

ANA SOFIA GONÇALVES MAGALHÃES

A DEPRESSÃO NA CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA

Janeiro, 2012

ANA SOFIA GONÇALVES MAGALHÃES

A DEPRESSÃO NA CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA

Orientador:
Professor Doutor Milton Madeira

Tese de Mestrado apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos Requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia Clínica e
da Saúde.

Janeiro, 2012

Resumo

A presente investigação tem como principal objetivo analisar se a institucionalização interfere na intensidade da depressão destas crianças. Secundariamente, pretende-se avaliar o impacto do tempo de institucionalização, dos motivos de institucionalização, do contacto periódico com os pais e do género, na intensidade da depressão nestas crianças. Este estudo foi composto por uma amostra de 120 crianças (sendo 60 institucionalizadas e 60 pertencentes ao grupo de controlo), de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos. A intensidade da depressão foi avaliada através do CDI (*Children's Depression Inventory*) elaborado por Kovacs, traduzido para a população portuguesa por Dias e Gonçalves. Aplicando-se os testes estatísticos não-paramétricos (*Mann-Whitney Wilcoxon* e *Kruskal Wallis*) e os testes paramétricos (*t* de *Student* e *Anova One Way*), bem como o *Rho* de *Spearman*, testaram-se as hipóteses. Os principais resultados mostram que as crianças institucionalizadas apresentam uma intensidade de depressão superior do que as que pertencem ao grupo de controlo e, foram encontradas diferenças na intensidade da depressão em função do género das crianças e na subescala Problemas Interpessoais, quando os motivos são considerados. O tempo de institucionalização mostrou-se correlacionado significativamente com a intensidade de depressão nestas crianças. Não foram encontradas diferenças na periodicidade de contactos com os progenitores.

Abstract

The present investigation intends to analyse if the institutionalization has an effective impact in the intensity of depression of children. Secondly, intends to evaluate the impact of the institutionalization period, motives, and periodical contact with parents and gender in the intensity of depression. This study integrates a sample of 120 children (60 institutionalized and 60 belonging to the control group), both genders, and ages between 7 and 11. The intensity of depression was evaluated with the Children's Depression Inventory, by Kovacs, translated for the Portuguese population by Dias and Gonçalves. Using non-parametric (Mann-Whitney Wilcoxon e Kruskal Wallis), parametric tests (t de Student e Anova One Way), and the Rho Spearman test, the hypothesis were tested. The main results suggested that the institutionalized children present high depression intensity than the control group and we found out differences in depression intensity when gender is considered, and there were significant differences in the Interpersonal Problems, when the motives of institutionalization is considered. The period of institutionalization showed significant correlations with the depression intensity in these children. No differences were found when the periodicity of the contacts with parents is considered.

*Aos meus Pais eternos e verdadeiros amigos...por
tudo aquilo que hoje sou.*

Agradecimentos

O meu estimado agradecimento a todas as crianças, instituições e escolas que se prontificaram a colaborar nesta investigação.

Ao Prof. Milton Madeira, orientador desta tese, pela sua presença incondicional, apoio, compreensão e estimada sabedoria.

Aos meus Amigos que tanto admiro e estimo.

A toda a minha família pelo apoio e interesse que revelaram por esta investigação.

A todos o meu Muito Obrigada...

Índice

Introdução Geral	1
-------------------------------	---

Parte I – Revisão Bibliográfica	4
----------------------------------------------	---

Capítulo I - A Criança Institucionalizada

Introdução	5
1.1. Breve Perspetiva Histórica da Criança e da Família	5
1.2. Estruturas de Apoio à Criança em Portugal	10
1.3. A Criança Institucionalizada	12
1.4. Motivos que Originam a Institucionalização	18
1.4.1. Características das Crianças	24
1.4.2. Características das Famílias	26
1.4.3. Características do Meio Sociocultural	29
1.5. A Depressão na Criança Privada do Seu Meio Familiar Natural	30

Capítulo II - A Depressão	34
----------------------------------------	----

Introdução	34
2.1. Breve Perspetiva Histórica da Depressão	34
2.2. Perspetivas Teóricas da Depressão	36
2.2.1. Perspetiva Psicanalítica	36
2.2.2. Perspetiva da Depressão Mascarada	38
2.2.3. Perspetiva da Depressão como Fenómeno do Desenvolvimento Normal	39
2.2.4. Perspetiva da Depressão como Síndrome ou Doença	41
2.2.5. Perspetiva Cognitiva	41
2.3. A Depressão na Criança	43
2.3.1. A Emergência do Conceito de Depressão na Criança	44
2.3.2. Classificações da Depressão Infantil.....	47
2.4. Avaliação da Depressão	59
2.4.1. Entrevistas	60
2.4.2. Auto-Descrição e Escalas de Autoavaliação	61
2.4.3. Problemas e Limitações da Avaliação	62

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo III – Percorso Metodológico	66
---------------------------------------------------	----

Introdução	66
3.1. Problema	66
3.2. Definição dos Objetivos	67
3.3. Elaboração das Hipóteses	67
3.4. Variáveis	68
3.5. Design da Investigação	69
3.6. Participantes: População e Amostra	70
3.7. Instrumento	71

3.8. Procedimentos	74
3.8.1. Tratamento dos Dados	76
Capítulo IV – Apresentação e Discussão dos Resultados	78
Introdução	78
4.1. Teste de Hipóteses: Institucionalização	78
4.2. Teste de Hipóteses: Tempo de Institucionalização	81
4.3. Teste de Hipóteses: Motivos de Institucionalização	84
4.4. Teste de Hipóteses: Periodicidade dos Contactos	87
4.5. Teste de Hipóteses: Género	90
Conclusões	95
Referências Bibliográficas	99
Anexos.....	113
Índice de Anexos	114

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Dados Estatísticos dos Resultados Brutos e Padronizados em Função da Institucionalização quanto à intensidade da Depressão	78
Tabela 2 - Dados Estatísticos Brutos e Padronizados para os Dois Grupos da Amostra para as Cinco Subescalas	79
Tabela 3 - Teste de Correlação Rho de Spearman, para as Variáveis Intensidade da Depressão vs Tempo de Institucionalização	82
Tabela 4 - Frequências e Percentagens dos Cinco Tipos de Motivos de Institucionalização	84
Tabela 5 - Anova para Totais Brutos e Padronizados dos Motivos de Institucionalização	85
Tabela 6 - Anova das Subescalas (Total Bruto e Padronizado) em Função dos Motivos de Institucionalização	85
Tabela 7 - Frequências e Percentagens da Periodicidade de Contacto com os Pais	88
Tabela 8 - Anova para Totais Brutos e Padronizados da Periodicidade de Contactos com os Pais	88
Tabela 9 - Anova das Subescalas (Total Bruto e Padronizado) em Função do Contacto Periódico com os Pais	89
Tabela 10 - Dados Estatísticos dos Resultados Brutos e Padronizados em Função do Género	91
Tabela 11 - Dados Estatísticos Brutos e Padronizados nas Cinco Subescalas em Função do Género.....	92

Introdução Geral

O número crescente de crianças em risco, vítimas de maus tratos, negligência, abandono ou qualquer outra forma de violência física e/ou psicológica, é um problema atual que requer preocupação e um estudo minucioso, dada a grande dimensão do fenómeno e à gravidade em termos dos efeitos e consequências psicológicas, sociais e até mesmo comunitárias, que acarreta (Machado, 1996).

A entrada em vigor de um serviço de proteção da criança acontece quando, como foca Ochotorena (2005), se verifica uma das possíveis situações de desproteção infantil: impossibilidade de exercer os deveres de proteção da criança (orfandade; detenção ou doença incapacitante de ambos os progenitores); incumprimento dos deveres de proteção da criança (inexistência de reconhecimento da paternidade ou maternidade por parte de um adulto; abandono completo da criança, mesmo que esta seja entregue a outras pessoas); inadequado cumprimento dos deveres de proteção da criança (mau trato físico; negligência física; mau trato psicológico e negligência psicológica; abuso sexual).

Algumas destas crianças encontram-se institucionalizadas, sendo esta uma das respostas encontradas pela nossa sociedade como medida de proteção face à criança, e na esperança de que um futuro melhor lhes possa ser proporcionado (Zurita & del Valle, 2005). Se, inicialmente, esta é uma resposta que se pretende que seja de carácter transitório, ela acaba numa grande parte dos casos por se tornar definitiva (Machado & Gonçalves, 2002).

Estas crianças cuja vida desde muito cedo foi marcada por padrões de violência emocional e que vivências de privações, relações insuficientes ou deficientes ao nível dos cuidados paternos, ou ainda sofreram separações, apresentam dificuldades a nível do seu funcionamento individual (Scannapieco, 2005).

Vivem, assim, num sofrimento de insegurança face a um passado que as persegue e a um futuro que desconhecem, tendo que lidar com sentimentos múltiplos e complexos como a culpa, a ansiedade e a depressão, que se traduz em sintomas e comportamentos vários, uma vez que ela própria tem dificuldade em mentalizar aquilo que sente e pensa (Marujo, 1994).

Sendo a depressão uma perturbação de carácter afetivo, alguns estudos (Cytryn & Mcknew, 1996; Keller, Lavori, Beardslee, Wunder, & Ryan, 1991; Strecht, 2000; Weissman & Shaffer, 1998) apontam para níveis significativamente mais elevados de depressão em crianças separadas do seu meio familiar, pelo que se poderão também encontrar vivências depressivas associadas a situações de abandono ou maus-tratos em crianças institucionalizadas.

Dado o sofrimento, vivências e marcas que a qualidade de uma relação não gratificante pode deixar, principalmente se a ela estiver associada ou uma situação de abandono, de violência física e/ou psicológica ou ainda a separação do meio familiar, pretendemos estudar, explorar e conhecer os níveis de depressão existentes em crianças institucionalizadas, tendo-se colocado uma questão de partida que se estrutura da seguinte forma: *Será que o meio habitacional institucional influencia os níveis de depressão em crianças?*

Considerando-se que os profissionais de saúde podem aparecer como profissionais de primeira linha no que respeita à identificação e deteção de uma grande parte dos casos de situações de risco, a relevância deste estudo para a psicologia parece ser pertinente na medida em que poderá levar a uma maior e melhor compreensão de situações de institucionalização, bem como a uma intervenção o mais precocemente possível. Esta proteção constitui-se como uma abordagem importante na deteção de situações de risco, dadas as consequências psicológicas, sociais e mesmo comunitárias que estas crianças poderão ter no seu futuro.

Neste estudo pretende-se avaliar os efeitos da institucionalização na depressão em crianças de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos, comparando-as a um grupo de controlo, constituído por crianças inseridas em meio familiar.

A partir da questão de partida, foram definidos os objetivos específicos que procuram analisar a influência de algumas variáveis (género, tempo de institucionalização, periodicidade de contacto com os pais e motivo de institucionalização) nos níveis de depressão detetados nestas crianças.

Por conseguinte, este trabalho é constituído por duas partes: a primeira parte constitui-se com a revisão bibliográfica realizada e, a segunda parte, é constituída pelo estudo empírico que foi preconizado.

A primeira parte é constituída por dois capítulos, sendo o primeiro capítulo intitulado *A criança institucionalizada*, abordando-se aqui os aspetos relativos à história da criança e da família, às estruturas de apoio à criança em Portugal, os motivos que levam à institucionalização, as características das crianças em risco, das suas famílias e do meio sociocultural onde se inserem, bem como aspetos relacionados com a privação do meio familiar natural.

O segundo capítulo, intitulado *A depressão*, integra uma breve perspetiva histórica da depressão, as perspetivas teóricas existentes, com especial enfoque para a psicanalítica, depressão mascarada, como fenómeno do desenvolvimento normal, como síndrome ou doença e cognitiva. São igualmente abordados aspetos relacionados com a depressão na criança, a emergência do conceito, as classificações da depressão infantil e a avaliação da depressão.

A segunda parte é constituída por dois capítulos. O capítulo terceiro intitulado – *Percurso Metodológico* - incide na metodologia desta pesquisa, onde se focam os objetivos e as hipóteses da presente investigação, bem como uma descrição dos participantes e a caracterização do instrumento utilizado e os procedimentos utilizados.

O quarto capítulo que se intitula *Apresentação e Discussão dos Resultados*, procura apresentar os diversos resultados encontrados através das análises estatísticas realizadas, tendo em linha de conta os objetivos e hipóteses formuladas, bem como a interpretação dos resultados encontrados em função da revisão bibliográfica efetuada.

Concluimos o presente trabalho com uma reflexão final sobre os dados obtidos, delineando-se sugestões para trabalhos posteriores em função das limitações que foram percecionadas na presente investigação.

Parte I – Revisão Bibliográfica

Capítulo I - A Criança Institucionalizada

Introdução

A institucionalização tem como principal finalidade a proteção de crianças e de adolescentes em risco, de modo a favorecer o seu desenvolvimento a nível físico e mental. A institucionalização está intimamente relacionada com a criança e a sua família não se podendo negligenciar uma série de aspetos relacionados com estas.

Assim, neste capítulo, faz-se uma breve abordagem histórica da criança, da família, seguida de uma abordagem relacionada com a criança institucionalizada. Analisa-se, ainda, a criança institucionalizada, bem como os motivos que conduzem à institucionalização, incluindo as características das crianças, das suas famílias e do meio em que se encontram inseridas. É também abordada a problemática da depressão na criança privada do seu meio familiar natural.

1.1. Breve Perspetiva Histórica da Criança e da Família

O conceito de família e da própria criança tem sofrido uma grande evolução, fruto das transformações e das mudanças de carácter socioeconómico, histórico, científico e cultural, que conduzem, obrigatoriamente, a mudanças na própria sociedade e a uma nova adaptação dos indivíduos (Carneiro, Berites, Rodrigues, & Garrinhas, 1997).

A família passou de uma família alargada, no séc. XIX, para uma família nuclear no séc. XX, tal como ela ainda é hoje concebida nas sociedades modernas ocidentais (Alarcão, 2000). Nestas, o papel da criança adquiriu uma grande valorização assim como o papel dos pais, atribuindo-se-lhes grande importância no processo educativo e de desenvolvimento dos seus filhos (Ferreira, 1997).

Falar da criança dignamente, é reconhecer o seu estatuto como pessoa dotada de necessidades, sentimentos, emoções e direitos no contexto em que está inserida. O sentimento de viver a própria infância e a conceção da criança como pessoa, embora pareçam aspetos evidentes, só recentemente surgem na história da civilização ocidental e, por este motivo, ainda não foram bem assimilados pela nossa cultura e sociedade (Gallardo, 1994). Segundo Belsky (1993) o conceito de infância é relativamente recente na história dos hábitos e da cultura humana europeia dada a anterior ignorância sobre a

existência de atitudes e sentimentos específicos relativos a este período de desenvolvimento.

Até à Idade Média não se tinha a noção de infância, sendo esta percebida como sinónimo de mal e de imperfeição. A Igreja exercia grande influência sobre a imagem da criança e da família, não deixando de salientar Santo Agostinho que retratava a criança como um ser pecaminoso, oriundo do mal e não civilizado. A criança não tinha direito à infância, passando diretamente do colo da mãe para o mundo dos adultos, adotando a postura destes, tornando-se autónoma e desenvolvendo quase todo o seu processo de socialização fora da sua família (Damião da Silva, 2004).

As relações afetivas dentro da família, praticamente não existiam, a educação e a aprendizagem estavam entregues aos mestres ou, no caso de classes aristocráticas, aos criados. A família não tinha uma função afetiva, mas sim, a da prática de uma atividade, já que os casais com muitos filhos tinham como principal intuito torna-los numa mão-de-obra e, conseqüentemente, prestadores de cuidados aos pais na sua velhice (Berger, 2003).

As taxas de mortalidade e morbidade apresentavam-se como elevadas não existindo sentimentos de perda. O próprio infanticídio era entendido como meio de regulação demográfica e/ou de solução de problemas como malformação, miséria ou ilegitimidade (DeMause, 1991; Planella, 1997).

O ato de amamentar refletia também esta sociedade, sendo encarado com repulsa e rejeição, considerado até mesmo ridículo na relação mãe-bebé, sendo a recusa em dar o seio a primeira atitude de rejeição face à criança (Damião da Silva, 2004).

Somente a partir dos séc. XV e XVI, é que começou a surgir uma distinção entre o mundo da criança e o do adulto, ou seja, a noção de infância até então inexistente surgiu de forma ténue e diferente, consoante a classe social, embora inicialmente apenas no seio dos estratos sociais mais altos. É nesta altura que começam a surgir representações da criança com base nas esculturas e pinturas, no entanto, a inexistência de valorização social e moral relativamente ao comportamento materno persiste, sendo que as crianças continuavam a ser entregues aos cuidados de terceiros, estando afastadas fisicamente das famílias (DeMause, 1991; Planella, 1997; Roig & Ochotorena, 1993).

A partir do séc. XVI a família começa a ter responsabilidades face à criança, facto este relacionado com a importância que a própria escola passa a ter, sendo elaborados

manuais sobre os valores que a família deverá promover na criança, influenciando a dinâmica e as relações familiares (Roig & Ochotorena, 1993; Scannapieco, 2005).

No séc. XVII foi atribuída uma nova importância à personalidade da criança, devido a uma mais profunda cristianização dos costumes, ao surgimento do sentimento moderno de escolaridade e de infância criado por educadores e moralistas (DeMause, 1991; Ferreira, 1997; Roig & Ochotorena, 1993).

Contudo, é no séc. XVIII que a família ganha intimidade e organização em função de si mesma. A criança começa a conquistar um lugar junto dos pais e da família, onde estavam presentes manifestações de afetividade, bem como preocupações face à educação e ao futuro da criança. É também neste século que surgiu a exaltação do amor materno, como valor natural, cultural e social (Berger, 2003; Roig & Ochotorena, 1993).

Do ponto de vista económico, a criança começou a ser vista como sinónimo de riqueza para o estado, tentando evitar-se a mortalidade e preservando a vida das crianças abandonadas (Postman, 1999).

É ainda neste século XVIII e com a Filosofia das Luzes, que surgiu toda uma nova mentalidade, na qual a criança começa a ter uma importância crescente passando a haver uma maior aceitação das necessidades e cuidados a prestar a esta. Sendo a Era da *criança rei*, surgiu um centrar das atenções na criança procurando-a conhecer melhor e também reconhecer as suas capacidades e potencialidades. A criança surge como ser frágil facilmente influenciável aos valores existentes (Postman, 1999; Roig & Ochotorena, 1993).

É no final deste século XVIII que surgiu a preocupação com aspetos de saúde e higiene da criança, passando esta a ser sentida e vista como um bem precioso para a humanidade (Berger, 2003; Roig & Ochotorena, 1993).

A partir do séc. XIX, desenvolveu-se um vínculo afetivo entre mãe-criança, marcado pela vontade da mãe em amamentar o seu bebé, acariciando-o, tocando-lhe e brincando com ele. As relações familiares têm maior privacidade e envolvimento emocional, ficando as relações na intimidade da estrutura familiar, limitadas aos pais e aos filhos. A figura paterna surge como sinónimo de autoridade, tendo esta o poder de atribuir os castigos e as punições que julgasse adequadas, sendo que a mãe detinha a

maior responsabilidade emocional sobre os seus filhos (Postman, 1999; Roig & Ochotorena, 1993).

No século XX, também designado como o século da criança, surge a necessidade de contemplar os direitos das crianças, em documentos especiais, reconhecendo a especificidade destas, que reside na sua dependência e fragilidade, assim como no seu processo de desenvolvimento em direção a uma progressiva autonomia (Berger, 2003; Roig & Ochotorena, 1993).

A infância foi então considerada *idade de ouro*, caracterizada pela inocência, proteção, segurança e felicidade. Contudo, esta perspetiva não foi totalmente implementada, visto que muitas das crianças continuam, ainda hoje, a serem tratadas como objeto ou propriedade dos pais, a viver na pobreza, sem lar nem segurança social e, muitas das vezes, abusadas sexualmente por aqueles que têm como missão cuidar destas (Berger, 2003; DeMause, 1991; Roig & Ochotorena, 1993).

Atualmente, a imagem de maternidade e paternidade tem vindo a ganhar espaço e valorização na sociedade, os filhos passam a ser quase como uma exigência de representação da família. A família é essencialmente nuclear, principalmente quando nos referimos aos meios urbanos, mantendo-se ainda no meio rural, o contacto com a família de origem, onde a criança mantém normalmente contactos com os vários elementos da família, sendo mesmo entregue ao cuidado dos avós ou parentes próximos nos primeiros anos de vida (Canha, 2003).

Se o interesse pela criança, a sua valorização, bem como a maternidade e a paternidade têm ganho importância nas sociedades atuais, em que pai e mãe contribuem ambos e do mesmo modo para os encargos domésticos, para a prestação de cuidados essenciais, para a educação dos filhos, pareceria assim, do ponto de vista prático, que haveria uma maior disponibilidade e atenção dada à criança contribuindo para um desenvolvimento global mais harmonioso e equilibrado. Mas, a realidade nem sempre é assim. Continuam a persistir atos de abandono que se prendem não tanto com os valores sociais, culturais ou ainda com as políticas vigentes, principalmente nos países ocidentais, no sentido de proteger a criança, a defesa dos seus direitos, bem como os direitos e deveres face à parentalidade, mas mais como fatores que parecem condicionar a vida do quotidiano e a qualidade desta (Marques, 2006).

No ano de 2007, mais de onze mil crianças e jovens estavam em instituições de acolhimento em Portugal, segundo o Relatório do Instituto de Segurança Social (2007). O referido documento assinala que 11 362 crianças se encontram institucionalizadas, menos 883 do que no ano de 2005. Segundo o mesmo Relatório, 35% das crianças acolhidas nos Centros de Acolhimento Temporário (CAT), têm um tempo de permanência entre um e três anos, quando não deveria ultrapassar os seis meses. Os dados revelam ainda que para 2 520 crianças o tempo de permanência nas instituições é de mais de seis anos e para 2 003 entre os quatro e seis anos. Apenas 540 crianças estavam há menos de três meses. Negligência, abandono, maus-tratos físicos e carência socioeconómica são os principais motivos de acolhimento. A situação de negligência assume, contudo, uma preponderância significativa com especial prevalência da ausência de acompanhamento familiar identificado em 6 137 crianças e de ausência de acompanhamento ao nível da educação encontrada em 5 388 crianças. Os maus-tratos físicos foram uma realidade para 1 758 crianças e jovens e o abandono - entendido como a situação em que a criança fica entregue a si própria - surge também como situação de perigo que conduziu ao acolhimento de 1 744 crianças. A carência socioeconómica da família, seguida do alcoolismo e da rutura familiar são as principais razões de perigo que conduziram ao acolhimento. Cerca de 63% das crianças e jovens em acolhimento em 2007 encontravam-se em lar de infância e juventude, um dado que mostra assim um claro predomínio das respostas de acolhimento prolongado. Em segundo lugar estão os CAT, onde se encontravam acolhidas 1 843 crianças e jovens, seguindo-se as famílias de acolhimento, uma realidade para 1 829 crianças e jovens. A tendência de ligeiro predomínio feminino entre as crianças e jovens em situação de acolhimento registada em anos anteriores mantém-se em 2007: verifica-se a existência de 5 954 raparigas e 5 406 rapazes neste universo. Regista-se a existência de mais rapazes até aos 3 anos, tendência que se inverte à medida que a idade avança, sobretudo a partir dos 12 anos e até à maioridade, idades a partir das quais se contabilizam mais raparigas do que rapazes.

Estes dados mostram que se vive, dia-a-dia, lutando contra uma escassez de tempo, de espaço, trocando-se muitas vezes as relações entre as pessoas, nomeadamente entre pais e filhos, por excessos de consumos em que, por exemplo, a alta tecnologia como a televisão, computador, vídeos, entre outros, parecem ocupar um lugar e um espaço cada vez mais importante na vida de cada um.

A criança continua a ser desde logo colocada em creches, jardins-de-infância, em escolas, onde passa grande parte do seu tempo, onde está em contacto com outras crianças e desenvolve uma série de atividades importantes, como as escolares, tempos livres, desporto, entre outras. No entanto, parece continuar a existir um défice no desempenho do papel materno/paterno estando-se perante um número crescente de casos de crianças vítimas de negligência e de violência física e psicológica que produzem efeitos a nível do seu desenvolvimento e organização da sua personalidade (David, 1990).

A indiferença, a falta de afetividade, as características da própria criança e da família em que esta se encontra inserida, dos pais (muitas vezes eles próprios vítimas de violência quando crianças), assim como problemas específicos da nossa sociedade associados ao alcoolismo, à toxicoddependência, à prostituição, à promiscuidade e às perturbações de comportamento do ponto de vista patológico, conduzem, sem dúvida, a desequilíbrios na própria família e nas relações pais-filhos (Alarcão, 2000).

As crianças são o futuro da humanidade, são pessoas que sentem, pensam e sofrem apesar de serem, muitas vezes, consideradas como sendo os membros mais fracos e sensíveis da sociedade. São elas, por isso, que são mais alvo de maus tratos e as que têm menos voz. A família, portanto, deve ser lugar de acolhimento, de refúgio e de proteção, onde se devem encontrar as bases para crescer e desenvolver de forma feliz e equilibrada (Pedro, 1998).

