Social Work*, 51(3), 257-268.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. [FLUP – Artigo em acta de conferência nacional]. Acedido a 12 de Junho de 2009 de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16164/2/Santos2008000077971.pdf>
- Searcy, Y. D. (2007). Placing the horse in front of the wagon: toward a conceptual understanding of the development of self-esteem in children and adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(2), 121-131.
- Seidman, E., & Pederson, S. (2003). Holistic contextual perspectives on risk, protection and competence among low-income urban adolescents. 318-342. Em S. S. Luthar (Org.), *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 318-342). New York: Cambridge University Press.

- Serpell, J. A., Coppinger, R., & Fine, A. (2006). Welfare considerations in therapy and assistance in animals. Em A. H. Fine (Org.), *Handbook of animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice* (2ª ed., pp. 453-476). California: Academic Press.
- Sesma, A., Mannes, M., & Scales, P. C. (2006). Positive adaptation, resilience, and the developmental asset framework. Em R. B. Brooks & S. Goldstein (Orgs.), *Handbook of resilience in children* (pp. 281-296). New York: Springer.
- Schoon, I. & Bynner, J. (2003). Risk and resilience in the life course: implications for interventions and social policies. *Journal of Youth Studies*, 6(1), 21-31.
- Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., & Loftus, G. R. (2003). *Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology* (14ª ed.). California: Wadsworth/Thomson Learning.
- Smith, E. J. (2006). The strength-based counseling model. *The Counseling Psychologist*, 34(1), 13-77.
- Smith, P. K., Cowie, H., & Blades, M. (2003). *Understanding children's development*. (4ª ed.). Oxford: Blackwell.
- Sposito, M. P. (1997). Estudos sobre juventude em educação. *Revista Brasileira de Educação*, 5, 37-52.
- Tedeschi, P., Fitchett, J., & Molidor, C. E. (2005). The incorporation of animal-assisted interventions in social work education. *Journal of Family Social Work*, 9(4), 59-77.
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-66.
- Viehl, E. J. (1995). *Pet therapy and life satisfaction in elders*. Dissertação de mestrado não-publicada, MGH Institute of Health Professions, Massachusetts.

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-178.

Werner, E. (2006). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? Em R. B. Brooks & S. Goldstein (Orgs.), *Handbook of resilience in children* (pp. 91-121). New York: Springer.

Wright, M. O., Masten, A. S. (2006). Resilience processes in development. Em R. B. Brooks & S. Goldstein (Orgs.), *Handbook of resilience in children* (pp. 17-38). New York: Springer.