1.2. Estruturas de Apoio à Criança em Portugal

Quando começaram a surgir instituições de apoio à criança em Portugal, estas não eram mais do que meros *depósitos* para onde eram levadas crianças ditas desamparadas, que eram geralmente crianças órfãs e rejeitadas. A primeira instituição surgiu no séc. XIII em Lisboa – o Hospital dos Meninos, seguindo-se-lhes outras no país, geralmente fundadas por pessoas pertencentes à nobreza (como D. Beatriz ou a rainha Santa Isabel), e que eram destinadas a albergar estas crianças desamparadas (Magalhães, 2003).

Somente a partir do séc. XVI se começa a alargar o âmbito destas instituições, passando, também, a albergar as amas destas crianças (como é o caso do Hospital de Todos os Santos em Lisboa) (Canha, 2000).

O objetivo deste tipo de instituições foi-se alargando aos poucos, passando já a Casa Pia de Lisboa em 1780 a preocupar-se com a vida profissional destas crianças, facultando-lhes, assim, uma aprendizagem profissional, de forma a possibilitar uma melhor integração laboral (Canha, 2000).

O número de registos de crianças abandonadas e rejeitadas começa a aumentar vertiginosamente, principalmente quando a partir de 1852 se incriminam todos os que encontrassem uma criança e não a entregassem às autoridades (Magalhães, 2003). Surge, assim, a necessidade de existirem mulheres para recolherem crianças abandonadas na rua, existindo, na altura, a instituição da *Roda*. Estas instituições estavam localizadas em igrejas, hospitais e conventos, sendo as crianças *depositadas* sem que houvesse necessidade de se saber quem o fazia pois existia uma abertura na parede das instituições (uma roda) onde a criança era colocada ficando dentro da instituição e sendo recolhida por esta. As condições em que estas crianças viviam eram muito precárias dada a falta de cuidados de higiene e de cuidados em geral, não existindo pessoal suficiente para satisfazer as necessidades de um número tão elevado de crianças (Magalhães, 2003).

Estas instituições (da Roda) acabam por ser abolidas em 1860, no entanto, outras instituições em que as crianças viviam não lhes ofereciam melhores condições, existindo nestas elevadas taxas de mortalidade. Dada a dimensão do problema, começa-se a tentar responsabilizar os pais de que tinham a obrigação de criar e sustentar os filhos, e, só em determinadas circunstâncias, como por exemplo a falta dos pais, o perigo moral ou a miséria doméstica é que seriam entregues à tutela do Estado ficando, por vezes, em asilos de proteção (como os de Alfredo da Costa criados em 1899) perto das maternidades onde as mães nos últimos meses de gravidez podiam ter algum apoio, dando-se na altura, já atenção às mães e à sua relação com o filho bem como ao apoio no período da gravidez (Canha, 2000).

As crianças deixadas em instituições após o seu nascimento não tinham, no entanto, mais contacto com a mãe quando esta saía da instituição. Somente a partir de 1922, com a criação da Casa Maternal da Santa Casa da Misericórdia, se recebem mães com falta de recursos económicos, podendo estas ficar aí internadas a amamentar e cuidar dos seus filhos, existindo já uma preocupação a nível da proteção materno e infantil fomentando o papel da mãe junto da criança nos primeiros tempos de vida desta (Magalhães, 2003).

Mais recentemente, a importância e o interesse da sociedade por estas crianças, privadas do seu meio familiar e integradas em instituições, tem levado à realização de um trabalho por parte de vários profissionais, numa abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, em que se tem procurado atender aos interesses e ao bem-estar da criança, permanecendo esta, não fechada na instituição, mas o mais possível inserida na sociedade, tentando-se-lhe proporcionar a mesma igualdade de direitos e oportunidades tal como uma criança não institucionalizada (Fariña, Seijo, & Novo, 2000).

Assim, o interesse é pela criança, bem como pelos seus pais, estando criadas medidas políticas de apoio à criança e à família, valorizando-se, entre outras coisas, o poder parental e os direitos da criança. Tenta-se, cada vez mais, perceber o porquê das situações de maus tratos, de negligência ou abandono por parte dos pais face à criança que é colocada em instituição, quando se encontra em situação de risco, sendo situações em que, numa grande parte das vezes, não existe qualquer familiar ou substituto materno e/ou paterno para lhe prestar os cuidados necessários, assegurar o seu bem-estar e o seu desenvolvimento integral (Fariña, Seijo, Novo, & Freire, 2000).

Não só se vê a necessidade de criação de instituições com condições e qualidade para receber crianças desprovidas de meio familiar, mas mais importante que isso e numa linha mais preventiva, a principal necessidade vai para a criação de estruturas e redes de apoio na sociedade que possam dar respostas adequadas às famílias destas crianças para não serem de todo abandonadas, incentivando a sua participação em todo o processo educativo da criança, entre os quais, os aspetos da relação pais-criança (Palacios, 1998).

Ainda em relação às instituições, importa referir que estas podem ser extremamente importantes na proteção imediata à criança e na realização de um trabalho direto com as famílias no sentido de ajudar a ultrapassar os problemas sociais e psicológicos por vezes vividos por elas, de modo a proporcionar o equilíbrio e a estabilidade necessários a todos os seus membros.

1.3. A Criança Institucionalizada

Atualmente parece continuar a existir um défice no desempenho do papel materno/paterno estando-se perante um número crescente de casos de crianças vítimas de negligência, de abuso sexual, de maus tratos físico e psicológico. A

institucionalização surge como forma de salvaguardar aquelas crianças que necessitam de proteção imediata em determinadas situações de maior gravidade (Ramião, 2004; Zurita & del Valle, 2005).

Diversas investigações têm estudado a importância de uma boa vinculação na vida da criança como alicerce para lidar com as possíveis consequências psicológicas de situações de violência, não controláveis, vindas das figuras significativas, de quem a criança depende totalmente, ou o efeito a curto e longo prazo da separação dos pais e da perda de algum ente familiar (Brodzinsky, Lang, & Smith, 1995; Chisholm, Carter, Ames, & Morison, 1995; Grinwald, 1995; Marujo, 1994).

As crianças que vivem estas situações difíceis são descritas como tendo menos possibilidades de atingir um desenvolvimento físico e psicológico tido como *normal*, já que as figuras parentais não só não dão à criança a proteção, a satisfação de necessidades e o bem-estar psicológico, emocional e físico, como nalguns destes casos, infringem sobre ela dor, desconforto e privação (Marujo, 1994; Rodrigo & Palacios, 1998; Vaughn et al., 2007).

O recurso à institucionalização acontece quando se reconhece uma incontrolabilidade das situações familiares e uma manutenção das mesmas durante períodos ininterruptos (Zurita & del Valle, 2005). As crianças institucionalizadas estão, normalmente, dependentes de um meio familiar patológico que as impede de ir em frente com as suas necessidades e com o seu desejo de crescer existindo, quase sempre, sofrimentos, traumas que normalmente não conseguem ainda codificar ou dar significado (Strecht, 2000).

Alberto (2003) refere que pensar o impacto do acolhimento institucional:

“É considerar os fundamentos, as possibilidades e os limites subjacentes a esta política de intervenção, é ultrapassar a generalidade do conceito e reconhecer a diversidade das instituições, o seu tamanho, os seus objetivos, a sua dinâmica interna, o seu corpo profissional, os apoios que têm, etc.” (p. 227).

Ao afastar uma criança do contacto com um agressor, ao retirar a criança do contexto problemático e conduzi-la a uma colocação em instituição, entramos no paradoxo do acolhimento institucional. De facto, esta intervenção, guiada pela intenção de proteger a criança e de lhe proporcionar condições de desenvolvimento e bem-estar,

pode por vezes resultar num acréscimo de danos para a criança. Aliás, ao longo do tempo, os estudos têm demonstrado consistentemente que a institucionalização poderá ter um impacto negativo em qualquer área do desenvolvimento da criança (MacLean, 2003).

Neste sentido, Strecht (2000) refere os três grandes quadros mais comuns em torno desta problemática:

- Imaturidades estruturais – crianças mal organizadas, com um “*eu*” não integrado, imaturas, com falhas a nível escolar (mesmo que com um potencial intelectual de acordo com a média), com um discurso muito ligado ao concreto, sem grandes referências, regras e limites. Revelam sintomaticamente falhas frequentes, fruto do pouco investimento parental: atraso de crescimento e de linguagem, problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem, perturbações orgânicas de repetição/psicossomáticas, dificuldades de controlo de esfíncteres com enurese e enconprese, entre outros;
- Depressões – com vários níveis de profundidade e de gravidade, sendo crianças e adolescentes não valorizados ou confirmados narcisicamente pelas figuras parentais com falhas a nível da autoestima, podendo apresentar-se como inibidos, tristes, com dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento e adictos, pré-delinquentes, com falhas de identidade sexual e com risco de suicídio;
- Desorganizações pré-psicóticas ou psicóticas – crianças desorganizadas, confusas, por vezes aparentemente deficitárias como sequela de uma incapacidade de evolução e por dificuldade em manter viva uma dinâmica interna face à intensidade dos acontecimentos traumáticos anteriores.

Numa instituição, diferentes crianças com percursos semelhantes podem não apresentar um quadro sintomático exatamente igual. A reação perante as perdas sofridas pelas crianças em acolhimento institucional (físicas e materiais, psicossociais e socioculturais) varia em função de determinadas variáveis tais como a idade e nível de desenvolvimento da criança, a vinculação previamente existente entre a criança e os seus pais, as experiências anteriores de separação que tenha vivido, a perceção da causa da separação, a preparação da criança para a separação, a mensagem recebida no momento da separação, as condições do ambiente do qual é retirada e do novo ambiente

em que se insere, a duração do acolhimento e os cuidados diferenciados que a criança recebeu no meio institucional e, ainda, o temperamento e a personalidade da criança (Rutter, 1991; Sloutsky, 1997; Zurita & del Valle, 2005).

Muitas crianças que entram em instituições interiorizam atitudes que têm a ver com o modo como eram tratadas em casa, acreditando, muitas vezes, que ninguém se importa com elas, algumas odeiam tudo e todos, vendo o mundo com algo persecutório pelo que podem desencadear sintomas paranoicos com os quais têm de continuar a viver mesmo já quando institucionalizadas (Zurita & del Valle, 2005). Para estas crianças institucionalizadas, o futuro limita-se ao dia-a-dia de hoje e às injustiças do passado, mesmo que não ocorram no presente, ainda as dominam (Marujo, 1994).

De acordo com Soulé, Lauzanne, e Leblanc (1995), a criança tem por um lado, uma grande necessidade de afeto e, por outro, uma capacidade de estabelecer relações estáveis e duradouras, tornando-se reivindicativa de afetos em relação às pessoas que se aproximam dela, atingindo limites intoleráveis provocados pela conotação agressiva da reivindicação.

Também Zeanah, Smyke, Koga, e Carlson (2005) referem que a criança afastada da sua família biológica sente uma frustração a nível afetivo, sentindo-se castigada e rejeitada, pelo que vive em sofrimento mesmo que não o manifeste exteriormente. Ela acaba por amar os pais mesmo que estes pareçam pouco dignos e merecedores do seu amor, pois trata-se de um único ponto de referência no seu desenvolvimento. A única e maior riqueza da criança é sentir que tem alguém que a ame e admire, que se preocupa com ela e que possui um espaço que lhe proporciona a segurança, a confiança e o amor que tanto precisa (Berger, 1998).

A separação dos pais é na maioria das vezes difícil uma vez que a angústia de perda é forte, podendo o processo de luto ser mais difícil do que em situações em que realmente há, de facto, ausência de um dos progenitores, surgindo uma grande necessidade de reparação dos pais tentando protegê-los (Bowlby, 1998a). As crianças desenvolvem, assim, um sentimento de culpa, muitas das vezes pelo facto de acharem que foram para aquele lugar (a instituição de acolhimento) por terem feito algo de errado, vivendo numa ambivalência que lhes gera extrema ansiedade (Chisholm, 1998; Mirón, 1990; Zurita & del Valle, 2005).

Segundo Strecht (2000), para a criança, a incapacidade percebida dos pais em assumir um papel que lhes é imputado socialmente, equivale a uma falha que a criança não consegue reparar, constituindo-se como um *defeito* na própria criança. Pela incapacidade da criança em compreender esta falha, há o surgimento de sintomas depressivos e uma acentuação de uma autoestima negativa, pois a criança tenderá a procurar razões dentro de si para a explicação da situação, sentindo, muitas vezes, que a culpa é sua. Por esse motivo, muitas vezes, estas crianças com intuito de reduzir o seu sentimento de culpa, acabam por utilizar estratégias de confronto inadequadas, como por exemplo a idealização ou a construção de imagens internas compensatórias dos seus pais, que possuem um afeto positivo, permitindo estas estratégias, uma maior ligação à vida e evitar a desagregação interior.

Não obstante, é natural que estas crianças se sintam ambivalentes relativamente aos seus pais, pois se por um lado sentem que junto destes não estão seguras, já que as suas necessidades básicas não se encontram satisfeitas, por outro, sentem uma forte ligação aos mesmos. Esta ambivalência é, muitas vezes, uma fonte de conflito interior que leva a sentimentos de perda e de angústia profundos (Bowlby, 1998b).

Quando inseridas nas instituições e de acordo com o tempo de permanência nestas, estas crianças podem apresentar comportamentos diferentes de agressividade e de revolta perante tudo e todos, afastando-se ainda mais das pessoas que cuidam delas (Chisholm et al., 1995; DeWolff & vanIJzendoorn, 1997; Zeanah et al., 2009).

Alguns estudos realizados com base na literatura em geral (Smyke, Dumitrescu, & Zeanah, 2002; Stovall & Dozier, 2000; Vorria et al., 2003; Zeanah, 1996, 2000; Zeanah & Boris, 2000; Zeanah et al., 2004; Zeanah & Smyke, 2002; Zeanah, Smyke & Dumitrescu, 2002) caracterizam as crianças vítimas de abuso ou negligência como crianças agressivas, com má adaptação escolar, baixa performance académica, relacionamentos pobres e deficientes capacidades sociais. Referem ainda que o facto de muitas destas crianças estarem em instituições, conduz a que se tornem adultos antissociais e, mais especificamente, voltem-se para comportamentos de risco ou para a criminalidade na idade adulta. Porém, através de uma análise mais detalhada parece que estes factos estão mais relacionados com o facto de a criança pertencer a uma família violenta, pelo que a situação de violência e de abuso parecem ser as variáveis mais significativas neste tipo de comportamento.

No que concerne ao *mundo interno* das crianças institucionalizadas, Menzies (1985, cit. por Fonseca, 2000) revela que a estrutura organizacional da instituição poderá ser determinante na internalização de um modelo. Se, a instituição permitir que as crianças assumam as suas próprias responsabilidades no dia-a-dia, estas poderão desenvolver um conjunto de competências pessoais e sociais que lhe permitem uma maior adaptação. Caso contrário, a estrutura organizacional da instituição que não permite esse assumir de responsabilidades, tenderá a enfatizar, ainda mais, as falácias sobre as quais o mundo interno da criança foi construído.

Neste sentido, tal como David (1990) assinala, a criança institucionalizada poderá apresentar carências afetivas, no entanto, quando as instituições de acolhimento são eficientes, podem ser adequadas na transformação dessas carências e permitir um desenvolvimento harmonioso e equilibrado dessas crianças.

Campion e Miel (1997) referem-se a um estudo realizado em 1980 por Lamy, em França com crianças institucionalizadas dos 5 aos 21 anos de idade, vítimas de maus tratos físicos, sexuais e de negligência, provenientes de famílias de pais alcoólicos, violentos ou com problemas mentais, em que havia ruturas constantes ou substituições familiares sucessivas ou ainda o desaparecimento/ausência dos mesmos. Concluiu-se que a maior parte das crianças e jovens apresentava problemas relacionais, problemas de carácter estrutural, ou persistiam em condutas inadequadas apesar da supressão de fatores de perturbação. Denotava-se, também, uma ansiedade variável, imaturidade física, uma fraqueza de investimentos afetivos e uma ambivalência face a imagens parentais e estavam presentes estruturas caracteriais patológicas que revelava uma angústia profunda mais ou menos grave de contacto e adaptação real.

Morton e Browne (1998) realizaram uma revisão de literatura sobre a vinculação no seio de crianças maltratadas e a sua relação com a transmissão intergeracional. Os autores verificaram que a maioria dos estudos analisados mostra que as crianças maltratadas possuem menores indicadores de uma vinculação segura, quando comparadas com crianças não maltratadas. Verificaram, igualmente, que as mães destas crianças, também elas, foram na sua infância, alvo de diversos tipos de mau trato.

Finzi, Cohen, Sapir, e Weizman (2000) num estudo, compararam o impacto emocional do mau trato no estilo de vinculação de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, filhos de pais toxicod dependentes (n=76), abusadas fisicamente (n=41), negligenciadas (n=38) e um grupo de controlo (35). Os resultados mostram que

o estilo de vinculação segura caracteriza 52% das crianças filhas de pais toxicod dependentes e o estilo inseguro (ansioso/ambivalente e evitante) caracteriza os restantes 48%. As crianças com história de abuso físico apresentam, notoriamente, um estilo de vinculação evitante enquanto as crianças negligenciadas, um estilo de vinculação ansioso/ambivalente. Os autores concluíram que as crianças expostas ao abuso físico se encontram em risco de desenvolver comportamentos antissociais e de desconfiança perante os seus pares enquanto as crianças negligenciadas, tendem a adotar comportamentos sociais de isolamento, rejeição social e sentimentos de incompetência. As crianças filhas de pais toxicod dependentes encontram-se em risco de desenvolverem problemas de comportamento e uso de substâncias na adolescência.

Também Cicchetti, Rogosch, e Toth (2006) investigaram a vulnerabilidade de uma vinculação insegura e desorganizada no seio de 137 famílias de crianças maltratadas. Constataram que as mães do grupo de crianças maltratadas referem maior abuso e negligência na sua infância, mais relações inseguras com as suas mães e atitudes parentais mal adaptativas, mais *stress* parental, baixo suporte familiar e evidenciaram menor sensibilidade materna. Os filhos destas mães apresentaram níveis elevados de uma vinculação desorganizada.

Contudo, o acolhimento institucional, mesmo sendo perspetivado como um fator de risco para o desenvolvimento da criança, não conduz necessariamente a psicopatologia nas crianças acolhidas, visto que, como se mencionou, diversas variáveis intervêm na melhor ou pior adaptação da criança à instituição (e.g., Alberto, 2003; Damião da Silva, 2004; MacLean, 2003; Marques, 2006; Zurita & del Valle, 2005).

Pode-se concluir que a criança institucionalizada está dependente do seu passado e do seu presente, ou seja, quer da qualidade de laços transmitidos pela família biológica, quer da qualidade de laços que a instituição de acolhimento lhe transmite. Da mesma forma, não podemos esquecer que a própria estrutura interna da criança condiciona a forma como percebe o mundo que a rodeia.

1.4. Motivos que Originam a Institucionalização

Como já foi referido as instituições de acolhimento são uma das possíveis respostas dadas pela sociedade às crianças que necessitam de uma proteção imediata face a determinadas situações que podem pôr em causa todo o seu futuro, tendo

repercussões com maior ou menor gravidade, sob o ponto de vista do seu desenvolvimento global (Fonseca, 2000; Kozłowska, 2002; Smyke et al., 2002; Stovall & Dozier, 2000; Vorria et al., 2003; Zeanah & Boris, 2000; Zeanah et al., 2004; Zeanah & Smyke, 2002).

Muitas vezes a criança que é institucionalizada pode sentir-se abandonada e rejeitada, podendo vir no futuro a evitar novas relações afetivas com medo de ser novamente rejeitada. No entanto, pode mostrar-se extremamente reivindicativa de afeto em relação a todas as pessoas que dela se aproximam, dividindo-se entre uma grande necessidade de afeto e uma incapacidade em estabelecer relações estáveis e satisfatórias. Acresce, ainda, que nas crianças colocadas numa instituição se não houver um acompanhamento afetivo compensatório onde se instaurem novos vínculos desta natureza, pode instalar-se um desinteresse no relacionamento interpessoal e um abandono, que pode fazer com que seja difícil a sua reinserção na família e na sociedade em geral.

São inúmeras as razões que estão por detrás de um recurso à institucionalização, separando-se a criança do seu ambiente familiar de origem. Quando esta decisão é tomada, considera-se que a criança está em risco, pelo que a solução (pelo menos temporária) é o afastamento da família. Algumas dessas razões remetem-nos para o mau trato físico, psicológico, emocional, negligência, abuso sexual, abandono, rejeição ou pelo desaparecimento, ausência ou morte das figuras parentais (Canha, 2000; Machado, 1996; Machado & Gonçalves, 2002; Magalhães, 2002; Roig & Ochotorena, 1993). Apesar de grande parte das vezes ser realizado um trabalho a posteriori com estas famílias, no sentido de minorar ou ultrapassar as situações de privação, a institucionalização surge como uma medida de intervenção rápida, de extrema necessidade.

O mau trato é definido em 1969 por Gil (cit. por Canha, 2000, p. 26) como “qualquer ato deliberado, por omissão ou negligência, originado por pessoas, instituições ou sociedades, que prive a criança dos seus direitos e liberdades ou que interfira com o seu desenvolvimento” e, em 1989 Meadow (cit. por Canha, 2000) considera que a criança é maltratada quando “o seu tratamento pelo adulto é considerado inaceitável para uma determinada cultura, numa determinada época”.

Segundo Magalhães (2002) o mau trato pode manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão e/ou negligência nos

cuidados e afetos), pela forma reiterada como geralmente ocorrem, privando a criança dos seus direitos e liberdades fundamentais, afetando de forma potencial ou concreta a sua saúde e o seu desenvolvimento psicológico, físico, social e moral, bem como a sua dignidade.

A tipologia dos maus-tratos é diversa e, por conseguinte, os diversos autores propõem taxonomias diferentes. Sani (2002) refere-se à violência e considera a psicológica (exercida através de verbalizações insultuosas, como forma de ameaças à vida, de dano físico à própria criança ou a outros, ou de dano material, não descorando a rejeição ou o desprezo, bem como a pressão psicológica e a falta de assistência a alguém), física (exercida muitas vezes associada à psicológica, caracterizando-se pelo uso da força, no exercício do bater, empurrar, pontapear, entre outros) e sexual (normalmente associada à física e caracteriza-se pelo envolvimento da criança ou do adolescente em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual de um adulto).

Para Magalhães (2002) existem quatro tipos de mau trato, sendo eles a negligência, os maus-tratos físicos, o abuso sexual e o abuso emocional, não fazendo referência a qualquer interligação entre cada um deles. Segundo a classificação de Canha (2002) são considerados maus-tratos infantis o mau trato físico, a negligência, o abuso sexual, o mau trato psicológico, o abandono, a rejeição, a síndrome de Munchausen por procuração (simulação de sinais e sintomas por parte de um elemento da família, sujeitando a criança a exames e tratamentos médicos), a prática da mendicidade, a exploração pelo trabalho infantil e a prostituição infantil.

É comum entre os autores aqui mencionados quatro tipos de maus-tratos, sendo eles o mau trato físico, psicológico, a negligência e o abuso sexual, os quais consideramos serem os mais relevantes, visto serem os que registam um nível mais elevado de incidência e prevalência na nossa cultura, pelo que abordaremos cada um deles.

O *mau trato físico* é caracterizado por qualquer ação, não acidental, por parte dos pais ou pessoa com responsabilidade perante a criança, ou corresponde ao poder ou confiança, que provoca ou venha a provocar um dano físico no menor, podendo este traduzir-se em lesões físicas de natureza traumática, doença, sufocação, intoxicação ou síndrome de Munchausen por procuração, podendo tratar-se de uma ocorrência isolada ou repetida (Magalhães, 2002), sendo um tipo de mau trato estatisticamente mais frequente e considerado, durante muito tempo, como o mais grave. Canha (2002) refere

ainda vários tipos de lesões físicas, como os ferimentos, as esquimoses e hematomas, as queimaduras, as fraturas, os traumatismos crânio-encefálicos e o afogamento.

O *mau trato psicológico* ou *abuso emocional* é o que levanta as maiores dificuldades quanto à sua definição e diagnóstico. Geralmente deteta-se quando associado a outros casos severos de mau trato. Pode ser definido como a incapacidade em proporcionar à criança um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afetivo, indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento adequados. A ausência de afeto, as frequentes recriminações e humilhações verbais, as situações de grande violência e conflito familiar estão incluídas nos tipos de mau trato psicológico, afetando todo o crescimento saudável da criança (Canha, 2000).

Segundo Magalhães (2002, p. 35) “este tipo de abuso constitui um ato de natureza intencional caracterizado pela ausência ou inadequação, persistente ou significativa, ativa ou passiva, do suporte afetivo e do reconhecimento das necessidades emocionais do menor”. Refere ainda que, o abuso emocional pode provocar afeitos adversos no desenvolvimento físico e psicossocial da criança, assim como na estabilidade das suas competências emocionais e sociais, afetando a sua autoestima. Diz manifestarem-se através de insultos verbais, humilhação, ridicularização, desvalorização, entre outros e, tal como Canha (2000) refere, este tipo de abuso está presente em todas as situações de mau trato, pelo que só deverá ser considerado isoladamente, quando constituir a única forma de mau trato.

O abuso psicológico é perspectivado “enquanto hostilidade verbal crónica em forma de insulto, desprezo, crítica ou ameaça de abandono, bem como o constante bloqueio das iniciativas de interação da criança por parte de qualquer membro adulto do grupo familiar” (Arruabarrena & De Paúl, 1999, p.31).

A *negligência* é caracterizada pela incapacidade de proporcionar a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afeto e saúde à criança, essenciais ao seu bom desenvolvimento (Canha, 2000). Pode ser dividida em negligência física e negligência psicológica. Skuse e Bentovim (1994) definem a negligência física “enquanto privação ou não-provisão de recursos necessários e socialmente disponíveis à criança, traduzida por atitudes de rejeição por parte de adultos próximos desta, as quais criam o risco de danos permanentes ao nível do seu desenvolvimento e funcionamento” (p. 209). Fariña et al. (2000) referem que este tipo de negligência é o tipo de mau trato mais vulgar na nossa sociedade. A negligência

psicológica é definida enquanto falha, por parte dos pais ou responsável pela criança, no que respeita à resposta por estes dada aos sinais emitidos, às expressões emocionais e comportamentos de busca de proximidade e interação por parte da criança, verificando-se ausência de impulsividade no contacto do adulto para com a criança (Wolfe & Yuan, 2001).

De uma forma geral, quase todos os autores se referem à negligência como uma só, na sua globalidade. A negligência constitui um comportamento regular de omissão, do qual resulta um dano na saúde e (ou) desenvolvimento físico e psicossocial da criança, por não lhe ter sido proporcionada a satisfação das necessidades básicas de higiene, alimentação, segurança, educação, saúde, afeto, entre outras. A negligência inclui vários tipos, tal como a negligência intra-uterina, física, emocional e escolar, além da mendicidade e do abandono (Magalhães, 2002). Podemos, por isso, dizer que o abandono, considerado outro tipo de mau trato por diversos autores (e.g. Canha, 2000), está associado à negligência.

O *abuso sexual* pode traduzir-se no envolvimento da criança ou adolescente em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual de um adulto, de outra pessoa ou jovem mais velho, geralmente sob coação da força ou da ameaça, estando por isso numa posição de poder ou de autoridade sobre o menor (Machado & Gonçalves 2002; Magalhães, 2002). Wyatt, Loeb, Solis, Carmona, e Romero (1999) mencionam também que o abuso sexual pode ser exercido por alguém com menos de dezoito anos, quando este apresenta idade significativamente superior à idade da vítima ou quando o abusador assume posição de poder ou controlo sobre a vítima.

Qualquer que seja a tipologia do mau trato, considera-se a existência de consequências a curto e a longo prazo na criança. Assim sendo, de acordo com Skuse e Bentovim (1994), as consequências a curto prazo poderão manifestar-se ao nível físico e psicológico, existindo uma grande probabilidade de concomitância ao nível destes dois tipos de sequelas.

As sequelas resultantes de situações de mau trato físico são as mais visíveis. Segundo Fariña et al. (2000), estas sequelas poderão apresentar-se sob a forma de cicatrizes, deformações ósseas ou danos neurológicos, no que respeita sobretudo ao nível sensorial, psicomotriz e da coordenação neuromotora. Os autores referem ainda as situações de negligência, que acentuam a possibilidade de ocorrência de acidentes domésticos, com consequências semelhantes às obtidas pelo abuso físico, sobretudo

devido à carência alimentar e de higiene. Esta poderá causar alterações metabólicas e gastrointestinais, conduzindo à diminuição das defesas e conseqüentemente a determinadas doenças (Biscaia & Negrão, 1999; Cortés & Cánton, 1999; Kairys & Johnson, 2002).

Apesar de menos visíveis, as conseqüências psicológicas a curto prazo do mau trato, poderão apresentar sequelas mais profundas e prolongadas no desenvolvimento (Alvin, Rosenfield, Altman, Alfaro, & Pilowsky, 1994; Martins, 2002), podendo então tornarem-se em conseqüências a longo prazo.

As conseqüências do mau trato a longo prazo, são as que mais preocupam os especialistas nesta área, visto tratarem-se de conseqüências que têm implicações mais graves no desenvolvimento da criança (Terrerros, 1997; Varia, Abidin, & Dass, 1996).

Segundo Magalhães (2002) as conseqüências a longo prazo podem ser orgânicas e psicossociais, sendo que as sequelas psicossociais, pela sua elevada frequência e pela repercussão que irão ter no futuro, são as que merecem mais atenção no sentido de preveni-las, identificá-las e tratá-las. Vários autores (Lindell & Svedin, 2001; O'Hagan, 1995) referem existir as seguintes conseqüências psicossociais: cognitivas, afetivas, comportamentais e psiquiátricas, sendo que cada uma delas apresenta várias sintomatologias.

Também Machado e Gonçalves (2002) referem que as sequelas a longo prazo, mais frequentemente referidas incluem, entre outras, o atraso de crescimento ponderal e estatural, o atraso de desenvolvimento, problemas cognitivos, atraso de linguagem, dificuldades de relacionamento social, insucesso escolar, perturbações da personalidade, comportamentos sociais de riscos, baixa autoestima, aumento da delinquência e da criminalidade, bem como transmissão do mau trato às gerações seguintes.

Por conseguinte, é a consciência das conseqüências a curto e longo prazo ocasionadas pelas situações de mau trato que asseguram a necessidade de institucionalização das crianças consideradas em risco, como medida preventiva que pretende garantir um desenvolvimento harmonioso destas crianças. A condição de institucionalização não é, à partida, um projeto de vida para a criança, sendo que é dada sempre, salvo raras exceções, preferência à reintegração na família natural.

Tendo em consideração os diversos estudos realizados em matéria dos maus tratos e da institucionalização, reconhece-se que há condições e características que podem ser

potenciadoras deste tipo de situação, que podem ser imputadas à própria criança, à sua família e/ou ao meio cultural e social onde a criança se insere.

1.4.1. Características das Crianças

São vários os fatores associados às crianças que as podem tornar alvo de risco e por sua vez vítimas de maus tratos. A criança vítima de maus tratos cria um mundo à sua volta, confuso e inseguro, sendo considerado o contexto familiar, em muitos casos, um lugar de perigo para o desenvolvimento salutar da criança (Machado & Gonçalves, 2002).

Segundo Sani (1999), as crianças expostas a episódios de violência e de mau trato, possuem uma maior probabilidade de apresentar alterações nas suas trajetórias de desenvolvimento. São vários os fatores individuais que nos podem ajudar a compreender melhor o impacto dos maus tratos nas crianças, nomeadamente, a idade, o género, a frequência, a intensidade, a severidade e os modos de expressão/estratégias de *coping*.

Neste sentido, as diferenças individuais entre as crianças devem ser vistas como fatores de vulnerabilidade ou de proteção que podem potenciar ou diminuir a exposição da situação de mau trato (Alberto, 2004).

No que concerne ao género, Cummings e Davies (1994, cit. por Sani, 1999), consideram que as diferenças entre rapazes e raparigas, acontecem mais ao nível da expressão. Os rapazes tendem a externalizar os seus comportamentos agressivos, enquanto as raparigas, tendem a internalizar os comportamentos e a exibir estados ansiosos (Figueiredo, 1998).

Margolin (1998) refere que a exposição ao mau trato possui significados psicológicos diferentes em função do género, em particular, quando estamos perante diferentes níveis de desenvolvimento.

Com a idade, as reações das crianças mudam e, por isso, as consequências para as crianças vítimas de mau trato podem ser muito sérias, mesmo para aquelas crianças que se apresentam naturalmente imaturas (Alberto, 2004). Assim sendo, as crianças poderão não perceber as razões do mau trato, mas entenderão as emoções e poderão igualmente evidenciar queixas somáticas, reações de medo, distúrbios de sono, problemas de

alimentação e comportamentos regressivos que espelham as suas dificuldades de compreensão das situações de mau trato (Alberto, 2004).

As crianças mais velhas poderão apresentar problemas de internalização ou externalização específicos, como nos refere Jaffe, Wolfe, e Wilson (1990).

Estas crianças podem racionalizar o uso da violência como essencial nas condições de *stress*, considerando que esta pode ser uma estratégia de *coping* útil na resolução de conflitos. Deste modo, estas crianças correm um elevado risco de aceitar a violência e o mau trato como uma forma efetiva de obter poder e controlo sobre os outros, agindo agressivamente em situações de confronto (Machado & Gonçalves, 2002).

Há, no entanto, diferenças na forma como as crianças vivenciam as situações de maus tratos. É neste sentido que Sani (2003) refere a existência de fatores de proteção que podem influenciar as respostas e reações das crianças. Assim, a autora considera três grupos de fatores de proteção: (i) suporte dentro do sistema familiar (irmãos, uma das figuras parentais); (ii) suporte fora do sistema familiar; (iii) atributos da própria criança.

Alguns autores (Quinton, Rushton, Dance, & Mayers, 1997) referem que determinadas crianças tornam-se mais facilmente alvo de maus tratos pelas características que apresentam, tais como a hiperatividade, a irritabilidade, o facto de terem alguma deficiência física ou mental, doença crónica e o comportamento desafiante face à autoridade parental. Para além destes aspetos, tem-se ainda outros fatores que também podem conduzir aos maus tratos, tais como, o facto do nascimento da criança não ter sido desejado pelos pais, a questão da prematuridade, a existência de separações maternas precoces, assim como, as grandes expectativas que os pais têm em relação à criança, e a não correspondência desta aos desejos dos seus pais (Magalhães, 2003).

Canha (2000) refere igualmente como fatores de risco nas crianças o facto de terem uma idade inferior a 3 anos, fruto de uma gravidez de mãe muito jovem, solteira ou só, gravidez não desejada, separação da mãe no período pós parto, crianças gémeas, crianças que não correspondem às expectativas dos pais, deficientes ou portadoras de doença crónica, com atraso mental, alterações de comportamento e insucesso escolar.

1.4.2. Características das Famílias

Tal como existem determinadas características nas crianças que as tornam mais vulneráveis, existem alguns aspetos que caracterizam os pais dessas crianças, que podem repercutir-se, de forma negativa, no comportamento e no ajustamento da criança (Alarcão, 2000; Roig & Ochotorena, 1993).

No que concerne à personalidade dos pais de crianças maltratadas, Rodrigo e Palacios (1998) mencionam determinadas características próprias destes pais, que estariam na base de conflitos intrapsíquicos e que se traduziriam em comportamentos neuróticos ou psicóticos, ou ainda o facto de terem determinados traços de personalidade característicos, podendo tratar-se de pais inseguros, incapazes de compreender o desenvolvimento dos seus filhos, tornando-se demasiado exigentes para com eles.

Canha (2000) refere como fatores de risco nos pais o baixo nível socioeconómico e cultural, antecedentes de maus tratos na sua própria infância, idade inferior a vinte anos (mães adolescentes sem apoio ou suporte familiar), atraso mental de um ou de ambos os progenitores, personalidade imatura e impulsiva, personalidade com fraca tolerância às frustrações e ao *stress*, ausência de hábitos de trabalho e/ou dependência económica de outrem, mudanças frequentes de parceiros e de residência, antecedentes de criminalidade e hábitos de alcoolismo ou de consumo de drogas.

Magalhães (2002) sugere como fatores de risco individuais dos pais os seguintes aspetos:

- Alcoolismo, toxicoddependência;
- Perturbação da saúde mental ou física e antecedentes de comportamento desviante;
- Personalidade imatura e impulsiva, baixo autocontrolo e reduzida tolerância às frustrações, grande vulnerabilidade ao *stress* e baixa autoestima;
- Atitude tolerante, indiferente ou excessivamente ansiosa face às responsabilidades relativas à criação dos filhos, conduzindo à falência do sistema comunicacional de retroação;
- Incapacidade para admitirem que a criança foi ou possa ter sido maltratada e incapacidade para lhe oferecer proteção no futuro;

- Antecedentes de terem sofrido maus tratos infantis;
- Idade muito jovem (inferior a 20 anos, sobretudo as mães);
- Gravidezes muito próximas;
- Baixo nível económico e cultural, inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança;
- Desemprego;
- Perturbações no processo de vinculação com o filho (especialmente mãe/filho, no período pós-natal precoce);
- Excesso de vida social ou profissional que dificulta o estabelecimento de relações positivas com os filhos.

A mesma autora (Magalhães, 2002) salienta ainda determinadas características do contexto familiar, situações geradoras de tensão, tais como:

- Gravidez indesejada;
- Família monoparental;
- Família reconstituída com filhos de outras ligações;
- Família com muitos filhos;
- Família desestruturada e com uma relação disfuncional entre os pais (e.g., situação de violência doméstica, vínculos conjugais pouco sólidos, mudança frequente de companheiro); crises na vida familiar (e.g., morte, separação, divórcio); mudança frequente de residência ou emigração;
- Famílias com problemas socioeconómicos e habitacionais (e.g., extrema pobreza, situações profissionais instáveis e com más condições de trabalho, isolamento social – sem suporte na família alargada, vizinhos ou amigos, ou mantendo com estes um relacionamento conflituoso).

Algumas teorias existentes sugerem que os estilos parentais dos pais que abusam dos seus filhos em relação àqueles que não possuem este tipo de prática diferem em vários aspetos (Arruabarrena & DePaúl, 1999; Marujo, 1994) Para estes autores, as características dos pais abusadores indicam baixos níveis de afeto, de interação e de resposta emocional, maior inconsistência na disciplina imposta, maior uso de ordens e mais técnicas de controlo (mal sucedidas) centradas no poder. Simultaneamente, estes

pais parecem possuir estilos cognitivos distorcidos, atribuindo à criança propósitos nos comportamentos que consideram desagradáveis e desafiadores do seu poder (Marujo, 1994).

Surgem ainda teorias que referem que estes pais apresentam um fraco registo afetivo com impulsos agressivos (Alberto, 2004). Porém, dados mais fiáveis apontam para o facto de terem sido pais maltratados ou negligenciados, sendo que muitos deles foram vítimas de rejeição afetiva precoce ou mesmo crianças abandonadas ou agredidas, deixando como sequela principal a incapacidade de estabelecer uma relação afetiva com a criança (Figueiredo, 1998). São, muitas das vezes, referidos como tendo descompensação psicológica ocasional associada a situações de crise, podendo ainda ser detentores de personalidades caracterizadas pela não afetividade, incapacidade de amor parental, intolerância à frustração e incapacidade de suportar as limitações ocasionais pela presença da criança (Martins, 2002).

Estudos realizados referenciados por Biscaia e Negrão (1999) sobre os aspetos psicológicos de pais que negligenciam ou agridem os filhos, apontam especificamente para a existência de determinadas características como a obsessividade, os conflitos de rivalidade fraterna e edípiacos não resolvidos. Estão ainda associados aspetos, tais como: falhas de identidade, esperando normalmente muito dos seus filhos, sentindo-se, no entanto, ameaçados pelos comportamentos destes e inseguros do seu amor. Há igualmente problemas a nível da autoestima, sentimentos de vazio e baixa tolerância à frustração; passam com dificuldade ao ato, daí a agressividade face aos filhos uma vez que os processos secundários estão dificilmente elaborados. Têm também dificuldade em conter e gerir os seus conflitos internos, descarregando sobre alguém mais fraco. Por sua vez, estes comportamentos tendem a manter-se ou acentuar-se mais e aumentar a sua tensão interna, visto que a resposta dada pela criança agredida (agressão, choro, provocação) vai no sentido de reforçar o seu comportamento (Machado & Gonçalves, 2002).

Assim, na base deste tipo de comportamento dos pais está o facto de eles próprios não terem também estabelecido relações positivas e securizantes com as figuras significativamente importantes da sua vida, tendo passado muitos deles por situações de carências afetivas e materiais, separações repetidas, de negligência e de maus tratos (Morton & Browne, 1998).

1.4.3. Características do Meio Sociocultural

Para além dos aspetos referidos anteriormente no que concerne à própria criança e à família, tem que se ter em linha de consideração as características do meio sociocultural em que a criança vive, visto serem fatores que também precipitam situações de mau trato, que originam a institucionalização (Marques, 2006).

Segundo Mirón (1990), alguns dos fatores de risco sociocultural dizem respeito a:

- Valores relativos ao uso da violência, nomeadamente a aceitação das punições corporais, em que o uso da violência ou da força pode surgir como meio de resolução de conflitos;
- Estrutura hierárquica social em que estão em causa as desigualdades sociais e a forma de dependência e exploração interpessoais (e.g., adulto/criança, homem/mulher);
- Existência de uma organização social com situações de miséria e marginalidade;
- Desvalorização da criança na estrutura familiar;
- Fatores institucionais resultantes da organização da prestação de cuidados de saúde, segurança social, educação, entre outros.

De acordo com Magalhães (2002), existem determinadas características de risco inerentes ao contexto social e cultural, tais como:

- Atitude social para com as crianças (e.g., *os filhos são propriedade dos pais? até que idade necessitam de proteção? as crianças são consideradas como sujeitos de direitos e deveres? existe uma preocupação sociopolítica sobre a infância?*);
- Atitude social para com as famílias (e.g., *a família é sempre o melhor grupo para a criança viver? a família deve ser protegida na sua privacidade em todos os casos? o poder paternal é um dever?*);
- Atitude social em relação à conduta de maus tratos (e.g., aumento das molduras penais, características das redes de apoio à vítima – envolvimento e qualidade).

Neste ponto, procuramos reunir um conjunto de características que poderão precipitar a ocorrência de situações de maus tratos e, conseqüentemente de necessidade

de institucionalização. Verificamos que não apenas se constituem como fatores de risco aqueles que dizem respeito à própria criança, como também fatores associados às características da família e do ambiente social e cultural no qual a criança se encontra inserida.

1.5. A Depressão na Criança Privada do Seu Meio Familiar Natural

Quando falamos de institucionalização temos, necessariamente, que abordar as consequências da privação da criança do seu meio familiar natural. De facto, a criança quando nasce é caracterizada como sendo um ser dependente e imaturo, que necessita de uma unidade social e de um espaço relacional que a ajude na satisfação das suas necessidades básicas imediatas, relacionadas com a alimentação, a proteção, a segurança e tudo aquilo de que necessita para se poder desenvolver de forma equilibrada sob o ponto de vista físico, mental, afetivo e psicológico (Waddell, McEwan, Shepherd, Offord, & Hua, 2005).

Todas as condições que lhe são dadas, desde o seu nascimento, constituem-se como aspetos fundamentais na formação do seu carácter e maturação da sua personalidade, capacitando-a para o desenvolvimento das suas potencialidades, como mecanismo facilitador da sua adaptação física e social na sociedade e nas diversas etapas do seu desenvolvimento (Becvar & Becvar, 2005).

A família surge pois como um dispositivo regulador e mediador entre a criança e o meio sociocultural, surgindo segundo Alarcão (2000) como a estrutura por excelência, em que a criança pode iniciar e atingir o seu objetivo de se tornar adulto e humano. São, assim, normalmente os pais, que assumem este papel, de assegurar os cuidados necessários à criança e o seu desenvolvimento o mais harmonioso possível, no entanto, isto nem sempre acontece.

Na opinião de Dolto (1999) sempre que a integridade da criança do ponto de vista físico, psicológico, emocional ou moral estiver em perigo é porque ela carece de uma família natural. Para esta autora, as crianças sem uma família natural unida, em que não haja um meio familiar seguro e afetivo, podem desenvolver perturbações de relação com os outros, apresentar sentimentos de angústia, de necessidade de amor ou até mesmo sentimentos de vingança que podem resultar em culpa e depressão.

Vários estudos foram realizados em torno da criança institucionalizada e as consequências deste contexto habitacional na criança, entre os quais a depressão como consequência, que constitui o principal enfoque da presente investigação (Avanci, Assis, Oliveira, & Pires, 2009; Brown, 1999; McCloskey, Figueiredo, & Koss, 1995).

Anna Freud e Burlingham (1944, cit. por Kohn & Rosman, 2001) referem reações de dor severas em crianças que foram separadas dos pais, principalmente em crianças com menos de três anos de idade, em que por exemplo crianças inseridas em mais de uma casa de adoção eram significativamente mais deprimidas do que as crianças estudadas no grupo de controlo, que viviam em contexto familiar.

Resultados semelhantes foram encontrados por Spitz (1945, cit. por Kohn & Rosman, 2001) quando este se refere à depressão anaclítica, a qual pode ser resultado da separação da figura materna depois dos seis meses de idade aquando de uma relação anteriormente estabelecida.

De acordo com Strecht (2000) em muitas crianças institucionalizadas existem marcas precoces de vivências depressivas associadas ao abandono ou aos maus tratos, podendo emitir sinais de vazio interior como por exemplo através de fugas ou de comportamentos pré delinquentes como furtos e até mesmo tentativas de suicídio.

Não obstante existirem poucos estudos empíricos sobre depressão em crianças e adolescentes em acolhimento institucional, tem-se observado que as crianças acolhidas apresentam mais sintomas de psicopatologia em comparação com crianças que não vivem em meio institucional nem foram sujeitas a mau trato (Ahmad & Shurique, 2001; Valencia, Torres, Vázquez, & Dominguez, 1993), constatando-se, especificamente face à depressão, que tem sido identificada a presença de uma tendência depressiva nas crianças acolhidas (Shechory & Sommerfield, 2007; Valencia et al., 1993).

Valencia et al. (1993) num estudo comparativo com uma amostra de sujeitos do sexo feminino institucionalizados, de idades compreendidas entre os 6-17 anos de idade e de 75 sujeitos do sexo feminino da mesma faixa etária, em meio habitacional familiar, encontraram níveis de depressão significativamente mais elevados no grupo de sujeitos institucionalizados.

Jonhson (2000), através da análise de várias investigações nas últimas três décadas, verificou que os resultados apontavam para atrasos no desenvolvimento físico,

psicomotor e intelectual, bem como perturbações a nível da vinculação, problemas graves de comportamento, em menores colocados em instituições, o que conduzem a um maior investimento, na América do Norte, na colocação de crianças em famílias de acolhimento, preterindo a colocação em instituições.

Um estudo realizado por Raffo (1994), comparando 30 sujeitos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 8-13 em instituições de acolhimento, 20 sujeitos do mesmo sexo e faixa etária, com diagnóstico de depressão e 35 crianças que viviam no meio habitacional familiar e frequentavam uma escola com estatuto socioeconómico baixo, verificou que a gravidade dos sintomas depressivos era influenciada primordialmente pelo autoconceito, mas que a institucionalização e o baixo estatuto socioeconómico também tinham uma influência preponderante.

Também Loos, Ferreira e Vasconcelos (1999) no seu estudo comparativo entre 32 crianças institucionalizadas e não institucionalizadas, com idades entre os 06 e os 12 anos de idade, encontraram níveis de depressão e de sentimento de culpa no seio das crianças institucionalizadas.

Zavaschi et al. (2002) realizaram uma pesquisa entre 1991 e 2001 sobre o impacto do trauma por perda na infância na depressão durante a vida adulta e, dos resultados encontrados nos diversos estudos constataram uma maior prevalência de depressão em adultos cuja infância foi de privação (abandono, morte, negligência e maus tratos por parte dos pais), nomeadamente no seio daqueles que estiveram institucionalizados.

No que se refere à idade de admissão na instituição e à duração do acolhimento, Shechory e Sommerfield (2007) afirmam que uma das variáveis em causa na maior ou menor manifestação da patologia depressiva é a idade da criança à entrada na instituição, sendo que crianças retiradas da família antes dos 7 anos apresentam níveis inferiores de depressão (assim como de ansiedade e problemas de socialização) comparativamente com as crianças acolhidas após esta idade. Sloutsky (1997) relaciona ainda as consequências desenvolvimentais do acolhimento institucional com a duração do acolhimento. Mais especificamente, um acolhimento longo (superior a 2 anos), é uma variável que pode potenciar a presença de patologia depressiva (Shechory & Sommerfield, 2007).

Passando agora às variações em função do género, e no que respeita à patologia depressiva *per si* (ver Angold & Costello, 2001; Boughton & Street, 2007), não há

consenso em relação a diferenças de género nesta patologia. No caso das crianças em acolhimento institucional, refira-se um estudo realizado com 215 crianças e adolescentes (entre os 7 e os 15 anos de idade), em que 105 viviam em instituições e os restantes com a família, que revelou, através da aplicação do CDI (*Children's Depression Inventory*), a presença de níveis de depressão significativamente mais elevados nas raparigas acolhidas (Dell'Aglio & Hutz, 2004).

Mais recentemente, um estudo realizado por Pracana e Santos (2010) com 23 crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional, com idades entre os 9 e os 15 anos, mostrou não haver diferenças no nível de sintomatologia depressiva nas crianças de acolhimento por comparação às crianças que constituíram o grupo de controlo (não institucionalizadas). No que tange ao género, esta também não mostrou ser uma variável significativa em relação à sintomatologia depressiva. Ao procurarem diferenças na sintomatologia depressiva em função da duração do acolhimento e da idade de admissão na instituição, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Os resultados destes estudos permitem recolher a informação de que existem indicadores que assinalam sintomas depressivos em crianças que estão institucionalizadas. Todavia, não ficou claro se os indicadores de depressão são decorrentes da institucionalização *per si*, se decorrentes dos maus tratos vivenciados por estas crianças ou decorrentes da conjugação de ambos os fatores. O capítulo seguinte debruça-se sobre a temática da depressão em crianças, no sentido de permitir uma melhor compreensão e clarificação sobre o tema.

Capítulo II - A Depressão

Introdução

A depressão é certamente a perturbação emocional e mental que mais afeta a humanidade e é, muito provavelmente, a mais antiga. Pertence à natureza humana vivenciar momentos de *depressão* quando sofre perdas (reais ou imaginárias), que podem ir de uma simples mudança de cidade ou de escola, à separação ou morte das figuras significativas.

A depressão mostra-se, então, como uma entidade nosográfica importante para se compreender a forma como as crianças institucionalizadas lidam com as suas mais diversas perdas. Por conseguinte, este capítulo estrutura-se em torno da depressão, nomeadamente, inicia-se com uma breve perspetiva histórica dos estudos sobre a depressão e algumas das perspetivas teóricas que se preocupam em estudar e explicar os fenómenos depressivos. São também referenciados aspetos relacionados com a avaliação e com o diagnóstico da depressão.

2.1. Breve Perspetiva Histórica da Depressão

A depressão foi uma das primeiras doenças mentais a ser reconhecida na antiguidade, remontando as primeiras conceções a Hipócrates (460-377 a.C.) e a Galeno (131-200) a.C.), médicos da Grécia e Roma antigas, respetivamente (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997).

O conceito de melancolia a que Hipócrates fez a primeira alusão científica, permaneceu assim denominado até aos finais do século passado. Este autor considerava a melancolia como consequência de uma disfunção biológica. Descreveu a melancolia (que era considerada uma doença situada entre a mania e a frenite) como um dos três tipos de loucura possíveis. A sua enorme capacidade de observação é revelada nos seus conceitos clínicos condensados no célebre Aforismo. Entre os conceitos ligados ao psiquismo afirma que “*o delírio risonho não é tão perigoso como meditabundo*”, o que nos parece constituir, de acordo com Fonseca (1997), uma curiosa diferença entre o conteúdo psicopatológico da mania e da melancolia.

A correlação que estabelece entre a teoria dos quatro humores (sangue, fleuma, biliar amarela e biliar negra) e os quatro temperamentos (sanguíneo, fleumático, bilioso e

colérico) foi homologada em termos de tipologia psicológica até às experiências de Pavlov (cit. por Kaplan et al., 1997). Por sua vez, Galeno (131-200 a.C.) distingue três tipos de melancolia: a localizada no encéfalo, a generalizada e a situada no aparelho digestivo (op. cit.).

Robert Burton, já no século XVII, referencia que as causas da melancolia são necessárias, exteriores, fortuitas ou acidentais, tal como as causas que se ligam à necessidade de alimentação (Fonseca, 1997). Outros autores como Falret, Baillarge e Kahlabaun (citados por Fonseca, 1997) nos dão importantes descrições clínicas sobre a depressão, todavia, deve-se a Kraepelin (1896-1913, cit. por Fonseca, 1997) o esforço clínico e nosográfico da sistematização das descrições anteriores, sendo que alguns dos conceitos ainda hoje imperam na psiquiatria dos nossos dias (Coimbra de Matos, 2004).

É a partir de Kraepelin (cit. por Machado, 1992) que a depressão surge com uma identidade clínica bem definida, passando a psicose maníaco-depressiva a integrar as formas mistas numa vertente única, maníaca ou depressiva (Oster & Caro, 1990).

Com a publicação da obra *Luto e Melancolia* de Freud (1917, cit. por Machado, 1992), os psicanalistas começam a debruçar-se sobre o esclarecimento do significado e implicações da depressão, assim como dos mecanismos psicológicos intervenientes nesse quadro clínico.

Também Spitz e Klein questionaram as diferenças qualitativas dos diferentes tipos de depressão, assim como o limite entre o normal e o patológico (citados por Coimbra de Matos, 2004). Klein (cit. por Ferreira, 1997) elaborou uma conceção sobre o desenvolvimento psicológico da criança introduzindo o conceito de *posição depressiva* como uma etapa fundamental de desenvolvimento. A autora atribuiu uma nova perspectiva ao conceito de depressão ao conferir-lhe um valor gradativo.

Estudos epidemiológicos realizados, mostraram que 20% do total de crianças e adolescentes são inadaptados ou sentem-se angustiados (Brady & Kendall, 1992; Wolpert, 2000), para além de sofrerem perturbações mentais ou terem problemas de saúde mental (Widom, 2000).

2.2. Perspetivas Teóricas da Depressão

Existem várias perspetivas teóricas sobre a depressão. Esta, é tida como uma doença frequente e grave, uma vez que coloca em risco a própria vida (Kaplan et al., 1997; Machado, 1992).

Segundo Fonseca (1997, pp. 349-350) em Psiquiatria, a depressão significa “a perda ou o abaixamento da iniciativa e da capacidade vital, instalando-se no indivíduo um certo grau de desespero, que assenta sobre sentimento (aparente ou oculto) de culpabilidade e que lhe faz perder o prazer de usufruir a própria vida”.

Montgomery (2000) refere a depressão, com sendo um estado clínico que requer intervenção, podendo ser vista como um estado de espírito e de corpo, caracterizado por mudança de humor, pensamentos negativos, preocupações, irritabilidade e receio. Contudo, considera que não é suficiente, por si só, este estado de espírito para que seja realizado um diagnóstico de depressão.

Diversas teorias procuram identificar fatores etiopatogénicos das Perturbações Depressivas. Apesar destas teorias serem conceptualmente diferentes ao nível das causas desta perturbação são muitas das vezes utilizadas em combinação na explicação da depressão. Daí que alguns autores entendem que a Perturbação Depressiva tenha uma etiologia multifatorial e possa envolver aspetos relativos à própria criança, à família, sociais e biológicos, entre outros (Allen-Meares, 2001).

2.2.1. Perspetiva Psicanalítica

Spitz (1946, cit. por Fonseca, 1997) abordou as reações na infância causadas pela separação da mãe, por volta dos 6 meses de idade, sendo que esta reação denomina-se de depressão anaclítica, podendo englobar diversos sinais como a tristeza, a apreensão, o afastamento, o choro, a reação retardada a estímulos externos, os movimentos lentos, a perda de apetite e do peso, a insónia e o desânimo. De acordo com este autor, a depressão anaclítica é considerada como resultado da experiência da perda do objeto (por exemplo, a mãe) do qual a criança estava dependente. Apesar de muitos destes sintomas se assemelharem ao quadro clínico da depressão nos adultos, a depressão anaclítica, como foi originalmente formulada, não corresponde aos distúrbios afetivos nos adultos, sendo que a depressão nos adultos ultrapassa as reações a acontecimentos específicos do meio.

Autores como McKinney e Rabin (1986, cit. por Oster & Caro, 1990) fazem referência ao conceito de *posição depressiva* enunciado por Klein. De acordo com esta autora, a posição depressiva é considerada uma fase comum à experiência e ao desenvolvimento de todas as crianças. É uma fase caracterizada por tristeza, medo e culpa que resulta das frustrações da criança causadas por falta de amor, que originam raiva e todos os tipos de fantasias destrutivas e coléricas dirigidas à mãe. A criança fica com medo que, de algum modo, as suas fantasias destrutivas se tornem realidade, despertando sentimentos de ansiedade e de culpa. Outro aspeto que emerge para além do medo de destruir a mãe é o medo da criança se destruir a si própria devido à insuficiente diferenciação entre o *self* e o não-*self* (ou mundo externo).

No processo do desenvolvimento, a criança percebe uma “*mãe má*” e uma “*mãe boa*” na mesma pessoa, ou seja, estabelece uma ambivalência, quando isto é completamente reconhecido, resulta numa solução adequada. No entanto, quando não é possível consolidar ambas por causa da dominância do *mau objeto*, devido aos sentimentos fortes de ódio e de agressão e contra o amor e os sentimentos positivos, então está estabelecida a base para o posterior desenvolvimento da depressão (Montgomery, 2000).

Oster e Caro (1990) defendem que os indivíduos que tendem a ficar deprimidos sofreram frustrações na infância que resultam numa espécie de “*depressão primitiva*”, sendo que a natureza destas frustrações envolve um grave prejuízo para o narcisismo infantil. Estas formulações basearam-se na noção de ambivalência, referida anteriormente, que se desenvolve na criança. Juntamente com os sentimentos de amor e de vinculação (*attachment*) existem sentimentos de hostilidade para com o objeto perdido, os quais são novamente dirigidos para o *self*.

Para Freud (1912-1950, cit. por Oster & Caro, 1990), a perda do objeto na infância e/ou o afastamento do amor pela criança para uma pessoa com grande significado na sua vida (por exemplo, um dos pais), predispõe o indivíduo a experienciar, no futuro, a depressão. No entanto, há que distinguir a depressão do luto. Enquanto no luto, o sentimento de perda é consciente, na depressão isso não se verifica, o sentimento de perda é inconsciente. Na depressão não existe uma verdadeira perda do objeto, mas sim uma perda simbólica, a perda de autoestima é que é evidenciada.

De acordo com a teoria psicanalítica ortodoxa, a depressão como distúrbio, tem sido considerada como um fenómeno do superego. Explicações alternativas sobre a

emergência da depressão têm sido avançadas, incluindo o argumento de que a depressão resulta de uma agressão íntima dirigida contra si próprio, um conflito que desperta culpa e uma baixa autoestima que resulta da discrepância entre o *self* real e o *self* ideal (Papazini, Manzano, & Palácio, 1992).

Os estados depressivos e aproximações a um distúrbio depressivo podem surgir em idades diferentes, considerando-se que variam como uma função do desenvolvimento psicosexual, experiência, capacidades cognitivas e perceptuais. Sendo assim, as perspectivas psicanalíticas contemporâneas são compatíveis com o aparecimento da depressão infantil como um distúrbio. No entanto, a perspectiva dominante tem sido a de que a depressão como distúrbio não existe nas crianças e, por conseguinte, muito tempo negligenciada. Se, eventualmente, a depressão ocorresse, seria de forma ‘ *mascarada*’ evidenciando sintomas como fobias, delinquência e queixas somáticas. Outros sintomas foram igualmente vistos como equivalentes depressivos (isolamento social, agressão, medo da morte e enurese) (Fonseca, 1997).

2.2.2. Perspetiva da Depressão Mascarada

De acordo com Kazdin (1990) a conceptualização de “*depressão mascarada*” admite que a depressão pode existir nas crianças, mas as suas manifestações diferem significativamente das da depressão dos adultos. Os traços essenciais, tais como humor disfórico e profunda perda de interesse, podem não estar presentes. Esta perspectiva sugere que existe uma depressão camuflada que se manifesta em muitos outros sintomas ou formas da psicopatologia. Diz-se que a depressão é mascarada ou expressa em equivalentes depressivos. As crianças podem estar deprimidas, mas os seus distúrbios afetivos só podem ser deduzidos na presença de outras queixas evidentes na infância. Segundo Kovacs e Goldston (1991), os equivalentes depressivos são, entre outros, o temperamento com acessos de mau humor, desobediência, hiperatividade, fuga, delinquência, queixas somáticas, fobias, irritabilidade, e ansiedade de separação.

Esta ideia de que a depressão é mascarada, pelo menos admite que a depressão pode existir no seio das crianças. Esta posição implica também que a depressão pode frequentemente estar associada a, ou acompanhada de, outras formas de psicopatologia infantil. Estes outros sintomas ou síndromes podem fazer com que a depressão se torne menos clara. Alguns dos trabalhos realizados mostraram que muitas crianças que

correspondiam aos critérios do DSM-III-R para os distúrbios afetivos também podiam ter muitos outros sintomas (Harrington, 1993). A depressão não acompanha necessariamente outros distúrbios, mas quando isso acontece, a depressão pode passar despercebida se não for explicitamente procurada através de uma avaliação cuidadosa.

As noções de “*depressão mascarada*” e equivalentes depressivos são também significativos, porque levantam a hipótese de que a depressão na infância se possa manifestar de forma diferente da depressão nos adultos (Kovacs & Goldston, 1991).

Chríst et al. (1981, cit. por Harrington, 1993) identificaram três grandes traços na depressão mascarada: agressão grave (incluindo ameaças de homicídio, roubo, uso de armas perigosas, entre outros), comportamento incontrolável na comunidade, e mau comportamento em casa e na escola. Tendo como base a avaliação extensiva das admissões dos pacientes por um período de mais de 20 anos, concluíram que os sintomas mascarados e os equivalentes depressivos estão presentes em crianças com e sem depressão, o que enfraquece a posição dos sintomas mascarados como específico da depressão infantil.

Através da análise de 141 casos de depressão na adolescência, Lesse (1981, cit. por Harrington, 1993) conclui que a hipocondria e os sintomas psicossomáticos estão presentes frequentemente como *camufladores* da depressão.

Kovacs e Goldston (1991) chegaram à conclusão que outras pessoas acreditam que o termo “*depressão mascarada*” pode ser corrompido e desnecessário. Para os antagonistas deste conceito torna-se evidente que a depressão mascarada não pode ser diagnosticada sem comprovação de depressão. Para além deste aspeto, focam também o facto de que, apesar de muitos autores descreverem as diferenças entre a síndrome depressiva nos adultos e nas crianças, elas possuem semelhanças.

2.2.3. Perspetiva da Depressão como Fenómeno do Desenvolvimento Normal

Lefkowitz e Burton (1978, cit. por Kazdin, 1990) propõem que os sintomas da depressão podem emergir nas crianças no decorrer do desenvolvimento normal, mas dissipam-se com o tempo. Uma premissa desta perspetiva é a de que se os sintomas clínicos da depressão são típicos da infância ou relativamente predominantes e se diminuem com a idade, não devem ser considerados como evidência de psicopatologia.

A noção de que a depressão infantil pode não representar uma disfunção distinta nas crianças tem sido uma reação parcial à noção de depressão mascarada, o que permite, praticamente, que qualquer sinal de desvio constitua prova de depressão. A investigação epidemiológica tem mostrado que muitos dos chamados equivalentes depressivos, tais como o temperamento com acessos de mau humor, ou medos ou a enurese, são relativamente comuns no decurso da infância (Martins, 2000). Estes comportamentos não são, muitas vezes, significativos em termos de diagnóstico, porque não estão necessariamente relacionados com o ajustamento em geral e diminuem ao longo do tempo (Kazdin, 1990).

Contudo, não está demonstrado que a síndrome está presente como fazendo parte do desenvolvimento normal. Kazdin (1990) refere que a depressão (disforia) como um sintoma ou outros sintomas específicos podem emergir em diferentes fases do desenvolvimento. Se o grupo de sintomas que define a síndrome emerge em variadas fases na infância, é uma questão completamente diferente. Mesmo que se mostrasse que a síndrome na sua totalidade tem uma predominância relativamente alta numa determinada idade, não significa por si só que não exista um distúrbio ou que não deva ser tratado. Aliás, a depressão infantil pode ser um precursor da depressão na adolescência e na idade adulta, podendo ser importante a sua identificação precoce (Kazdin, 1990).

A ideia de que a depressão faz parte do desenvolvimento normal surgiu quando os critérios de diagnóstico para a depressão eram tão difusos que praticamente qualquer desvio na criança era considerado como um sinal possível de depressão (Martins, 2000). A especificação posterior dos critérios de diagnóstico para a síndrome de depressão submete muitos dos interesses que sustentaram esta perspectiva. No entanto, a perspectiva de que os sintomas depressivos podem surgir ao longo do desenvolvimento tem sido importante. Dirige-se a atenção para o facto de que os sintomas da depressão podem variar no decorrer do desenvolvimento infantil e ajuda a alertar clínicos e investigadores, para que os sintomas comuns no desenvolvimento não sejam confundidos com o conjunto total de sintomas que define o distúrbio (Kazdin, 1990).

2.2.4. Perspetiva da Depressão como Síndrome ou Doença

Esta perspetiva consiste em acolher a existência da depressão na infância como síndrome ou doença e no facto dos traços essenciais do distúrbio serem semelhantes em crianças, adolescentes e adultos. Segundo Kazdin (1990), alguns dos autores seguidores desta perspetiva são Annel, Cantwell, Puig-Antich e Gittelman.

Todavia, uma questão pertinente se coloca: *Poderá a depressão ser diagnosticada em crianças, adolescentes e adultos usando os mesmos critérios?*. Esta questão foi respondida afirmativamente por várias investigações, nas quais foram realizadas entrevistas psiquiátricas a crianças, adolescentes e seus pais (Kazdin, 1990).

O facto de a depressão, como uma síndrome clínica, poder ser diagnosticada em crianças, adolescentes e adultos não significa que as manifestações do distúrbio sejam necessariamente idênticas, tal como Kazdin (1982) assinala.

2.2.5. Perspetiva Cognitiva

De acordo com a perspetiva cognitiva, o distúrbio de depressão é do domínio dos processos do pensamento e não do afeto (Simões, 1999). Esta perspetiva enfatiza os sistemas de crenças de atribuição e percetuais que estão sob os sintomas depressivos.

O modelo cognitivo da depressão, de acordo com Beck et al. (1978, cit. por Cardoso, 1995), inclui um domínio previamente negligenciado - a organização cognitiva -, uma tecnologia de instrumentos conceptuais usados para obter dados neste domínio, um conjunto de princípios geralmente aceitáveis para construir a teoria e, finalmente, uma tecnologia especializada para reunir e avaliar evidências que suportem a teoria.

Este modelo salienta a importância da tríade cognitiva da depressão, nomeadamente a percepção negativa de si próprio, do mundo e do futuro (Cardoso, 1995). Considera-se que as cognições negativas afetam o julgamento da pessoa acerca do mundo e das interações interpessoais e explicam os sintomas afetivos, motivacionais e comportamentais da depressão. Os erros sistemáticos no pensamento podem ser identificados como reflexo do foco nos aspetos negativos da experiência, tais como generalizar acontecimentos específicos e interpretar de forma errada a experiência em geral.

Os erros de processamento da informação resultantes de um estado depressivo têm, segundo Beck (1967, cit. por Cardoso, 1995), as seguintes características:

- Inferência arbitrária: consiste no processo de chegar a conclusões sem suporte empírico ou mesmo contrariando as evidências empíricas;
- Abstração seletiva: processo de abstração de um detalhe de um contexto mais vasto, esquecendo outros detalhes, porventura mais importantes;
- Sobre-generalização: caracteriza um processo de chegar a conclusões gerais a partir de um acontecimento isolado;
- Magnificação e minimização: diz respeito aos erros que se operam em virtude de uma avaliação exageradamente desvalorizada ou de uma sobrevalorização dos eventos;
- Personalização: processo de atribuição causal ao próprio de acontecimentos para os quais não há essa evidência de relação causal;
- Pensamento dicotômico: caracteriza-se pela avaliação das experiências em categorias opostas, esquecendo que essas experiências podem assumir valores intermédios.

Denota-se que as crenças e ideias negativas parecem ser para o sujeito uma representação verídica da realidade, mesmo que estas sejam distorcidas para as outras pessoas ou para si mesmo, quando não está deprimido.

Beck (1967, Cardoso, 1995) sugeriu que se podem desenvolver estruturas cognitivas *encobertas* quando as crianças experienciam situações negativas, como a perda de um dos pais. Esta situação instala-se na sua organização cognitiva. Anos mais tarde, elas não modificam o seu sistema de crenças para refletir a realidade de modo mais apropriado. Em vez disso, processam informação como se essas crenças fossem verdadeiras. Ao focar-se na informação que está de acordo com a crença, esta é reforçada repetidamente pela perspectiva errada das suas experiências de vida.

Também Kazdin (1990) referencia o modelo proposto por Seligman de incapacidade aprendida da depressão. O modelo propõe que a depressão resulta das experiências e expectativas que as pessoas têm de que as suas respostas não influenciam os acontecimentos nas suas vidas. A incapacidade conduz à passividade, ao enfraquecimento social, atividade lenta e outros sintomas da depressão. Este modelo

desenvolveu-se a partir de uma investigação em animais de laboratório, que mostrou que os animais se tornavam incapacitados após serem expostos a um choque inevitável, quando, mais tarde, poderiam ter fugido do choque, eles não o fizeram. O modelo alargou-se às percepções e atribuições das pessoas deprimidas que, muitas vezes, sentem que não conseguem influenciar o seu meio. As atribuições específicas que as pessoas possuem sobre as razões de estas não conseguirem controlar o seu meio, afetam os seus sintomas específicos, tais como a autoestima e outras características da sua disfunção.

Outra posição cognitiva propõe que a depressão está relacionada com défices nas capacidades para resolver problemas interpessoais (Kazdin, 1990). As pessoas que estão deprimidas, quando comparadas com não deprimidas, mostram défices em criar soluções alternativas para os problemas sociais e em tomar decisões. Como resposta a acontecimentos negativos ou ao *stress*, os sintomas depressivos são mais prováveis de surgir por causa dos défices nas capacidades para resolver problemas. Este modelo foca os défices cognitivos específicos que podem mediar a manutenção do *stress* e as interações interpessoais.

2.3. A Depressão na Criança

Apesar da história da depressão ser antiga e de domínio universal, a depressão e as suas diversas formas têm-se mantido até há pouco tempo como enigmáticas. As suas causas foram descobertas por acaso e se a patologia depressiva dos adultos é conhecida desde há muito, o mesmo não se pode afirmar em relação à criança, até porque nesta, a depressão não se manifesta de forma tão nítida (Kovacs, Akiskal, Gatsonis, & Parrone, 1994).

A infância não pode continuar a ser idealizada como o “*tempo das rosas*”, abstrata e confusamente feliz (Botteron & Geller, 1997). Esta idealização deve-se à negação, pelos adultos, do reconhecimento dos afetos negativos vividos pela criança. Não sendo negados pelo adulto, estes afetos são vividos pelas crianças como profundamente inquietantes e levam à tomada de consciência de serem sintomas de mal-estar, de sofrimento e de doença atual ou futura.

Não se pode continuar a afirmar que a criança está com um humor triste ou um humor depressivo, não se assumindo a sua depressão. Considerando um humor depressivo, está-se a conferir um aspeto transitório e um prognóstico necessariamente

benigno à sintomatologia da criança. Contrariamente, ao se assumir uma depressão na criança, está-se a aceitar a necessidade de uma intervenção qualificada, o que implicará, caso esta intervenção não ocorra, o evoluir para uma patologia mais grave, como qualquer doença não tratada.

É por isso que recusamos a habitual associação entre a tristeza e a depressão. A sua aceitação significaria que a um único afeto, corresponde um estado geral. A variação de humor só tem relevância enquanto parte de um certo conjunto de sintomas, se assim não for, ela pode estar relacionada com outros estados psíquicos ou físicos, sem relação direta com a depressão (Cole & Turner, Jr., 1993). A criança, quando deprimida, normalmente não parece triste, chorosa ou abatida, como acontece no adulto. Se demonstra sinais claros de depressão, é porque já está gravemente deprimida. O nível de depressão óbvio num adulto é, muitas vezes na criança, despercebido por parte dos pais e dos professores. Contudo, nos últimos 30 anos, alguns médicos e cientistas aperceberam-se do quanto a depressão é comum na infância e iniciaram inúmeras investigações junto deste grupo etário (Cicchetti & Toth, 1998).

2.3.1. A Emergência do Conceito de Depressão na Criança

Segundo Bahls (1999), a depressão na criança é muito mais frequente do que se diz classicamente, ainda que o seu reconhecimento efetivo só se tenha verificado em, 1971, no Congresso de Psiquiatria em Estocolmo. De acordo com o autor, entre os pedopsiquiatras predomina, atualmente, o reconhecimento da existência da depressão infantil como categoria nosológica (desde que com um diagnóstico adequado), sendo contudo, a compreensão e a semiologia clínicas variáveis de autor para autor.

Pensamos que o desacordo entre autores e o atraso no reconhecimento desta patologia se deve, em grande parte, à *adultomorfia* dada à patologia depressiva na criança. A colagem simples dos conceitos da clínica dos adultos à clínica infantil contaminou por demasiado tempo, a especificidade da bibliografia sobre a depressão na infância (Barbosa & Lucena, 1995; Coutinho, 2001; Sadler, 1991).

Segundo Sadler (1991), o conceito de depressão infantil foi sendo construído, tanto na sintomatologia como na etiopatogenia, a partir de formas muito diversas. Nalguns casos, a sintomatologia é claramente depressiva, noutros encontra-se uma sintomatologia polimorfa relacionada com a depressão tal como a entendemos no

sujeito adulto. Efetivamente, na criança não são identificáveis estados depressivos tão definidos como na adolescência ou no adulto.

O atraso no reconhecimento desta patologia deve-se ainda à idealização que os adultos fazem da infância. De acordo com Versiani, Reis, e Figueira (2000), a *idade de ouro*, expressão frequentemente usada para definir a infância, é uma negação que tem perpetuado a sua idealização. Todavia, ao idealizá-la, ao tentar transformá-la em qualquer coisa de “*sagrado*”, o adulto não está senão a manifestar o seu próprio funcionamento depressivo. Kazdin e Marciano (1998) vão mais longe, considerando a tentativa de manter a imagem da “*criança maravilhosa*”, uma representação fantasmática que devolve os desejos e as frustrações que cada um dos progenitores guardou da sua própria infância.

No mesmo sentido, Papazian et al. (1992) afirmam que a identificação da depressão infantil tem sido extremamente dificultada pelo adulto, provavelmente, pelo que de deprimente e angustiante a sua identificação acarreta para este. Reconhecem que esta problemática é complexa, pois se a sua aceitação resulta da evolução do pensamento científico, contraditoriamente ela continua a ser condicionada pelos modelos éticos de cada cultura.

Constata-se, com Barbosa, Dias, Gaião, e Di Lorenzo (1996), que os pais, contrariamente ao que se passa em relação a outro tipo de manifestações sintomáticas dos seus filhos, ignoram muitas vezes o que seja a sintomatologia depressiva. Papazian et al. (1992), quer nos estudos clínicos (face ao número de pedidos de consulta por iniciativa destes), quer em estudos realizados na população em geral (em que a sintomatologia depressiva raramente parece referenciada), corroboram estas conclusões.

A sintomatologia depressiva na criança é bastante polimorfa. Se podemos afirmar que não há depressão sem tristeza (mesmo que esta seja negada), já não se poderá dizer que uma criança triste seja, necessariamente, uma criança deprimida. Da mesma forma, uma criança frequentemente eufórica não está isenta de patologia depressiva, pelo contrário, esta euforia pode representar uma sensibilidade depressiva específica (Amaral & Barbosa, 1990; Scivoletto, Nicastri, & Zilberman, 1994).

No entanto, existem autores que centrando as suas investigações em questões de ordem teórica e conceptual, negam a existência desta patologia na infância. Desses autores, salientamos Rie (1966, cit. por Bahls, 1999) que defende que a criança não

possui ainda mecanismos psíquicos que usualmente se associam à depressão e Puig-Antich et al. (1978, cit. por Barbosa & Lucena, 1995) que baseiam a sua argumentação na falta de métodos estandardizados que permitam uma objetivação da avaliação clínica, ou seja, que permitam distinguir o afeto depressivo da síndrome propriamente dita.

Outros autores, ainda como Makita (1973, cit. por Kazdin & Marciano, 1998), negam a existência desta patologia em crianças, referindo-se a um estudo realizado no Japão, com cerca de três mil crianças, durante dez anos, no qual não foram encontrados indicadores de depressão. Também Graham (1980, cit. por Kazdin & Marciano, 1998) nega a existência de depressão nas crianças. Segundo este autor, os estados reativos que se podem manifestar de modo depressivo, constituem apenas reações aos acontecimentos. No entanto, admite poder haver um potencial patológico específico.

Contrastando com estes resultados, estão os estudos de Mouren e Dugas (1982, cit. por Papazini et al., 1992), que numa investigação realizada no Serviço de Psicopatologia da Criança e do Adolescente no Hospital Herold em Paris, entre 1973 e 1980, diagnosticaram cerca de quarenta e três crianças deprimidas (25% de toda a patologia observada).

Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, e Kaufman (1996b) considera que uma, em cada quatro crianças que frequenta a consulta de Psiquiatria da Infância, evidenciava manifestações depressivas. Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, e Kaufman (1996a) nos seus estudos, encontraram uma percentagem de 12% e 25% de crianças deprimidas.

Segundo Birmaher et al. (1996b), depressão é um termo utilizado, fundamentalmente, com três significados: diminuição do humor face a uma situação adversa; como um *handicap*, constituindo uma determinada síndrome; doença caracterizada por um humor depressivo, com etiologia e prognósticos identificados. Para este autor é consensual que na infância se possam vivenciar depressões, desde que entendidas como sinónimos de alteração do humor.

Para Birmaher et al. (1996b), a depressão infantil pode ser diagnosticada através dos sintomas ligados ao componente disfórico da síndrome depressiva, onde emergem os sintomas habituais da depressão e ainda através dos resultados obtidos nos testes laboratoriais e nas respostas terapêuticas.

Como inicialmente se referiu, embora existam inúmeras investigações sobre o tema, a literatura revela-se contraditória (Birmaher et al., 1996a). Para Misés (1987,

1989, cit. por Birmaher et al., 1996b) e Papazian et al. (1992), a impossibilidade de consenso deve-se, sobretudo, ao facto de a maior parte das investigações se limitar a definir a sintomatologia depressiva infantil, sem aprofundar os mecanismos psicopatológicos subjacentes.

2.3.2. Classificações da Depressão Infantil

Após o contributo de Kraepelin e Freud surgiu, na Psiquiatria, uma divisão da classificação das doenças mentais em geral e das depressões em particular. Assim sendo, Kraepelin e alguns dos seus discípulos, principalmente alemães e ingleses, tentaram definir os quadros clínicos das diferentes doenças psiquiátricas, baseando-se na etiologia, na evolução e na resposta terapêutica dessas doenças. Este procedimento foi preconizado com base no *modelo médico* então vigente (que colocava a ênfase nas etiologias genéticas e orgânicas) e debruçou-se, particularmente, sobre os quadros clínicos de pacientes internados com *depressão psicótica* (cit. por Barrondo, García, González, Fernández, & Suárez, 2001).

A teoria psicanalítica, tendo com principal objetivo o desenvolvimento psicogenético das estruturas normais e patológicas, proporcionou a construção de uma abordagem diagnóstica completamente diferente da anteriormente proposta. Como consequência, a ênfase atribuída à caracterização dos quadros clínicos faz com que esta corrente pouco tenha avançado neste domínio. Contudo, contrariamente ao que se pensa, não havia, no que diz respeito à etiologia, grande discordância entre as formulações kraepelinianas e freudianas. A herança e os instintos biológicos constituíam-se como elementos decisivos na equação etiológica de Freud (Compas, Ey, & Grant, 1993).

Algumas questões, no entanto, podem ser colocadas. *Pode-se questionar tudo o que foi dito sobre a classificação das depressões? Será que as diferentes ênfases nas abordagens teóricas iniciais (Kraepelin e Freud) e as várias modificações posteriores geraram uma classificação confusa, incoerente e de aplicação difícil?*

Estas questões parecem ter alguma pertinência, já que alguns conceitos possuem diversos significados e ancoram-se em abordagens teóricas também diversificadas. A título de exemplo, enquanto a *psicose* possui um sentido estático e nosológico em

Kraepelin, ela adquire, fundamentalmente, um grau de regressão (portanto dinâmica), em Freud (Compas et al., 1993).

Decorrente destas constatações, também a abordagem clínica das depressões na criança se confronta com o difícil problema da diversidade das descrições clínicas e das suas classificações (que se baseiam em modelos teóricos distintos). Todavia, uma tentativa de classificação que sublinhe os vários tipos de depressão poderá ajudar na compreensão de um fenómeno tão complexo, como é a depressão (Barrondo et al., 2001).

Werry (cit. por Gusmão, 2005) diferenciou três perspetivas diagnósticas nas perturbações infantis: a *médica* (o indivíduo pode apresentar ou não uma determinada condição mórbida); a *dimensional* (em que os elementos comuns da personalidade e da psicopatologia são reduzidos a um número de fatores ou dimensões, nas quais a criança é colocada) e; a *ideográfica* (que valoriza os aspetos idiossincráticos e rejeita o reducionismo, considerando cada criança como única). Esta última perspetiva é defendida principalmente pelas abordagens psicodinâmicas.

Quanto à classificação da depressão infantil, continua-se a discutir se esta corresponde ou não à totalidade da patologia depressiva ou se, pelo contrário, deve ser entendida no contexto psicopatológico de uma estrutura emergente ou, ainda, no seu isomorfismo comparativamente com a depressão do adulto (Alberto, 2004).

Grande parte das classificações da depressão infantil é feita de acordo com a forma como os seus autores se colocam face às posições teóricas acima referidas. Em síntese, distinguem-se os que englobam os estados depressivos em quadros nosográficos, associando-os aos contextos psicopatológicos da observação e os que discriminam, fundamentalmente, os aspetos fenomenológicos dos estados depressivos, formalizando o quadro da depressão a partir da sua semiologia (Alberto, 2004).

Várias têm sido as tentativas para diferenciar os tipos de depressão. Por exemplo, a distinção psicótica *versus* neurótica baseia-se, muitas vezes, mais na intensidade do que no tipo de distúrbio. Na maior parte das vezes, a distinção entre depressão reativa (exógena) e depressão endógena, constitui uma tentativa do clínico de identificar um acontecimento externo precipitante, mais do que avaliar rigorosamente a organização da personalidade (Gusmão, 2005).

Uma retrospectiva da literatura teórica, clínica e de investigação sobre a depressão, permite verificar uma imensa diversidade de formulações. A depressão tem sido descrita como uma entidade patológica e como um estado afetivo normal e necessário (Ruiz-Doblado, 1999), sendo o termo usado também para descrever reações de experiências extremas de privação na infância (Ruo et al., 2003) ou para descrever um diferenciado nível do estágio de desenvolvimento (Andrews, 2001).

A depressão tem sido também descrita como um estilo de carácter (Gusmão, 2005), em que há uma invulgar suscetibilidade para sentimentos de disforia, grande vulnerabilidade para sentimentos de perda e desapontamento, necessidade intensa de contacto e suporte e grande tendência para assumir críticas, responsabilidades e auto-culpabilizações (Angst & Merikangas, 1997). A depressão tem sido ainda discutida em termos de sentimentos infantis de abandono e de infelicidade, em termos de formação super-egóica e também em inter-relação com o complexo fenómeno de culpa (Barrondo et al., 2001).

Nos últimos dez anos, tem vindo a ganhar força considerável dentro da Psiquiatria Clássica um movimento que visa as classificações ditas diagnósticas ateóricas, por tentarem ser operacionais e objetivas (Simon, Goldberg, Von Korff, & Ustun, 2002). Além disso, assiste-se a uma tentativa de progresso nas técnicas de recolha dos dados clínicos, visando maximizar a fidedignidade dos diagnósticos. Esse movimento tem gerado novos sistemas de classificação das depressões, quase exclusivamente com base em fenómenos suscetíveis de serem observados e identificados da mesma maneira, por diferentes examinadores. As regras para obtenção de tais diagnósticos são claramente explicitadas, sendo neste sentido que se fala de operacionalidade, objetividade e fidedignidade na avaliação da depressão (Angst, Sellaro, & Merikangas, 2000). A principal vantagem desses sistemas sobre as classificações que os precederam, diz respeito à criação de uma linguagem comum aos profissionais de saúde mental.

De entre as classificações gerais, o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) é o que tem sido mais vezes utilizado, quer na clínica quer na investigação da depressão na criança. Segundo o DSM, o critério geralmente utilizado para diferenciar a depressão do adulto pode também ser utilizado para a diferenciação da depressão na criança (APA, 1996).

Em 1980, DSM-III e a sua revisão em 1987 (DSM-III-R) distinguem os problemas depressivos (quer da idade infantil quer da adulta), segundo três tipos:

desordem depressiva major, desordem distímica e desordem desadaptativa com humor depressivo. A diferenciação foi feita numa base fenomenológica em que a depressão *major* englobava o grupo dos distúrbios afetivos mais graves. Nesta, coexistem uma síndrome afetiva completa e uma desordem distímica que engloba os distúrbios específicos (onde aparece apenas uma síndrome afetiva parcial, com uma duração mínima de dois anos). Esta desordem desadaptativa com humor depressivo integra os distúrbios de adaptação e caracteriza-se pelo seu carácter reativo a uma *situação de stress*.

O DSM-IV (APA, 1996) distingue três tipos de depressão: episódio depressivo *major*, episódio único (que corresponde ao que é habitualmente designado de expressão aguda); episódio depressivo *major* recorrente em que existe a presença de dois ou mais episódios depressivos *major* (para poderem ser considerados episódios separados, deve existir entre eles um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos); perturbação distímica, caracterizada pela existência de humor depressivo durante a maior parte do dia (mais de metade dos dias, durante dois anos), podendo este estado ser relatado pelo próprio ou pelos outros. Em crianças e adolescentes, pode ser encontrado um humor irritável e a sua duração deve ser, pelo menos, de um ano.

Estes três tipos de depressão correspondem ao que é habitualmente designado por depressão crónica. Não se encontram nesta descrição um equivalente para a habitualmente designada depressão mascarada. Segundo muitos psiquiatras, para se poder falar de depressão mascarada na criança, esta terá de ser uma depressão manifesta, verbalmente expressa sob a forma de delinquência e/ou perturbações de comportamento (Peterson et al., 1993). Segundo Cytryn e McKnew (1996), o número de crianças com estes dois diagnósticos (que aparecem na maior parte das doenças depressivas) é assaz elevado. Para estes autores, nos EUA existem, provavelmente, centenas ou mesmo milhares de casos de depressão em crianças. As crianças com diagnóstico de depressão *major* representam um por cento da população. Contudo, à maior parte destas crianças foi-lhes diagnosticado um quadro de depressão distímica, de acordo com o DSM-III.

Segundo Weissman e Shaffer (1998), nas últimas décadas, houve uma mudança radical na compreensão do início da depressão *major*, tendo esta deixado de ser vista como perturbação característica da meia-idade ou da população mais idosa.

O DSM-IV (APA, 1996) descreve, dentro do quadro depressivo, os seguintes sintomas: tristeza, aborrecimento, falta de esperança, perda ou aumento de apetite, distúrbio do sono (insónia ou hipersónia), lentificação dos movimentos, perda de prazer, de energia e de autoestima, capacidade de concentração diminuída, tentativas e ideações suicidas. Para que seja diagnosticada uma depressão *major*, é necessária a presença de pelo menos cinco destes sintomas. Adicionalmente, uma criança deprimida pode manifestar perturbações escolares, sentimentos de culpa, perda de interesse pela vida, queixas somáticas, ansiedade face à separação do objeto de amor, solidão, inquietação e sentimentos de inutilidade.

Também no DSM-IV (APA, 1996), foi acrescentado uma nova categoria (*depressive disorder not otherwise specified*), que inclui todas as desordens com traços depressivos não contempladas nos critérios anteriormente referidos ou ainda aquelas em que os sintomas surgem com uma informação desadequada ou contraditória.

A classificação do DSM-VI-R (2000) aplicada à depressão na criança tem sido fundamentalmente defendida pelos autores anglo-saxónicos e norte-americanos. Nesta perspetiva, o conceito ortodoxo de depressão do adulto é retomado para o universo da criança. Muitas formas de perturbação de humor, em função do estágio de evolução da criança que preside às organizações das formas de expressão emocional, decorrem de uma forma diferente da que ocorre no adulto e organiza-se sob as condições de interação mais frequentes nas crianças (surgindo aí as formas de depressão mascarada).

Há autores que preferem adotar classificações próprias, não as enquadrando nas classificações mais gerais. De entre os autores da corrente dinâmica, encontramos Anna Freud (1970, cit. por Schulberg, Katon, Simon, & Rush, 1999) e a sua classificação das perturbações infantis, que pretende fazer a ponte entre a abordagem individual e um sistema de diagnóstico que permite organizar e classificar as perturbações mentais. Para tal, a autora dividiu a sintomatologia infantil em dois grupos: num primeiro integrou os sintomas que denunciam a dificuldade da etapa do desenvolvimento, i.e., os sintomas propriamente ditos. Nestes, distingue sintomas psicossomáticos (resultantes da incapacidade inicial de diferenciar os processos somáticos e psicológicos), sintomas neuróticos (resultantes da formação de compromisso entre o Id e o Eu); sintomas resultantes de erupções derivadas do Id no Eu (que compreendem delinquências, se parciais e psicoses, se completas); sintomas de inibição ou destruição (correspondentes a modificações económicas da libido) e; sintomas infantis (resultantes da ausência de

defesas contra a regressão). No segundo grupo, a autora inclui todos os outros sintomas psicopatológicos que levam a criança à consulta, como por exemplo os medos, as ansiedades, os atrasos de desenvolvimento, entre outros.

Outra das classificações a salientar é a proposta por Cytryn e McKnew (1996). As depressões infantis são classificadas única e genericamente como neuróticas, sendo agudas, crônicas ou mascaradas. As duas primeiras categorias apresentam idênticas características semiológicas, diferenciando-se unicamente pela duração, presença ou ausência de causas desencadeantes, adaptação pré-mórbida e *anamnese* familiar. A depressão mascarada não aparece manifesta, apresentando-se com algumas manifestações depressivas periódicas.

García, Domínguez, Luarca, e García (2001) propõem uma série de categorias englobantes da sintomatologia depressiva: associação com doença orgânica; síndromes de privação relacionadas com uma realidade empobrecida ou mesmo ausência de resposta do meio (como é o caso das depressões anaclíticas); síndromes ligadas às problemáticas do processo de individuação (dificuldades de separação, fobias escolares com componentes depressivos, entre outros) e; ainda, dois diferentes tipos de depressão caracterizados por fatores de desenvolvimento: a depressão da latência e a depressão da adolescência. Este autor associou à descrição semiológica, fatores etiológicos e genéticos.

Dentro da mesma linha, por García, Domínguez et al. (2001) consideram como fatores fundamentais da depressão infantil (relacionando-os com aspetos cronológicos): o afeto depressivo, a baixa de autoestima e a culpa, dos quais vão derivar três subtipos de depressão. Postulam um subtipo afetivo, caracterizado por um quadro de tristeza, choro, sentimentos de desespero e desamparo, dificuldades relacionais e de separação (frequente nas crianças entre os seis e os oito anos); um subtipo de autoestima negativa, onde predominam os sentimentos de desvalorização (observável, sobretudo, entre os oito e os doze anos); um subtipo de culpa que, embora seja mais raro, caracteriza-se por sentimentos de excesso de culpa e pensamentos de autopunição (observável depois dos dez anos). Segundo estes autores, esta depressão é a que mais se aproxima da do adulto.

Numa outra perspetiva, Angst e Merikangas (1997) definiram dois tipos de depressão na criança: a manifesta e a mascarada. Segundo estes autores, as personalidades da criança deprimida diferem muito, não se encontrando grande parte delas organizadas de uma forma patológica específica. Enfatizam os aspetos

semiológicos a partir dos quais definem os tipos de depressão. Segundo estes autores, o diagnóstico de depressão é aceitável se estivermos perante manifestações de tristeza duradoura, dificuldades escolares, isolamento, recusa de jogos e atividades, ansiedade e fobias, indícios psíquicos (anorexia, hiperfagia, dificuldade em adormecer, despertar ansioso, enurese, dor abdominal, entre outros), inércia e inibição, cólera e agressividade, fobia escolar e tentativa de suicídio. Os autores elaboram o diagnóstico na compreensão psicopatológica dos sintomas, ou seja, nos seus significados económicos e dinâmicos (Angst et al., 2000).

Para García, Piñero, Vicente, e García (2001) são dez os sintomas mais importantes da depressão infantil: o humor disfórico, a auto-depreciação, o comportamento agressivo (agitação), problemas do sono, mudança no desempenho escolar, a diminuição da socialização, a mudança de atitude na escola, as queixas somáticas, a perda de energia e as mudanças de apetite e/ou de peso.

García, Piñero et al. (2001), baseando-se numa avaliação estrutural, classificam os estados depressivos em reações depressivas, depressão maturante, desenvolvimentos depressivos, depressões neuróticas e depressões endógenas e psicóticas. A classificação de Epelbaum, Dinet e Ferrari (1993) coincide com a acima referida, mas enfatiza o contexto psicopatológico secundarizante. A classificação de depressão maturante valoriza movimentos depressivos passageiros que afetam o processo de autonomia da criança.

As distinções entre os quadros psicopatológicos em que podem surgir os estados depressivos, assim como a conceção dos momentos depressivos normais, aparecem também integradas na Classificação Francesa das Perturbações Mentais da Criança e do Adolescente (CFTMEA), elaborada por Misès et al. (1988, cit. por Gusmão, 2005). Esta classificação apresenta duas inovações: por um lado, dedica-se em exclusivo às perturbações da infância e, por outro, diferencia as depressões em função da sua patologia dominante, i.e., distingue a psicose distímica, a depressão neurótica, a depressão reativa e os momentos depressivos correspondentes a uma variação do normal.

Misès (cit. por Gusmão, 2005) postula a diferença entre estudo semiológico e análise psicopatológica. Construiu a sua classificação a partir da identificação dos sintomas, interligando-os com os mecanismos que os originam. Nesta medida, há uma avaliação do núcleo depressivo e do seu papel na organização subsequente, i.e., na

neurose, na psicose, na desarmonia evolutiva, entre outros. Ainda segundo este autor, a depressão infantil deve ser considerada segundo critérios nosográficos, na medida em que, frequentemente, as crianças passam de um quadro patológico mental para outro, mantendo ou não uma componente depressiva subjacente. Clinicamente, devem ser avaliados uma série de mecanismos, sobretudo nos casos mais graves, já que o lado depressivo não pode nem deve ser separado dos outros parâmetros do mundo psíquico da criança e da sua articulação com o contexto sociofamiliar. Nalgumas desarmonias graves e nalgumas perturbações psicóticas, a emergência da depressão revela que o indivíduo tem a capacidade de vivenciá-la e, conseqüentemente, de a conter. O que significa que devem ser tidos em atenção os critérios estruturais e evolutivos, no momento da avaliação do sujeito. As variações do normal que aparecem nas fases de reorganização precoce ou na adolescência, englobam vivências depressivas (também as de curta duração) e manifestam-se através de sintomas como tristeza, apatia, atitudes regressivas, sintomatologia somática, perturbações do sono, entre outros. Estas, segundo Misès, estão longe de serem inquietantes, podendo mesmo ser manifestações de crescimento interno.

As perturbações reativas associadas à sintomatologia depressiva traduzem-se, habitualmente, em manifestações de ansiedade, sentimentos de culpabilidade, atitudes regressivas e de protesto. Tal como nas variações do normal, as vivências de perda manifestadas sobretudo através da tristeza, são reveladoras dum evoluir psicológico normal, com boa adaptação ao meio (Simon et al., 2002).

As depressões de tipo neurótico encontram-se nos quadros depressivos infantis. Estas manifestam a capacidade da criança em elaborar a posição depressiva (no sentido kleiniano), aproximando-se nesta medida, das categorias anteriormente descritas. Correspondem ao período em que se opera a renúncia e a organização edipiana, pelo que, embora se possam processar de forma conflitual (provocando algum sofrimento e mesmo regressão), manifestam uma evolução estruturante. No entanto, face à conflitualidade interna, a evolução pode fazer-se no sentido de quadros depressivos não transitórios, em que o sofrimento aumenta à medida que a criança sente uma progressiva perda de controlo sobre os seus afetos, podendo neste caso, associar-se a ruminações, mal-estar corporal e, simultaneamente, a atitudes de oposição ou de agressividade (García, Piñero et al., 2001).

As psicoses distímicas manifestam-se sob a forma de expressões sintomáticas próximas da depressão e da excitação. Nestes quadros a depressão ocupa um lugar central, manifestando-se por uma fadiga somática e psíquica, que se traduz num certo abatimento e desinteresse. No entanto, esta sintomatologia alterna frequentemente com manifestações de agitação e de cólera, que podem assumir um colorido (pseudo) eufórico grosseiramente dissimulante de um sofrimento latente. Embora não estejam comprometidas as estruturas cognitivas, as capacidades intelectuais podem revelar-se diminuídas, sendo este decréscimo influente no rendimento escolar. Para Misès (cit. por Gusmão, 2005), a evolução da psicose distímica infantil não se aproxima de uma psicose maníaco-depressiva (no adulto), mas caminha para diferentes psicoses dissociativas ou psicopatias.

Outra questão importante no diagnóstico psicopatológico infantil é a existência, ou não, de um quadro de psicose maníaco-depressiva. Esta está na origem de múltiplas investigações e constitui motivo de controvérsia entre muitos autores. Para Rutter (1991), por exemplo, a psicose maníaco-depressiva representa 9,38% das perturbações psicóticas da infância.

Weller, Weller, e Fristad (1995) defendem a necessidade de criação de critérios clínicos que identifiquem as depressões na criança. Em consequência, para as patologias de tonalidade psicótica, anunciou o conceito de psicose afetiva sem a incluir no quadro da psicose maníaco-depressiva tradicional. Segundo os autores, a psicose maníaco-depressiva na criança pode manifestar-se como fenómeno ou entidade clínica (no início ou final da infância), ou seja, como amplificação de um traço ciclotímico da personalidade, exibindo manifestações de desinteresse, morosidade, hipocondria e sintomas confusionais. Posteriormente, os mesmos autores acrescentam não ser possível encontrar uma semiologia psicótica semelhante à do adulto, considerando que só excepcionalmente esta é observada na infância.

Dentro das grandes linhas de classificação, Misès (1988, cit. por Gusmão, 2005) conceptualizou uma classificação das perturbações psicóticas infantis (que foi adotada pela Organização Mundial de Saúde - OMS). O autor distingue, dentro das expressões clínicas das psicoses (das quais existe uma multiplicidade de classificações), as *psicoses precoces* e as *psicoses de expressão mais tardia*. As primeiras manifestam-se durante os três/quatro primeiros anos de vida (quer sejam autísticas, quer comportem uma dimensão deficitária). Dentro destas, Misès distingue as psicoses autísticas, as psicoses

simbióticas, as psicoses deficitárias e outros aspetos clínicos, englobando sinais muito precoces de evolução psicótica e as distorções psicóticas precoces. As psicoses de expressão mais tardia manifestam-se a partir dos quatro/cinco anos e podem ir até à pré-adolescência. São também usualmente designadas de psicoses do período da latência, embora esta última expressão seja discutível, pois latência tem neste caso apenas um sentido cronológico (período dos seis aos onze/doze anos), na medida em que a criança psicótica estaria longe de ter resolvido a sua situação edipiana e, conseqüentemente, de ter atingido essa fase.

Segundo Misés et al. (1988, cit. por Gusmão, 2005), algumas correntes de investigação pretendem que a patologia depressiva, quer a do adulto quer a da criança, seja agrupada num quadro comum onde se estabelecem correlações específicas, tornando inexistentes os aspetos diferenciais entre o adulto e a criança. Estas tentativas, embora tenham posto em evidência dados relevantes para a compreensão dos quadros depressivos dos adultos, mostraram-se infrutíferas na depressão na criança.

Nas patologias graves da personalidade (não englobáveis na neurose e na psicose), as depressões são estruturalmente equiparáveis aos estados limites da idade adulta, embora a sua evolução seja muito diversificada. Misés (1989, cit. por Gusmão, 2005) engloba nestas patologias todas aquelas em que há falhas narcísicas graves, dificuldades de contenção das vivências psíquicas e incapacidade de elaborar os conflitos, ou seja, as patologias descritas como narcísicas e anaclíticas. Habitualmente, o núcleo depressivo apresenta-se em primeiro plano, sendo a ferida narcísica frequentemente reavivada por ameaças de perda do objeto, desencadeantes de grandes angústias de separação. São crianças que manifestam uma intensa avidez, frequentemente associada a tendências regressivas. Psicopatologicamente, a criança mantém-se numa relação dual que a impede de resolver a ambivalência face a um objeto do qual depende totalmente e pelo qual se sente ameaçada. É o sentimento de uma extrema exigência ligada a uma profunda rejeição que leva a criança à incapacidade de sair dum sofrimento intenso e, frequentemente, a recorrer ao agir e à negação da depressão. Estas patologias podem evoluir para a psicose maníaco-depressiva ou para outras perturbações igualmente graves na idade adulta.

Ferreira (1991) realizou um ensaio sobre a classificação da depressão na criança. Segundo esta, a depressão infantil organizar-se-ia em tomo duma falha narcísica, com a conseqüente perturbação na organização do sentimento de autoestima. Daí resultaria

uma alteração funcional da vida psíquica. São os núcleos depressivos existentes nos diversos níveis da organização estrutural de base, os responsáveis pela evolução narcísica da personalidade. A autora, partindo dos níveis pré-genital e edipiano, postula a existência de pontos de fixação em cada nível estrutural, funcionando como núcleos depressivos específicos e característicos. Considera que as depressões infantis de nível pré-genital podem diferenciar-se em (i) depressão precoce, onde existe uma falha da integridade narcísica (fase oral); (ii) depressão primária, onde existe uma falha da confirmação narcísica (fase anal) e; (iii) depressão fálica, onde existe uma falha de valorização narcísica ligada ao sexo (fase fálica). Estabelece ainda uma distinção entre depressão manifesta e depressão variante do normal (vivência transitória de tristeza diante de uma crise familiar). Divide as depressões de nível edipiano em (i) depressão neurótica, com rutura da valorização narcísica genital; (ii) evolução depressiva, caracterizada pela fragilização evolutiva (que pode corresponder à crise da latência) e; (iii) depressão da adolescência.

Por fim, importa ainda apresentar as classificações propostas por Blatt (1974, cit. por Campos, 2000) e Asch (1964, cit. por Lasky, 2002).

No seu artigo *Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression*, e com base numa formulação dos níveis de representação de objetos, derivada da psicologia do desenvolvimento e da teoria psicanalítica, Blatt (1973, cit. por Campos, 2000) diferencia na criança uma depressão anaclítica e uma depressão introjetiva. Os diferentes níveis de representação do objeto seriam adquiridos após a consolidação (equilíbrio) de cada sequência de desenvolvimento. O desenvolvimento da representação do objeto opera-se através de sucessivos estádios epigenéticos, incluindo o sensório-motor, o perceptual, o icônico e os níveis conceituais do desenvolvimento. As representações de objeto, em cada um destes estádios, tomam-se cada vez menos literais e diretas, mais abstratas e simbólicas. Havendo deficiência no desenvolvimento da representação do objeto em cada um destes níveis, cada um deles pode desempenhar um papel importante na vulnerabilidade potencial à depressão, ou seja, a perda de objetos (real, aparente ou fantasmática) é, com frequência, o principal fator do desencadear da depressão.

Para Blatt (cit. por Campos, 2000) a depressão anaclítica é caracterizada por sentimentos de desamparo, fraqueza e desvitalização e, também, pelo desejo de ser acarinhado, amado, alimentado e protegido, havendo receios intensos de ser

abandonado e como que uma urgência em preencher um vazio interior. Em contraste com a qualidade oral de uma depressão anaclítica, as características principais de uma depressão introjetiva derivam de um Super-Eu desarmónico, punitivo e crítico (que provoca sentimentos intensos de inferioridade, inutilidade e culpa). Há grandes preocupações com o poder falhar na vida e frequentes lutas para ganhar a aprovação e o reconhecimento dos outros (ganhos estes que dão, no entanto, uma satisfação muito pouco duradoura).

Tanto na depressão anaclítica como na introjetiva, há deficiências nos processos de interiorização e no desenvolvimento das representações dos objetos. Na depressão anaclítica a representação dos objetos assenta, principalmente, nas sequências de ação e há a necessidade de manter o contacto direto (físico e sensorial) e gratificante com o objeto. Devido à deficiência nas representações objetais, o sujeito é extremamente vulnerável aos sentimentos de solidão.

Na depressão introjetiva há uma maior capacidade de representação dos objetos, mas a perceção do objeto é ainda icónica, sendo as representações fragmentadas, imagéticas, concretas e contraditórias. Estas são também limitadas em extensão e envergadura, descritivas e contêm intensos aspetos ambivalentes (hostis e agressivos, ou super-idealizados e idílicos).

Devido ao aumento de representação dos objetos na depressão introjetiva, não existe a necessidade intensa de contacto físico direto e imediato com o objeto. Mas há uma necessidade de continuar experiências com o objeto ou aspetos dele, com vista a fornecer o estímulo indispensável para manter as suas representações.

A presença de culpa indica que as representações do objeto estão a um nível mais elevado, na medida em que esta exige um sentido diferenciado e reflexivo de si mesmo e uma “certa” apreciação de causalidade (tanto ao assumir a responsabilidade de um acontecimento, como ao considerar os modos de o reparar). Além disso, na depressão introjetiva luta-se para resolver as contradições e a ambivalência inerentes às representações separadas e fragmentadas.

As representações do objeto estão baseadas numa articulação complexa, diferenciada e integrada deste e são experimentadas de uma forma estritamente conceptual e simbólica. Os objetos representam-se como consistentes e estáveis, com uma dimensão temporal tanto no passado como no futuro, e as suas propriedades

apresentam-se como complexas e diferentes. As representações assentam mais em formas internas do que em aspetos manifestos do objeto, por isso a necessidade da presença física ou percetual para apoiar as representações deixa de existir. É relativamente pequena a vulnerabilidade à depressão grave e prolongada, associada à perda deste.

Se considerarmos os diferentes níveis de representações objetais, torna-se fácil uma apreciação mais completa dalguns mecanismos de depressão e isso auxilia a diferenciação entre depressão anaclítica e depressão introjetiva.

Segundo Asch (1964, cit. por Lasky, 2002), as variantes do processo depressivo refletem uma hierarquia das relações de objeto determinada pelo nível de desenvolvimento particular das representações objetais. Numa tentativa de explicar estes fenómenos, Asch utilizou os conceitos da psicologia do Eu e da estrutura intrapsíquica. Segundo este, a depressão pode apresentar-se segundo três variantes: hipocondríase, depressão sem a perda de objeto e depressão com raiva. Na hipocondríase existe uma depressão em que não é manifesto o afeto depressivo, na medida em que o que está a ser atacado, mais do que qualquer outro elemento, é a parte corporal do Eu, da autoimagem. O afeto dominante é a ansiedade. A depressão sem a perda de objeto caracteriza-se por uma submissão masoquista. Em certas relações assiste-se a uma variante especial da depressão, envolvendo a introjeção dum objeto perdido. Neste estado, o ataque intrapsíquico dirige-se, não tanto para o objeto perdido e concreto, mas sobretudo para uma parte da autoimagem que substitui a representação do objeto. Esta patologia parece resultar de dificuldades concretas no desenvolvimento de separação-individuação.

Por último, Asch (1964, cit. por Lasky, 2002), descreve a depressão com raiva. Nesta variante de depressão tipificada por uma projeção e um desvio do introjetado, a fragmentação da constelação depressiva com projeção e o desvio das suas partes componentes para as representações do objeto facilitam a prevenção da manifestação depressiva.

2.4. Avaliação da Depressão

Existe uma distinção muito importante, senão a mais importante, entre os diferentes métodos de avaliação da depressão: os que se baseiam nos depoimentos dos

pacientes e os que se baseiam no julgamento de um entrevistador (Angst & Merikangas, 1997).

Pode parecer, à primeira vista, que aquilo que os pacientes têm a dizer sobre si próprios é a forma mais direta de obter informação sobre o seu estado subjetivo, mas posteriormente, constata-se que os depoimentos não são mais diretos do que a observação do comportamento objetivo. Ambos os métodos sustentam a deficiência óbvia de que não são influenciados somente pelo estado subjetivo. Os pacientes não fornecem descrições verdadeiras sobre si próprios, quer porque não conseguem, quer porque estão relutantes em fazê-lo. Alguns sintomas não podem ser descritos pelo paciente, por exemplo, a perda de *insight*, ilusões e a perda de juízo crítico. Relativamente a outros sintomas, os pacientes podem não querer admiti-los por diversas razões: os pacientes podem minimizar os seus sintomas por não quererem ir para o hospital ou exagerá-los para ganharem alguma vantagem (Angst & Merikangas, 1997).

2.4.1. Entrevistas

Uma característica de todos os estudos iniciais (Compas et al., 1993) sobre a depressão é a falta de rigor metodológico. Constata-se que continua a haver:

- Confusão entre afeto triste e síndrome depressiva;
- Falta de critérios diagnósticos estandardizados;
- Falta de descrições e de estudos de fidedignidade dos métodos de avaliação utilizados;
- Constituição não controlada do desenho experimental;
- Frequência de afirmações que ultrapassam os dados;
- Falta de análise estatística.

Em populações adultas, as avaliações sintomáticas baseiam-se, essencialmente, nas entrevistas dos pacientes. Outras fontes de informação são usadas somente quando o paciente tem deterioração cognitiva grave ou quando o clínico suspeita de deturpações na autoavaliação (Kazdin, 1990).

Na avaliação sintomática de crianças, têm sido usadas duas fontes de informação para além do paciente, na prática e investigação clínicas: os pais e a escola. Estas fontes

são necessárias devido às limitações cognitivas inerentes ao estado de desenvolvimento da criança pré-púbere, que a impossibilita de fornecer uma estrutura cronológica correta para o episódio presente de doença. Durante a maior parte da puberdade, os conceitos temporais, tais como o de três semanas e o de três meses, não são distinguidos (Kazdin, 1990).

Por outro lado, é difícil para outros, como os pais e os professores, saber do humor da criança e dos seus sentimentos. Por conseguinte, embora a capacidade da criança para descrever estados passados seja limitada, a maioria dos investigadores que trabalham com crianças deprimidas pensam que a criança é o melhor relator para o estado presente, e colocam grande ênfase na entrevista com a criança para avaliar estados emocionais atuais (Kazdin & Marciano, 1998).

O consenso que surge parece ser que, na avaliação dos sintomas que se manifestam, na maioria intrapsiquicamente, e que refletem fenómenos subjetivos (emoções, sentimentos, ideias), a informação obtida através da criança é essencial. Assim, a culpa inadequada, as obsessões, o humor depressivo, a autoestima, as crenças *enganadoras*, as preocupações suicidas, as inquietações ansiosas, as alucinações e outros sintomas, podem permanecer totalmente desconhecidos para os pais, especialmente quando estes não são responsáveis, de modo evidente, pelas alterações no comportamento. Esta situação é mais provável quanto mais velha for a criança, visto que com o avanço da idade as crianças tendem a tornar-se mais reservadas sobre as suas vidas íntimas (Gusmão, 2005; Kazdin, 1990; Kazdin & Marciano, 1998).

A capacidade das crianças pré-púberes de darem informação adequada foi estudada por vários investigadores durante a década de 70 e existem poucas dúvidas de que os entrevistadores bem treinados e especializados são capazes de obter informação fidedigna das crianças relativamente ao seu estado mental (Kazdin, 1990).

2.4.2. Auto-Descrição e Escalas de Autoavaliação

A auto-descrição é uma das modalidades de avaliação mais utilizadas. Esta é importante visto que, os sintomas-chave da depressão, tais como a tristeza, os sentimentos de inutilidade e a perda de interesse em atividades, refletem sentimentos ou percepções subjetivos (Kazdin, 1990). Para além disso, as medidas da auto-descrição têm sido muito utilizadas, e com sucesso, para a avaliação dos sintomas depressivos em

adultos. Consequentemente, o seu alargamento para as crianças é natural. De facto, algumas das medidas refletem adaptações diretas dos instrumentos dos adultos e as posições conceptuais que elas repercutem.

As medidas de auto-descrição são, muitas vezes, direcionadas para objetivos diferentes (e.g., diagnóstico vs. avaliação da gravidade dos sintomas), avaliam facetas diferentes da disfunção e têm *status* diferente em termos da sua base empírica. As medidas têm sido desenvolvidas numa variedade de formas, tais como adaptação direta das medidas desenvolvidas com adultos, da confiança nos critérios diagnósticos, da capacidade para discriminar populações ou opiniões especialistas do conteúdo do item (Kazdin & Marciano, 1998). Em contexto clínico, um dos propósitos da avaliação da depressão é obter um diagnóstico. Para estes fins, as entrevistas diagnósticas são utilizadas, tais como a de *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age* (Kiddie-SADS ou K-SADS).

Embora o diagnóstico da depressão seja de óbvio interesse, os inventários de auto-descrição, os questionários e as entrevistas específicos para medir a gravidade dos sintomas são usados com maior frequência. O mais utilizado é o CDI (Crowley, Thompson, & Worchel, 1994; Dias & Gonçalves, 1999; Kovacs, Goldston, & Gatsonis, 1993; Lazzoni, Debry, & Peree, 1997; Matthey & Petrovski, 2002). É uma adaptação do *Beck Depression Inventory* e inclui 27 itens relativamente a sinais de comportamentos, afetivos e cognitivos da depressão (Kovacs, 2001).

Lefkowitz (2003) propôs outro método para identificar crianças deprimidas e é referido como um Inventário de Nomeação do Par (ou Companheiro). Para cada afirmação de um questionário administrado a grupos naturais de crianças (e.g., turma da escola), cada criança nomeia um dos seus colegas que se enquadra melhor na afirmação. As crianças que são mais nomeadas pelos seus colegas para sintomas e/ou traços particulares podem ser, então, identificados. Este método sociométrico parece promissor, mas não foi validado em contexto clínico.

2.4.3. Problemas e Limitações da Avaliação

De acordo com Angst et al. (2000), nas formas de registo dos depoimentos dos pacientes mais estereotipadas, tais como as escalas de autoavaliação e escalas análogas, encontra-se dificuldades. Pacientes semiletrados têm grande dificuldade ao se

confrontarem com a escala: podem não compreender as palavras utilizadas ou podem compreendê-las de modo errado. Se os itens estão nivelados por gravidade (leve, moderado, grave) ou por frequência (raramente, muitas vezes), os pacientes não têm uma linha de base para fazerem tais julgamentos. Pacientes indecisos podem ser incapazes de preencher e, se pressionados para o fazerem, podem responder de modo aleatório.

Apesar destas deficiências, os questionários de autoadministração são razoavelmente satisfatórios. A omissão de itens que são conhecidos por serem inconstantes conduz a perda de informação, mas como os sintomas estão correlacionados positivamente, a quantidade perdida não é tão grande como poderia parecer à primeira vista (Angst et al., 2000).

A história e descrição de um caso psiquiátrico, baseadas em entrevistas com o paciente, familiares, enfermeiros, entre outros, fornecem o máximo de informação na qual se fundamenta uma avaliação. Muita desta informação é perdida quando o material apropriado é registado numa escala de avaliação, mas para os objetivos pelos quais a escala é utilizada, a perda de informação é irrelevante. O material é registado numa forma estandardizada, e deste modo devolve fáceis comparações entre pacientes e entre ocasiões diferentes para o mesmo paciente. Esta é a razão fundamental pela qual as escalas são utilizadas na investigação clínica. Uma vantagem adicional é que os dados obtidos podem ser facilmente submetidos a análises estatísticas (Angst & Merikangas, 1997).

Crianças com graves resultados em instrumentos como o CDI podem não se enquadrar nos critérios diagnósticos para a depressão *major*, e o contrário também se pode verificar. Em geral, crianças com um diagnóstico de depressão, têm resultados mais altos em instrumentos de auto-descrição do que as que não têm tal diagnóstico (Kazdin, 1990). Contudo, os instrumentos de auto-descrição não distinguem, invariavelmente, entre crianças, adolescentes e adultos, que estão diagnosticados, independentemente, como sofredores de depressão *major*. Assim, os inventários de auto-descrição não são equivalentes às entrevistas diagnósticas na informação que fornecem.

Embora muitos instrumentos sejam eficazes, relativamente poucos têm sido bem testados em estudos que avaliem algumas das formas de validade e fidedignidade. Alguns instrumentos, como o CDI, têm sido avaliados, frequentemente, e em diversos

contextos (Crowley et al., 1994; Dias & Gonçalves, 1999; Kovacs et al., 1993; Lazzoni et al., 1997; Matthey & Petrovski, 2002).

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo III – Percorso Metodológico

Introdução

O presente capítulo procura analisar se a institucionalização interfere na intensidade da depressão das crianças inseridas neste meio. Por conseguinte, inicia-se com a apresentação do problema, dos objetivos, das hipóteses e das variáveis que são consideradas. É também apresentado o *design* metodológico utilizado, a caracterização dos participantes e dos instrumentos de recolha de dados. Conclui-se este capítulo com a descrição dos procedimentos utilizados na recolha de dados, bem como com a explicitação do tratamento dos dados.

3.1. Problema

É referido na literatura que as crianças privadas do seu meio familiar natural têm tendência a deprimir, ou seja, apresentam sentimentos que contribuem para a presença de depressão (Bowlby, 1998). Também Strecht (2000) partilha desta mesma opinião.

Assim sendo, parece pertinente estudar a depressão e a sua intensidade em crianças privadas do seu ambiente familiar, ou seja, cujo seu lar é uma instituição.

Deste modo, este estudo levanta algumas questões a serem investigadas:

1. Será que a *Institucionalização* das crianças interfere na intensidade da depressão?
2. Será que o *Tempo de Institucionalização* das crianças se relaciona com a intensidade da depressão?
3. Será que o *Motivo da Institucionalização* das crianças se relaciona com a intensidade da depressão?
4. Será que o *Contacto Periódico* das crianças institucionalizadas com os seus pais se relaciona com a intensidade da depressão?
5. Será que o *Género* das crianças (feminino/masculino) institucionalizadas interfere na intensidade da depressão?

3.2. Definição dos Objetivos

O presente estudo tem como objetivo principal analisar se a *institucionalização* interfere na intensidade da depressão das crianças, ou seja, se existem diferenças significativas no que concerne à Intensidade da Depressão das crianças institucionalizadas (que residem em instituição de acolhimento) comparativamente com crianças não institucionalizadas (que residem com os seus pais biológicos).

Quer-se também averiguar se o *Tempo e Motivo da Institucionalização* e o *Contacto Periódico* das crianças institucionalizadas com os seus pais, são variáveis relevantes na relação com a Intensidade da Depressão, no grupo de crianças institucionalizadas.

Por fim, pretende-se averiguar se o *Género* das crianças institucionalizadas é uma variável relevante na Intensidade da Depressão destas crianças. Assim, pretende-se verificar se existem diferenças significativamente relevantes entre ambos os géneros no que concerne à Intensidade da Depressão.

Tendo em vista estes objetivos, partiu-se para o levantamento de hipóteses que mantêm a mesma estrutura dos objetivos.

3.3. Elaboração das Hipóteses

Hipóteses

1. Espera-se que a *institucionalização* interfira na intensidade da depressão das crianças, quando comparadas às não institucionalizadas. Estudos mostram que as crianças institucionalizadas possuem maiores níveis de depressão por comparação às não institucionalizadas (Bowlby, 1998b; Cytryn & Mcknew, 1996; Keller et al., 1991; Shechory & Sommerfield, 2007; Strecht, 2000; Valencia et al., 1993; Weissman & Shaffer, 1998).
2. Espera-se que o *tempo de institucionalização* se relacione com a depressão das crianças institucionalizadas. Os estudos mostram que quanto maior o tempo de institucionalização maiores os níveis de depressão nestas crianças (Pracana & Santos, 2010; Shechory & Sommerfield, 2007; Sloutsky, 1997).
3. Espera-se que o *motivo de institucionalização* das crianças se apresente relacionado com a intensidade da depressão nestas. Estudos mostram que o

motivo que leva à institucionalização influencia a intensidade da depressão sentida pela criança (Pracana & Santos, 2010; Shechory & Sommerfield, 2007; Sloutsky, 1997).

4. Espera-se que o *contacto periódico* com os pais se relacione com a intensidade de depressão nas crianças. Estudos mostram que as crianças institucionalizadas, quando possuem um contacto frequente com os seus pais, apresentam maiores níveis de depressão (Pracana & Santos, 2010; Shechory & Sommerfield, 2007; Sloutsky, 1997).
5. Espera-se que o *género* das crianças institucionalizadas interfira na intensidade de depressão sentida. Diversos estudos mostram que a variável género é condicionadora dos níveis de depressão em crianças (Angold & Costello, 2001; Boughton & Street, 2007; Dell’Aglia & Hutz, 2004; Pracana & Santos, 2010; Rutter, 1991).

Sublinha-se que as *hipóteses 2, 3 e 4* se encontram formuladas apenas para o grupo das crianças institucionalizadas.

3.4. Variáveis

A variável dependente deste estudo é a *Intensidade da Depressão*.

As variáveis independentes deste estudo são o contexto (familiar/institucional) em que as crianças estão inseridas, considerando dois grupos: o Grupo Clínico constituído por crianças institucionalizadas (que residem em instituições de acolhimento) e o Grupo de Controlo, constituído por crianças não institucionalizadas (que residem com os seus pais biológicos).

Como variáveis independentes em estudo evidencia-se, o *Tempo de Institucionalização* das crianças, o *Motivo da institucionalização*, o *Contacto Periódico* das crianças institucionalizadas com os seus pais e o *Género* das crianças.

Para além destas variáveis, procurou-se também controlar a faixa etária e a homogeneidade do nível socioeconómico das crianças, para que ficassem uniformemente distribuídas nos dois grupos principais (crianças institucionalizadas e crianças não institucionalizadas) em questão.

Salienta-se que as variáveis *nível escolar* e *tempo de institucionalização*, foram medidas em meses; a variável *motivo de institucionalização* foi operacionalizada através de uma escala nominal dividida em cinco tipos de motivos: (i) *mau trato físico e psicológico*, (ii) *negligência*, (iii) *abandono*, (iv) *comportamento do menor* e (v) *monoparentalidade* (este último motivo está relacionado com a insuficiência de rendimentos do agregado e comportamento do menor). Os motivos de institucionalização foram definidos aquando do acesso às informações relativas às crianças institucionalizadas. A variável *contacto periódico* com os pais foi operacionalizada em três níveis (todas as semanas, quinzenal e outros), atendendo às respostas dadas.

As informações relativas ao *tempo de institucionalização*, ao *motivo da institucionalização* e ao *contacto periódico* com os pais, foram preenchidas pela autora da investigação, através do contacto direto com o(a) Diretor(a) Técnico(a) da Instituição e/ou através do acesso autorizado aos processos individuais das crianças institucionalizadas que constituem a nossa amostra.

3.5. Design da Investigação

O presente estudo é um estudo quantitativo correlacional, já que o seu principal objetivo é analisar o impacto da institucionalização na intensidade da depressão em crianças institucionalizadas, por comparação a crianças não institucionalizadas.

Para a realização do presente estudo recorreu-se às análises estatísticas em função das variáveis e das hipóteses formuladas. Assim sendo, recorreu-se aos testes paramétricos *t* de *Student* e *Anova One Way*, para amostras independentes. O primeiro foi utilizado quando se comparam dois grupos (Grupo Clínico e Grupo de Controlo) no que concerne à intensidade da depressão e ao *género* e o segundo, quando se pretendeu analisar a influência da variável *contacto periódico* com os pais e o *motivo da institucionalização*.

Foram, igualmente, utilizados como complemento, os testes não paramétricos *Mann-Whitney Wilcoxon* para comparar as médias de duas amostras independentes (para a variável intensidade da depressão e *género*) e o *Kruskal Wallis* (para analisar a influência da variável *contacto periódico* com os pais e o *motivo de institucionalização*).

Pode-se dizer que os testes *Mann-Whitney Wilcoxon* e *t* de *Student* são equivalentes, assim como o *Kruskal Wallis* e a *Anova One Way* (Pestana & Gageiro, 2003).

Por fim, recorreu-se também às análises correlacionais, através do *rho* de *Spearman*, para analisar as relações existentes entre a variável intensidade de depressão e o tempo de institucionalização. Este teste é um excelente método para quantificar a relação entre duas escalas de valor discretos e/ou com hierarquia (ordinais). Também se trata de uma excelente opção quando os dados não possuem uma distribuição normal bivariante, especialmente se há valores extremos (Pestana & Gageiro, 2003).

3.6. Participantes: População e Amostra

Com intuito de concretizar os objetivos propostos à realização deste trabalho, foram constituídos dois grupos com crianças escolarizadas de ambos os géneros: um grupo clínico, de crianças institucionalizadas, que residem em instituições de acolhimento e um grupo de controlo, de crianças não institucionalizadas, que residem com os seus pais biológicos, sendo a faixa etária destas crianças compreendida entre os 7 anos de idade como limite inferior e os 11 anos de idade como limite superior, para as crianças de ambos os grupos.

O limite inferior de idade (7 anos) foi estabelecido de acordo com a idade mínima de administração do instrumento de avaliação da variável Intensidade da Depressão e o limite superior (11 anos) teve como objetivo excluir as crianças que já estavam na fase da adolescência ou pré-adolescência, sendo que este é um período bastante controverso, procurando-se, por isso, não enviar os resultados da variável depressão.

Assim sendo, partiu-se de uma amostra total de 120 crianças que residem, ou em instituições de acolhimento, ou com os seus pais biológicos, constituindo assim dois grupos distintos e independentes. A amostra foi então dividida em dois grupos:

- O grupo clínico, constituído por 60 crianças *institucionalizadas* de ambos os géneros (30 do género masculino e 30 do género feminino) e com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos de idade;
- O grupo de controlo, constituído por 60 crianças *não institucionalizadas* de ambos os géneros (30 do género masculino e 30 do género feminino), também com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos de idade, todas estas sempre

a viver unicamente com os seus próprios pais, ou seja nunca terem sido institucionalizadas.

O tempo de institucionalização do grupo clínico é variado, visto haver crianças institucionalizadas com maior tempo de institucionalização do que outras, independentemente da idade. No entanto, pode-se constatar que o tempo de institucionalização nas instituições onde foram administrados os questionários, varia entre 4 meses e os 8 anos de institucionalização.

Em relação ao tamanho da amostra do grupo clínico (60 no total), a mesma foi retirada no universo das crianças institucionalizadas de quatro instituições de carácter social do Distrito do Porto. As crianças não institucionalizadas foram retiradas no universo de estudantes de duas escolas do ensino básico do 1º e 2º ciclo do Distrito do Porto, perfazendo um total de 60 crianças a viver sempre e unicamente com os seus pais biológicos.

A distribuição homogénea dos grupos (60+60=120) teve como intuito permitir a comparação entre os mesmos.

3.7. Instrumento

O instrumento utilizado no presente estudo para a recolha de dados da variável intensidade da depressão foi o Inventário da Depressão para Crianças (CDI - *Children's Depression Inventory*) desenvolvido por Kovacs em 1977 (cit. por Kovacs, 2001), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Dias e Gonçalves (1999) (cf. Anexo A).

Esse instrumento foi desenvolvido com o intuito de responder à necessidade de questionários de sintomas depressivos específicos para populações infantis, tendo como base o Inventário de Depressão de Beck (BDI - *Beck's Depression Inventory*). Os pressupostos teóricos que o CDI sustenta são o facto de se admitir a existência da depressão em crianças e adolescentes e o facto de esta poder ser medida com rigor.

Segundo Kovacs (2001), o CDI é considerado um instrumento adequado para avaliar a depressão em crianças e adolescentes do ponto de vista psicométrico e permite uma correlação significativa com valores clínicos de depressão, discriminando entre crianças deprimidas e não deprimidas.

Trata-se de um questionário de autorrelato com 27 itens, para ser utilizado com crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos de idade, inclusive. Cada item é constituído por três frases que descrevem três possibilidades ordenadas por gravidade de expressão. O sujeito tem que selecionar apenas uma escolha em cada item, optando por aquela que melhor o represente e descreva o seu comportamento, sentimentos e ideias (Kovacs, 2001).

A cada alternativa disponível é atribuída uma cotação direta na escala de pontos de [0-1-2] em que o 2 corresponde à resposta indicadora de um máximo de gravidade e, conseqüentemente, de maior intensidade de depressão (Kovacs, 2001).

Metade dos itens iniciam as suas opções com a frase descritiva correspondente ao limite superior de gravidade e a outra metade inicia com escolhas correspondentes a 0 ou seja, à gravidade mínima. O resultado final (somatório das escolhas dos 27 itens) oscila no intervalo fechado entre [0-54], sendo o valor mínimo de $27 \times 0 = 0$ e o máximo de $27 \times 2 = 54$ (Kovacs, 1983, Smucker, Craighead, Craighead, & Green, 1986, cit. por Lazzoni et al., 1997).

Todas as questões são pontuadas de forma direta, com exceção dos itens 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24 e 25 que recebem uma cotação inversa, ou seja, na escala de pontos [2-1-0].

Kovacs (2001) considera que o somatório dos 27 itens fornece uma indicação geral acerca da severidade dos sintomas depressivos, contudo, a autora refere ainda 5 subescalas que podem ser analisadas:

- Humor negativo (*Negative Mood*) (itens 1, 6, 8, 10, 11 e 13);
- Problemas interpessoais (*Interpersonal Problems*) (itens 5, 12, 26 e 27);
- Ineficácia (*Ineffectiveness*) (itens 3, 15, 23 e 24);
- Anedonia (*Anhedonia*) (itens 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22);
- Autoestima negativa (*Negative Self-Esteem*) (itens 2, 7, 9, 14 e 25).

Da mesma forma, o instrumento abrange um conjunto variadíssimo de sintomas depressivos de natureza cognitiva (e.g. “ninguém gosta de mim”), afetiva (e.g. “estou sempre triste” e comportamental (e.g. “ando quase sempre em brigas”), implicando a alteração do humor, as funções vegetativas, a auto descrição, a capacidade hedônica e os comportamentos interpessoais. Deste modo, envolve questões descritivas relativas ao

pessimismo, à tristeza, à insatisfação, aos sentimentos de insucesso, ao não gostar de si, à culpa, à autoagressão, ao suicídio, ao isolamento social, à indecisão, à fadigabilidade, à mudança na autoimagem, às dificuldades no trabalho escolar, aos problemas de alimentação, e ao sono (Simões, 1999).

O CDI é considerado o instrumento auto-descritivo para a avaliação da depressão em crianças e adolescentes, utilizado com maior frequência (Cole & Turner, Jr., 1993; Crowley et al., 1994; Kazdin, 1990).

Kovacs (2001) realizou diversos estudos sobre a validade do CDI, nomeadamente ao nível da validade de construto. As diversas análises realizadas apresentam duas soluções fatoriais a considerar. Uma solução de 2 fatores, cujos valores de *alpha* são .83 para o primeiro fator e .74 para o segundo fator e uma solução fatorial de 3 fatores, apresentando o valor de *alpha* de .81 no primeiro fator, .72 no segundo fator e .58 no terceiro fator.

Os estudos realizados em Portugal por Dias e Gonçalves (1999) através da análise fatorial não chegaram às mesmas conclusões que os estudos preconizados por Kovacs em 1989, que sugerem a distinção do CDI em 5 subescalas diferenciadas. No estudo português, não se conseguiram distinguir as 5 subescalas e mesmo quando a análise foi forçada a 5 fatores, os itens não se agruparam em fatores interpretáveis.

Outros estudos têm procurado analisar a validade do CDI (Ruggiero, Morris, Beidel, Scotti, & Mcleer, 1999), nomeadamente, na sua relação com outros instrumentos de avaliação, principalmente inventários, completados pelas crianças e orientados para a medida de outros construtos.

Assim, podem ser referidas correlações positivas e significativas entre os resultados do CDI e os resultados da *Hopelessness Scale for Children*, da *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* e da *Children's Depression Scale* (Matthey & Petrovski, 2002).

No mesmo sentido, são ainda de referir as correlações negativas e significativas com a *Perceived Scale for Children*, com o *Teacher's Rating Scale of Child's Actual Competence*, com estimativas globais de depressão e a forte correspondência com a informação comunicada pelos pais através do *Child Behavior Checklist*. Da mesma forma, os resultados neste inventário encontram-se negativamente correlacionados com

o desempenho escolar e positivamente correlacionados com medidas de auto-relato de problemas de ajustamento (Matthey & Petrovski, 2002).

Se, na sua maioria, as correspondências conhecidas credibilizam o CDI como medida da depressão, há a sugestão de que é necessário continuar a avaliar o que é que este inventário mede efetivamente. Esta questão coloca-se porque as correlações significativas, i.e., a sobreposição encontrada dos resultados no CDI com instrumentos que pretendem medir outros traços, sugerem a existência de falta de validade discriminante. E, a correlação significativa com outros instrumentos orientados para a medida da depressão (como é o caso da *Children's Depression Scale*) não garante necessariamente a existência de uma validade convergente (Simões, 1999).

Relativamente à fidelidade, i.e., ao grau de consistência interna entre os itens, o estudo de Kovacs realizado em 1989 (Kovacs, 2001), mostrou valores que oscilam entre .76 (Problemas interpessoais) e .92 (Anedonia). De facto, uma consistência interna satisfatória constitui uma característica importante deste inventário. No mesmo estudo, Kovacs, utilizando uma amostra de 134 sujeitos, encontrou coeficientes de escala total que oscilam entre .71 (crianças com diagnóstico de diabetes) e .89 (crianças com perturbações emocionais). Nos estudos portugueses, Dias e Gonçalves (1999) encontram um valor de *alpha* de .80 (N=482).

A par da administração do CDI no decorrer do ano de 2011, foi também utilizado um *Questionário Sócio Demográfico* (cf. Anexo B) no qual foi solicitado às crianças da nossa amostra o preenchimento de alguns dados relativos ao género, idade, habilitações literárias e com quem vive.

3.8. Procedimentos

No presente estudo foi aplicado o CDI, de forma idêntica a todos os sujeitos do grupo clínico e do grupo de controlo.

A amostra foi recolhida no decorrer do ano de 2011, em seis locais distintos. Para o grupo de crianças institucionalizadas, recorreu-se a quatro instituições de Solidariedade Social, onde estavam inseridas crianças retiradas do seu contexto familiar pelo facto de se encontrarem em situação de risco, sendo duas destas instituições de crianças do género feminino e masculino, uma delas unicamente de crianças do género masculino e outra destas instituições unicamente de crianças do género feminino.

Relativamente ao grupo de controlo, a amostra foi recolhida em duas escolas de ensino básico dos 1º e 2º ciclos, como já anteriormente referido.

Num primeiro momento, procedeu-se ao contacto pessoal com os diretores das instituições e das respetivas escolas, onde lhes foi entregue um pedido de colaboração na investigação, bem como explicados os objetivos do estudo de forma a se obter a devida autorização para administrar os instrumentos (cf. Anexo C).

Após a autorização, foi realizada a seleção das crianças nas turmas a quem foram administrados os instrumentos. Na escolha das crianças teve-se em conta o contexto familiar/institucional em que estão inseridas e a idade destas (dos 7 aos 11 anos de idade), no que concerne especificamente ao grupo de controlo, teve-se em linha de conta o facto de estas crianças viverem com os seus pais biológicos, e terem sempre unicamente vivido com estes, informação esta que foi prestada pelo diretor das respetivas turmas e obtida através de uma pergunta direta à própria criança inserida no *Questionário Sócio Demográfico*.

No grupo clínico, após ter sido concedida a autorização para a aplicação do CDI às crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos de idade, estes foram administrados em várias sessões em 3 dias diferentes nos meses de Fevereiro, Março e Abril de 2011.

Tanto o CDI como o *Questionário Sócio Demográfico* foram aplicados em pequenas salas das instituições na presença do observador e em grupos pequenos (6 a 8 crianças), formados de acordo com as idades das crianças, com os seus próprios horários e conforme a disponibilidade destas; no entanto, aquelas crianças que tinham maiores dificuldades de leitura ficavam sozinhas para que se pudessem sentir mais à vontade e tivessem os esclarecimentos e apoio que necessitassem, mais individualizados.

Teve-se o cuidado de esclarecer o que se pretendia com o estudo, salientando-se a importância de se saber o que as crianças pensavam acerca de todas aquelas questões. Foi pedido que respondessem com o máximo de sinceridade pois, não devia haver receios, uma vez que não existem respostas certas ou erradas e dado o carácter anónimo e confidencial do questionário, pelo que deveriam escolher a resposta que lhes parecesse mais correta e mais adequada ao que pensavam e sentiam. Foi também pedido que

colocassem questões ou tirassem dúvidas sobre aquilo que não percebessem, de modo a que pudessem ser elucidados sobre as mesmas.

Nas escolas do ensino básico e preparatório, após a autorização da administração do questionário pelo Concelho Pedagógico, foi aplicado o CDI e o *Questionário Sócio Demográfico* coletivamente, durante o mês de Fevereiro/Março de 2011, num único dia, onde foram também informados e explicados todos os procedimentos, tal como ocorreu com o grupo clínico, só que para um grupo de crianças um pouco maior, abrangendo todos os alunos em sala de aula e não em pequenos grupos como aconteceu no grupo clínico.

Houve ainda necessidade de solicitar a todas as crianças que colocassem na sua folha de resposta a respetiva idade, género e habilitações literárias, sendo que no caso do grupo clínico foi obtida informação por parte da instituição sobre o tempo, o motivo de institucionalização, bem como o contacto que estas crianças mantêm ou não com os seus pais e, no grupo de controlo, foram solicitadas informações sobre com quem vivem, de modo a controlar-se as variáveis em estudo e fazer-se uma melhor caracterização da população estudada.

Após o preenchimento total dos instrumentos, as crianças levantavam o braço e os instrumentos eram recolhidos. O tempo de administração foi de um mínimo de 8 minutos e um máximo de 35 minutos, dependendo do grau de dificuldade de cada criança.

Apesar de a administração ter ocorrido em seis locais diferentes, a uniformização das condições de administração foi sempre um objetivo a atingir através da utilização de instruções gerais e precisas, lidas em voz alta pela investigadora, no início da sessão, a par dos objetivos do estudo e do pedido de colaboração aos alunos.

É importante salientar que todas as pessoas responsáveis pelos diversos locais onde a amostra foi recolhida foram informadas da garantia do anonimato dos dados e do carácter confidencial da informação obtida (cf. Anexo D).

3.8.1. Tratamento dos Dados

Conforme referido anteriormente, o CDI é um instrumento de avaliação da depressão em crianças e adolescentes, constituído por cinco subescalas, cada uma

composta por um número indiferenciado de itens e que perfazem um somatório total máximo de 54 valores ($27 \times 2 = 54$). Após a administração dos questionários procedeu-se à cotação de cada instrumento, ou seja, dos 120 instrumentos administrados, por subescala e por pontuação final, obtendo-se assim seis resultados brutos ($5 + 1 = 6$) e seis resultados padronizados “T” ($5 + 1 = 6$).

Os resultados brutos para cada uma das 120 crianças e para cada uma das subescalas, foram transformados em resultados padronizados, conforme proposto no sistema de cotação original Americano (Kovacs, 1991) que propõe a transformação dos dados brutos na escala padronizada “T”. Teve-se especial atenção ao se utilizar o sistema de cotação original, o género da criança, bem como a sua idade, conforme preconiza o sistema de cotação acima referido para a transformação na escala padronizada “T” (cf. Anexo E).

Deste modo, por exemplo, na subescala dois, a respeito dos *problemas interpessoais*, uma criança do sexo feminino com 8 anos de idade e um resultado bruto de 4, obtém um valor padronizado “T” de 89, enquanto uma criança do sexo masculino, com a mesma idade e com uma pontuação igual na mesma subescala, obtém um valor padronizado “T” de 71, ou seja, pode-se verificar que existem efetivamente diferenças.

Partindo-se dos resultados brutos e dos resultados padronizados “T” obtidos, estes foram inseridos no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (S.P.S.S.) versão 20, constituindo-se a base de dados de doze resultados diferentes para cada um dos 120 sujeitos da amostra, referentes aos dois grupos (6 resultados brutos e 6 resultados padronizados). Tendo sido atribuída previamente, para cada uma das variáveis independentes, as categorizações respetivas (crianças institucionalizadas, crianças não institucionalizadas; género: feminino, masculino; tempo de institucionalização: em número de meses; contato periódico com os Pais: todas as semanas, quinzenalmente, outros; motivo da institucionalização: negligência, maus tratos físico e psicológicos, abandono, comportamento do menor, monoparentalidade).

A partir da base de dados assim construída, procedeu-se aos devidos tratamentos estatísticos, cujos principais resultados são apresentados no capítulo seguinte.

Capítulo IV – Apresentação e Discussão dos Resultados

Introdução

Neste capítulo apresenta-se os resultados obtidos no presente estudo, bem como são discutidos os resultados encontrados. Para uma melhor estruturação da informação, os resultados são apresentados e discutidos em função das hipóteses inicialmente definidas e a discussão dos resultados realizada à luz da revisão bibliográfica efetuada.

4.1. Teste de Hipóteses: Institucionalização

No sentido de testar a **hipótese 1** que esperava “que a institucionalização interfira na intensidade da depressão das crianças, quando comparadas às não institucionalizadas”, referente à variável contexto institucional/familiar em que as crianças estão inseridas, utilizou-se o teste estatístico paramétrico *t* de *Student* para testar a diferença de médias entre as duas amostras independentes. Este procedimento foi utilizado quer para os valores brutos, quer para os valores padronizados.

Neste sentido, a Tabela 1 mostra os resultados inferenciais obtidos através do teste *t* de *Student*.

Tabela 1

Dados Estatísticos dos Resultados Brutos e Padronizados em Função da Institucionalização quanto à intensidade da Depressão

	Institucionalizada (N=60)		Não Institucionalizada (N=60)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Total Bruto	26.50	17.469	9.65	4.758	7.209	.000
Total Padronizado	71.63	22.830	49.62	7.159	7.128	.000

***p*<.000

Como se pode ver na Tabela 1, para os valores brutos obteve-se uma média para o grupo de crianças institucionalizadas de 26.50 e para as crianças não institucionalizadas de 9.65. No que diz respeito aos valores padronizados, pode-se verificar que as crianças institucionalizadas apresentam uma média de 71.63 e as não institucionalizadas de 49.62. O teste *t* mostra que existem diferenças muito significativas quer para os valores brutos (*p*<.001), quer para os valores padronizados (*p*<.001).

Para uma melhor compreensão destes resultados e no sentido de se averiguar de forma mais pormenorizada a *Hipótese 1* teve-se ainda em atenção os valores brutos e padronizados por subescala, tal como se pode verificar na Tabela 2.

Tabela 2

Dados Estatísticos Brutos e Padronizados para os Dois Grupos da Amostra para as Cinco Subescalas

	Institucionalizada (N=60)		Não Institucionalizada (N=60)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Humor Negativo (B) ^a	6.02	4.268	1.88	1.678	6.981	.000**
Problemas Interpessoais (B) ^a	2.98	2.221	0.88	1.223	6.417	.000**
Ineficácia (B) ^a	4.82	2.639	1.78	1.485	7.758	.000**
Anedonia (B) ^a	7.85	5.641	3.77	1.691	5.371	.000**
Autoestima Negativa (B) ^a	4.85	3.772	1.22	1.250	7.082	.000**
Humor Negativo (P) ^b	68.98	21.624	48.37	8.529	6.870	.000**
Problemas Interpessoais (P) ^b	69.88	18.806	51.72	11.520	6.381	.000**
Ineficácia (P) ^b	66.15	15.207	49.78	8.503	7.276	.000**
Anedonia (P) ^b	67.63	21.814	51.92	6.917	5.320	.000**
Autoestima Negativa (P) ^b	66.52	20.574	46.80	6.967	7.031	.000**

^a = resultado bruto; ^b = resultado padronizado

**p<.000

Pela análise da Tabela 2, para os totais em valores brutos na subescala *Humor Negativo Bruto* obteve-se uma média de 6.02 para o grupo de crianças institucionalizadas e de 1.88 para o grupo de crianças não institucionalizadas; na subescala *Problemas Interpessoais Bruto*, obteve-se nas crianças institucionalizadas uma média de 2.98 e nas crianças não institucionalizadas uma média de 0.88; na subescala *Ineficácia Bruto* obteve-se uma média de 4.82 para as crianças institucionalizadas face a uma média de 1.78 para as não institucionalizadas; no que se refere à subescala *Anedonia Bruto* a média para as crianças institucionalizadas é de 7.85 e para as não institucionalizadas de 3.77; na subescala *Autoestima Negativa Bruto* obteve-se uma média de 4.85 para as crianças institucionalizadas e de 1.22 para as crianças não institucionalizadas.

No que concerne aos resultados da análise estatística inferencial por subescala para os valores padronizados, pode-se verificar mediante a continuação da análise da

Tabela 2 que ao nível da subescala *Humor Negativo Padronizado* as crianças institucionalizadas obtiveram uma média 68.98 e as não institucionalizadas uma média de 48.37; na subescala *Problemas Interpessoais Padronizado* as crianças institucionalizadas apresentam uma média de 69.88 e as crianças não institucionalizadas de 51.72; na subescala *Ineficácia Padronizado* a média para as crianças institucionalizadas é de 66.15 e das crianças não institucionalizadas de 49.78; na subescala *Anedonia Padronizado* a média é de 67.63 para as crianças institucionalizadas e de 51.92 para as crianças não institucionalizadas; na subescala *Autoestima Negativa Padronizado* a média para as crianças institucionalizadas é de 66.52 face a uma média de 46.80 para as crianças não institucionalizadas.

Em suma, verifica-se que relativamente aos valores brutos das subescalas, verifica-se uma média superior de *Anedonia* ($M=7.85$) e, em termos de valores padronizados uma média superior de *Problemas Interpessoais* ($M=69.88$) no seio das crianças institucionalizadas.

Destes resultados e pela análise do teste *t* a todas as subescalas, conclui-se que existem diferenças entre os dois grupos nos resultados brutos e nos resultados padronizados em todas as subescalas ($p<.001$), sendo que as crianças institucionalizadas apresentam níveis de depressão muito superiores nas subescalas do CDI por comparação aos níveis de depressão das crianças não institucionalizadas (ver Tabela 2).

Estes resultados agora encontrados que sublinham que são as crianças institucionalizadas que possuem maiores níveis de depressão, quando comparadas com as que não se encontram institucionalizadas, encontram-se alinhados com diversos estudos (Bowlby, 1998b; Cytryn & Mcknew, 1996; Keller et al., 1991; Shechory & Sommerfield, 2007; Strecht, 2000; Valencia et al., 1993; Weissman & Shaffer, 1998) que têm mostrado que a depressão se encontra mais prevalente no seio das crianças institucionalizadas. De facto, estas crianças, por comparação às não institucionalizadas possuem, globalmente, níveis mais elevados de humor negativo, de ineficácia, de autoestima negativa, a anedonia e os problemas interpessoais.

Como já referido anteriormente, as crianças institucionalizadas, que foram separadas dos seus pais, tendem a adotar comportamentos desajustados que apenas espelham marcas precoces de uma vivência depressiva muitas vezes associada ao abandono ou aos maus tratos de que foram alvo, expressando sinais de uma dor interna, de um vazio interior profundo, que pode ser caracterizado por uma incapacidade (ainda

que temporária) de sentir prazer, interesse e satisfação nas atividades diárias. Este profundo sentir acaba por estar refletido nas relações interpessoais que estas crianças estabelecem com os demais, já que há uma necessidade em deslocar a sua dor interior para o exterior. Muitas vezes, essa deslocação não se processa de forma positiva pois há uma incapacidade, por parte da criança, em compreender que a dor da sua existência nos remete para a separação das figuras de grande significado para si.

Por outro lado, compreende-se também, que estas crianças possam ter pensamentos negativos face a si próprios, face à vida e face ao mundo em geral, aspeto este que acaba por ter um tremendo impacto na sua autoestima e no sentido de eficácia com se percebe. Os pensamentos, sentimentos e comportamentos de tristeza, de culpa, de isolamento social, de confronto direto com os demais, de insatisfação e de prazer face às atividades do dia-a-dia, acabam por ser frequentes, constituindo-se, pela sua repetição, num padrão com características depressivas. A incapacidade destas crianças encontrar um ponto de equilíbrio, um conjunto de estratégias adequadas às suas vivências, torna-as mais vulneráveis a um quadro depressivo.

Por conseguinte e de forma conclusiva, confirma-se a **hipótese 1** que esperava que a institucionalização interfira na intensidade da depressão das crianças, quando comparadas às não institucionalizadas. No presente estudo verificou-se que as crianças institucionalizadas apresentam valores de médias superiores quer nas subescalas, quer na CDI total (bruto e padronizado), por comparação às crianças não institucionalizadas.

4.2. Teste de Hipóteses: Tempo de Institucionalização

No sentido de testar a **hipótese 2** que espera “que o tempo de institucionalização se relacione com a depressão das crianças institucionalizadas”, recorreu-se às análises correlacionais, através do teste de correlação *rho* de *Spearman*, para analisar as relações existentes biunívocas entre a variável intensidade de depressão vs o tempo de institucionalização, conforme se pode ver na Tabela 3 para resultados inferenciais.

Da análise inferencial efetuada mediante o teste *rho* de *Spearman*, quer para os resultados brutos quer para os padronizados (total e subescalas), conclui-se que existe uma correlação negativa muito significativa ($p < .001$) entre o tempo da institucionalização (avaliado em meses) e a intensidade da depressão tanto para o valor

total (totais brutos e padronizados), como para as diferentes cinco subescalas (valores brutos e padronizados).

Assim, por exemplo, quanto aos totais observa-se que a correlação de *Spearman* apresenta um resultado de $\rho = -.684$ com $p < .001$ para o total bruto e um valor de $\rho = -.665$ com $p < .001$, para o total padronizado.

Tabela 3

Teste de Correlação Rho de Spearman, para as Variáveis Intensidade da Depressão vs Tempo de Institucionalização

	<i>Tempo de institucionalização</i> (em meses)
Humor Negativo (B) ^a	-.693**
Problemas Interpessoais (B) ^a	-.445**
Ineficácia (B) ^a	-.643**
Anedonia (B) ^a	-.631**
Autoestima Negativa (B) ^a	-.670**
Total Bruto	-.684**
Humor Negativo (P) ^b	-.695**
Problemas Interpessoais (P) ^b	-.457**
Ineficácia (P) ^b	-.609**
Anedonia (P) ^b	-.625**
Autoestima Negativa (P) ^b	-.666**
Total Padronizado	-.665**

^a = resultado bruto; ^b = resultado padronizado

** $p < .000$

Quanto às subescalas, no que concerne ao *Humor Negativo* obteve-se para o valor bruto um $\rho = -.693$ e com um $p < .001$, para o total padronizado desta subescala um $\rho = -.695$ e com um $p < .001$; quanto à subescala *Problemas Interpessoais* obtivemos para os resultados brutos um ρ de $-.445$ com um $p < .001$ e para os valores padronizados um $\rho = -.457$ e com um $p < .001$; quanto à subescala *Ineficácia* obtivemos para os valores brutos um ρ de $.643$ e com um $p < .001$, para os valores padronizados um $\rho = -.609$ e com um $p < .001$; quanto à subescala *Anedonia* e no que concerne aos valores brutos $\rho = -.631$ e com um $p < .001$, para os valores padronizados um $\rho = -.625$ e com um $p < .001$; por ultimo na subescala *Autoestima Negativa* obteve-se para os

valores brutos um $rho=-.670$ e com um $p<.001$, e para os valores padronizados um $rho=-.666$ e com um $p<.001$.

Constata-se, ainda que para os valores brutos, a correlação inversa mais elevada surge com a *Autoestima Negativa* ($rho=-.670$) e para os resultados padronizados o valor mais elevado encontrado situa-se no *Humor Negativo* ($rho=-.695$)

De forma conclusiva, sendo todos os resultados da correlação negativos, i.e. inversos, significa que quanto menor o número de meses da institucionalização, maior a intensidade da depressão e que quanto maior o número de meses da institucionalização, menor a intensidade da depressão para todos os resultados totais como para todos os resultados nas diferentes cinco subescalas.

De facto, estes resultados acabam por ser congruentes com alguns estudos que relacionaram a intensidade da depressão com o tempo de institucionalização (Pracana & Santos, 2010; Shechory & Sommerfield, 2007; Sloutsky, 1997). Não obstante, constata-se que há estudos que encontraram uma correlação positiva entre o tempo de institucionalização e a intensidade da depressão, sugerindo que quanto maior o tempo de institucionalização maior a intensidade da depressão (Shechory & Sommerfield, 2007).

No presente estudo, pelo contrário, apesar de ter sido encontrado uma correlação entre a intensidade da depressão e o tempo de institucionalização, os dados apontam para que a intensidade da depressão seja mais prevalente nas crianças com menor tempo de institucionalização. De facto, ao analisar-se estes resultados mais pormenorizadamente, compreende-se que é o impacto da institucionalização que acarreta, em primeira instância, a intensidade de depressão no seio destas crianças. Significa que as crianças que se encontram institucionalizadas há menos tempo são aquelas que apresentam maior intensidade de depressão, refletindo-se na sua autoestima e no humor negativo face a si próprias, à vida em geral e à institucionalização em particular. Estes resultados acabam por reforçar a ideia de que a depressão anaclítica surge como resultado da separação da figura materna depois dos seis meses de idade aquando de uma relação anteriormente estabelecida (Kohn & Rosman, 2001).

Por outro lado, importa aqui sublinhar que a institucionalização, tal como já se referiu anteriormente, acaba por ter um impacto profundo na autoestima da criança, tal como se observa no presente estudo. Estes resultados reforçam os dados obtidos no

estudo de Raffo (1994) que conclui que a gravidade dos sintomas depressivos influencia, primordialmente, o autoconceito e a autoestima das crianças institucionalizadas.

Neste sentido, verifica-se a correlação entre o tempo de institucionalização e a severidade dos sintomas de depressão, considera-se que a **hipótese 2** confirma-se, uma vez que esta previa a existência de correlação entre o tempo de institucionalização e a intensidade de depressão.

4.3. Teste de Hipóteses: Motivo de Institucionalização

No sentido de testar a **hipótese 3** que espera “que o motivo de institucionalização das crianças se apresente relacionado com a intensidade da depressão nestas” recorreu-se à *Anova One Way* (Anova), para amostras independentes, sendo que foram identificados cinco tipos de motivos de institucionalização: *Negligência, Maus Tratos Físicos e Psicológicos, Abandono, Comportamento do Menor e Monoparentalidade*. A Tabela 4 apresenta as frequências descritivas destes motivos, com a sua respetiva percentagem.

Tabela 4

Frequências e Percentagens dos Cinco Tipos de Motivos de Institucionalização

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Negligência	15	25.0
Maus Tratos Físicos e Psicológicos	17	28.3
Abandono	3	5.0
Comportamento do Menor	17	28.3
Monoparentalidade	8	13.3

Assim, mediante a análise da Tabela 4, pode-se comprovar que a grande maioria das crianças do grupo clínico foram institucionalizados por maus tratos físicos e psicológicos e comportamento do menor (28.3 %), em seguida por negligência (25%), por monoparentalidade (13.3%) e, por fim, por abandono (5.0%).

Ao se realizar a análise inferencial dos resultados para a **hipótese 3**, através do teste *Anova*, teste paramétrico de análise de variância, os resultados encontram-se apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Anova para Totais Brutos e Padronizados dos Motivos de Institucionalização

	<i>Média</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Total Bruto	252.569	.817	.520
Total Padronizado	340.905	.638	.638

**p<.000

Pela observação da Tabela 5 verifica-se que os resultados não são significativos, pois a diferença da significância da variância entre os grupos é pequena, ou seja, o total bruto apresenta um $p=.520$ e o total padronizado um $p=.638$, portanto, não significativo para nenhum dos dois totais.

Para uma maior compreensão dos resultados, analisou-se as diferenças nas 5 subescalas do CDI quando a variável motivos de institucionalização é considerada. A Tabela 6 mostra os resultados encontrados.

Tabela 6

Anova das Subescalas (Total Bruto e Padronizado) em Função dos Motivos de Institucionalização

	<i>Média</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Humor Negativo (B) ^a	10.812	.576	.681
Problemas Interpessoais (B) ^a	11.498	2.581	.047*
Ineficácia (B) ^a	1.263	.171	.952
Anedonia (B) ^a	27.112	.843	.504
Autoestima Negativa (B) ^a	17.535	1.253	.299
Humor Negativo (P) ^b	315.971	.660	.622
Problemas Interpessoais (P) ^b	397.934	1.136	.349
Ineficácia (P) ^b	23.732	.096	.983
Anedonia (P) ^b	381.567	.791	.536
Autoestima Negativa (P) ^b	521.486	1.253	.300

^a = resultado bruto; ^b = resultado padronizado

**p<.005

Pela análise da Tabela 6, para os totais em valores brutos na subescala *Humor Negativo Bruto* obteve-se um valor de $p=.681$; na subescala *Problemas Interpessoais Bruto*, obteve-se um valor de $p=.047$; na subescala *Ineficácia Bruto* obteve-se um valor de $p=.952$; no que se refere à subescala *Anedonia Bruto* obteve-se um valor de $p=.504$; na subescala *Autoestima Negativa Bruto* obteve-se um valor de $p=.299$. Estes resultados mostram que nenhuma das subescalas apresenta diferenças significativas quando se consideram os motivos de institucionalização, com a exceção da subescala *Problemas Interpessoais*, a qual é significativa ($p<0,048$).

No que diz respeito aos valores padronizados (ver Tabela 6), verifica-se que na subescala *Humor Negativo Padronizado* se obteve um valor de $p=.622$; na subescala *Problemas Interpessoais Padronizado*, obteve-se um valor de $p=.349$; na subescala *Ineficácia Padronizado* obteve-se um valor de $p=.983$; no que se refere à subescala *Anedonia Padronizado* obteve-se um valor de $p=.536$; na subescala *Autoestima Negativa Padronizado* obteve-se um valor de $p=.300$. Estes resultados mostram que nenhuma das subescalas apresenta diferenças significativas quando se consideram os motivos de institucionalização.

Apesar de a literatura não ser muito coerente, verifica-se que há estudos que referem que os motivos de institucionalização possuem um impacto direto na intensidade da depressão (Pracana & Santos, 2010; Shechory & Sommerfield, 2007; Sloutsky, 1997).

No presente estudo, no entanto, verifica-se que não é o motivo de institucionalização que leva à intensidade da depressão nas crianças institucionalizadas. Estes resultados são particularmente interessantes na sua interpretação pois, como já anteriormente se referiu, a depressão é um quadro complexo no qual intervêm fatores relacionados não só com as características individuais das crianças, como também com as características do próprio meio.

Neste sentido e tendo em consideração que as crianças institucionalizadas do presente estudo, se encontram nas instituições entre 4 meses e 8 anos, pode-se inferir que a institucionalização se revelou como sendo uma medida eficaz. Estas crianças, maioritariamente retiradas das suas famílias por maus tratos físicos e psicológicos e pelo seu comportamento, acabam por desvalorizar os motivos pelos quais levaram à institucionalização, ao se enquadrarem num contexto que é percebido por si como apaziguador da sua dor profunda.

A criança quando se encontra no seio da sua família e é maltratada, ela não tem outra referência a não ser a sua própria realidade familiar. Por isso, dificilmente poderá fazer pontos de comparação com outras realidades. Caso essa comparação não seja feita, a criança acolhe a ideia de que está numa realidade familiar “normal” e que aquilo que vivencia é comum em todas as famílias. Por outro lado, quando a criança tem a possibilidade de comparar a sua vivência com a das outras crianças, ela poderá desenvolver a ideia de que só a ela tudo aquilo lhe acontece, como se fosse a única pessoa do mundo a vivenciar a sua realidade familiar.

Neste sentido, ao ser integrada num novo contexto (neste caso um meio institucional) que lhe ofereça percepção de maior segurança e estabilidade, a criança rapidamente realizará um processo de comparação com o seu ambiente familiar, pelo que tenderá (se esse contexto for reconfortante) a relativizar os motivos pelos quais ela teve que ser institucionalizada. No fundo, ao ser retirada de um meio onde imperam estímulos aversivos e ao ser colocada num meio onde os estímulos positivos e prazerosos são mais prevalentes, a importância conferida ao contexto familiar aversivo, acaba por ser relativizada, já que percebe a existência de uma compensação para o seu mal-estar.

Este reforço compensador é igualmente influenciado pela consciência de que afinal não era ela a única pessoa no mundo a ter essas vivências, já que na instituição onde se encontra inserida, outras crianças como ela, também viveram histórias de vida semelhantes à sua.

Assim, apesar de poderem apresentar uma intensidade de depressão decorrente da periodicidade dos maus-tratos e do impacto da institucionalização em si, os motivos pelos quais estas crianças foram institucionalizadas, acabam por ser compensados pela percepção que fazem do meio onde se encontram institucionalizadas.

Por conseguinte, considera-se que a *hipótese 3* não se encontra confirmada, já que o motivo de institucionalização, no presente estudo, não se apresenta relacionado com a intensidade de depressão nas crianças institucionalizadas.

4.4. Teste de Hipóteses: Contacto Periódico

No sentido de testar a *hipótese 4* que esperava “que o contacto periódico com os pais se relacione com a intensidade de depressão nas crianças” recorreu-se ao teste

paramétrico da *Anova*, sendo que o contacto periódico foi definido em três níveis de acordo com as respostas obtidas. A Tabela 7 apresenta os valores descritivos das frequências e respetivas percentagens dos três níveis de periodicidade de contacto com os pais.

Tabela 7

Frequências e Percentagens da Periodicidade de Contacto com os Pais

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Semanalmente	45	75.0
Quinzenalmente	12	20.0
Outros	3	5.0

Da análise da Tabela 7 pode-se verificar que das 60 crianças institucionalizadas, 75% mantém contacto semanal com a sua família, 20% mantém contacto quinzenal e 5% destas crianças inserem-se dentro da categoria “outros”, que assinala a não existência qualquer contacto com os seus progenitores.

Da análise inferencial dos resultados para a *hipótese 4*, através do teste *Anova*, os resultados encontram-se apresentados na Tabela 8.

Tabela 8

Anova para Totais Brutos e Padronizados da Periodicidade de Contactos com os Pais

	<i>Média</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Total Bruto	232.844	.757	.474
Total Padronizado	321.886	.609	.547

**p<.000

Da análise inferencial proveniente da *Anova*, verifica-se pela observação da Tabela 8 que os resultados totais brutos apresentam um valor de $p=.474$ e os resultados totais padronizados um valor de $p=.547$, sugerindo a não existência de diferenças significativas na intensidade da depressão, quando a periodicidade de contactos é tida em consideração.

Para uma maior compreensão dos resultados, analisou-se as diferenças nas 5 subescalas do CDI quando a variável contacto periódico com os pais é considerada. A Tabela 9 mostra os resultados encontrados.

Tabela 9

Anova das Subescalas (Total Bruto e Padronizado) em Função do Contacto Periódico com os Pais

	<i>Média</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Humor Negativo (B) ^a	17.633	.967	.386
Problemas Interpessoais (B) ^a	.925	.182	.834
Ineficácia (B) ^a	.878	.122	.885
Anedonia (B) ^a	33.503	1.055	.355
Autoestima Negativa (B) ^a	12.225	.855	.431
Humor Negativo (P) ^b	572.036	1.233	.299
Problemas Interpessoais (P) ^b	37.300	.102	.903
Ineficácia (P) ^b	12.878	.054	.948
Anedonia (P) ^b	457.553	.960	.389
Autoestima Negativa (P) ^b	352.300	.827	.442

^a = resultado bruto; ^b = resultado padronizado

**p<.005

Pela análise da Tabela 9, para os valores brutos na subescala *Humor Negativo Bruto* obteve-se um valor de p=.386; na subescala *Problemas Interpessoais Bruto*, obteve-se um valor de p=.834; na subescala *Ineficácia Bruto* obteve-se um valor de p=.885; no que se refere à subescala *Anedonia Bruto* obteve-se um valor de p=.355; na subescala *Autoestima Negativa Bruto* obteve-se um valor de p=.431. Estes resultados mostram que nenhuma das subescalas apresenta diferenças significativas quando se considera a periodicidade dos contactos com os pais.

No que diz respeito aos valores padronizados (ver Tabela 9), verifica-se que na subescala *Humor Negativo Padronizado* obteve-se um valor de p=.299; na subescala *Problemas Interpessoais Padronizado*, obteve-se um valor de p=.903; na subescala *Ineficácia Padronizado* obteve-se um valor de p=.948; no que se refere à subescala *Anedonia Padronizado* obteve-se um valor de p=.389; na subescala *Autoestima Negativa o Padronizado* obteve-se um valor de p=.442. Estes resultados mostram que nenhuma das subescalas apresenta diferenças significativas quando se consideram os motivos de institucionalização.

Diversos estudos (Pracana & Santos, 2010; Shechory & Sommerfield, 2007; Sloutsky, 1997) têm mostrado que quanto maior o contacto periódico com os pais, maior a intensidade de depressão das crianças institucionalizadas. No entanto, no presente estudo esta realidade não se constata. Verifica-se que a periodicidade de contactos não se apresenta relacionada com a intensidade de depressão destas crianças.

Para muitas crianças, o facto de terem que ter contacto com os seus progenitores pode acentuar os seus sentimentos e emoções relativamente às vivências que foram preconizadas entre ambos. O contacto com os pais, poderá ser visto como um acentuador do seu mal-estar, pela incompreensão que detêm relativamente às situações, pelo facto de não compreenderem as razões subjacentes a determinados comportamentos. Obviamente que a compreensão se encontra associada com o nível cognitivo das crianças, pelo que será esperado que as crianças mais velhas, possuam um melhor entendimento sobre as coisas.

No entanto, para muitas crianças o facto de terem que estar com os seus pais periodicamente, parece não ter qualquer impacto ao nível da sua intensidade de depressão, agindo como que estivessem resilientes face à realidade de estarem institucionalizados. Esta resiliência poderá advir da consciência da sua própria incapacidade para regressar ao meio de onde foram retirados e/ou da perceção da incapacidade que percebem nos seus progenitores para tomarem conta delas, em função das suas necessidades. Não significa, no entanto, que estas crianças resilientes idealmente, não prefeririam estar junto dos seus pais. Mas perante o reconhecimento de limitações (quer pessoais quer familiares) a criança adota uma postura de aceitação da situação que vivencia.

Neste sentido, considera-se que a *hipótese 4* não é confirmada, já que se esperava que houvesse relação entre o contacto com os pais e a intensidade da depressão.

4.5. Teste de Hipóteses: Género

No sentido de testar a *hipótese 5* que esperava “que o género das crianças institucionalizadas interfira na intensidade de depressão sentida”, recorreu-se ao uso do

teste *t* de *Student*, para analisar as diferenças de médias dos valores totais brutos e valores totais padronizados e nas diferentes subescalas.

A Tabela 10 mostra as médias e desvios padrões em função dos géneros quando se consideram os valores totais brutos e padronizados.

Tabela 10

Dados Estatísticos dos Resultados Brutos e Padronizados em Função do Género

	Feminino (N=30)		Masculino (N=30)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Total Bruto	29.47	17.372	23.53	17.346	1.324	.191
Total Padronizado	77.43	23.169	65.83	21.307	2.018	.048*

* $p < .005$

Pela observação da Tabela 10 verifica-se que, relativamente aos totais brutos a média superior é encontrada no seio das crianças do género feminino ($M=29.47$), assim como nos valores totais padronizados ($M=77.43$).

Pela análise inferencial efetuada, pode-se observar ainda na Tabela 10 que não existem diferenças significativas nos valores brutos ($p=.191$), no entanto, são encontradas diferenças estatisticamente significativas quando se consideram os valores totais padronizados ($p=.048$), sugerindo que são as crianças do género feminino que apresentam maior intensidade de depressão quando comparadas com as crianças do género masculino.

Para uma maior compreensão dos resultados agora encontrados, analisa-se as diferenças nas subescalas do CDI quando a variável género é tida em consideração. A Tabela 11 mostra os resultados encontrados.

Tabela 11

Dados Estatísticos Brutos e Padronizados nas Cinco Subescalas em Função do Género

	Feminino (N=30)		Masculino (N=30)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Humor Negativo (B) ^a	6.93	4.323	5.10	4.080	1.689	.097
Problemas Interpessoais (B) ^a	2.67	1.729	3.30	2.615	-1.107	.273
Ineficácia (B) ^a	5.23	2.849	4.40	2.387	1.228	.224
Anedonia (B) ^a	9.00	5.783	6.70	5.344	1.600	.115
Autoestima Negativa (B) ^a	5.63	3.846	4.07	3.591	1.631	.108
Humor Negativo (P) ^b	73.90	21.259	64.07	21.198	1.794	.078
Problemas Interpessoais (P) ^b	73.97	18.380	65.80	18.633	1.709	.093
Ineficácia (P) ^b	71.03	16.399	61.27	12.337	2.607	.012**
Anedonia (P) ^b	72.87	22.306	62.40	20.343	1.899	.063
Autoestima Negativa (P) ^b	71.13	21.138	61.90	19.243	1.769	.082

^a = resultado bruto; ^b = resultado padronizado

**p<.000

Da análise descritiva efetuada, observa-se pela análise da Tabela 11 que, globalmente, as médias relativas ao grupo de crianças do género feminino são superiores, quando comparadas às do grupo masculino, com a exceção das médias dos *Problemas Interpessoais Bruto*, que se apresentam ligeiramente superiores nas crianças do género masculino.

Pela análise da Tabela 11 ainda, e em função dos resultados inferenciais realizados através da prova *t* e no que concerne tanto aos valores brutos como aos valores padronizados para as cinco subescalas, constata-se que:

- Na subescala *Humor Negativo*, os valores brutos assinalam um $p=.097$ e nos valores padronizados um $p=.078$, sugerindo que não existem diferenças significativas entre géneros nesta subescala. Apesar disso denota-se uma ligeira tendência crianças do género feminino pontuarem uma maior intensidade de depressão quando comparadas às do género masculino;
- Quanto à subescala *Problemas Interpessoais* os valores brutos assinalam um $p=.273$ e os valores padronizados um $p=.093$, sugerindo a não existência de diferenças significativas. Pode-se também verificar em contrapartida, que as crianças do género feminino apresentam uma média inferior nesta subescala, quando comparadas com as crianças do género masculino. É interessante

assinalar que nesta subescala, quando se consideram os valores brutos, as meninas apresentam uma média inferior à dos rapazes, no entanto, quando este valor é padronizado, as meninas apresentam uma média superior à dos meninos;

- Quanto à subescala *Ineficácia* verifica-se um valor de $p=.224$ no que tange aos resultados brutos e um valor de $p=.012$, no que respeita aos valores padronizados. Nos valores brutos não são assinaladas diferenças significativas, apesar de serem as crianças do género feminino que apresentam uma média superior, por comparação às crianças do género masculino. No entanto, foram encontradas diferenças nos valores padronizados, sugerindo que são as crianças do género feminino que possuem níveis mais elevados de ineficácia, quando comparadas com as crianças do género masculino.
- Quanto à subescala *Anedonia*, verifica-se que o valor bruto apresenta um $p=.115$ e, o valor padronizado, um valor de $p=.063$, sugerindo que não existem diferenças estatisticamente significativas. Todavia, denota-se que são as crianças do género feminino que pontuam mais nesta subescala, por comparação aos rapazes, quer nos valores brutos, quer nos padronizados;
- Por fim, no que se refere à subescala *Autoestima Negativa*, é encontrado um $p=.108$ no resultado bruto e um $p=.082$ no valor padronizado, realçando a não existência de diferenças estatisticamente significativas nesta subescala, quando o género das crianças é tido em consideração. Denota-se, no entanto, que são as crianças do género feminino que pontuam mais nesta subescala, quando comparadas com as crianças do género masculino.

Em suma, pode-se afirmar que o género das crianças institucionalizadas não possui impacto na intensidade da depressão, com exceção da ineficácia, que é mais pontuada por parte das crianças do género feminino por comparação às do género masculino. Conclui-se, ainda, que apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nas restantes subescalas, são as meninas que apresentam valores de médias superiores quando comparadas com os rapazes. Estes, no entanto, pontuam mais na subescala *Problemas Interpessoais* em valores brutos, sendo que em valores padronizados, são as meninas que mais pontuam. Sublinha-se que os valores padronizados (enquanto correções dos valores brutos) se apresentam como mais fidedignos na análise dos resultados.

Os resultados agora encontrados são congruentes com diversos estudos que mostram o impacto desta variável na intensidade da depressão em crianças institucionalizadas (Angold & Costello, 2001; Boughton & Street, 2007; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Pracana & Santos, 2010; Rutter, 1991).

Como já anteriormente se assinalou, não há consenso relativamente ao impacto da variável género na depressão (Angold & Costello, 2001; Boughton & Street, 2007). Enquanto há estudos que mostram o impacto do género na depressão das crianças (Boughton & Street, 2007) outros sugerem que esta variável não se revela influenciadora dos níveis de depressão nas crianças (Pracana & Santos, 2010).

Não obstante, apesar desta falta de consenso nos diversos estudos, há como uma unanimidade em aceitar que são as crianças do género feminino institucionalizadas que apresentam níveis de maior intensidade depressiva (Dell’Aglío & Hutz, 2004).

Pelo exposto, e considerando os resultados encontrados no presente estudo (quer ao nível das diferenças estatisticamente significativas, quer ao nível das médias tendenciais nos valores brutos e padronizados), confirma-se a **hipótese 5**, uma vez que esta esperava uma influência da variável género na intensidade de depressão das crianças institucionalizadas.

Conclusões

O principal objetivo do presente estudo foi avaliar os efeitos da institucionalização na depressão em 60 crianças de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos, por comparação a um grupo de controlo, i.e., 60 crianças que se encontram inseridas no meio familiar.

Os principais resultados encontrados permitem chegar a algumas conclusões:

- As crianças institucionalizadas apresentam maior intensidade de depressão, quer estejamos ao nível dos valores brutos quer padronizados;
- São as crianças institucionalizadas que apresentam maior intensidade de *humor negativo*, de *problemas interpessoais*, de *ineficácia*, *anedonia* e *autoestima negativa*, quando comparadas com as crianças não institucionalizadas;
- O tempo de institucionalização das crianças mostra-se correlacionado negativamente com a intensidade de depressão nas suas cinco subescalas, mostrando que as crianças com menor tempo de institucionalização são as que apresentam maior intensidade depressiva;
- Os maus tratos físicos e psicológicos e o comportamento do menor são os motivos mais prevalentes que levaram à institucionalização das crianças. Encontram-se ainda motivos relacionados com o abandono, negligência e monoparentalidade;
- Estes motivos de institucionalização não mostram um impacto significativamente estatístico na intensidade da depressão nas crianças, a não ser na subescala Problemas Interpessoais;
- A maioria das crianças institucionalizadas possui contacto semanal com os seus progenitores, havendo uma parcela significativa que estabelece contactos quinzenais e uma outra percentagem mais baixa de crianças que não estabelecem qualquer contacto com os seus progenitores;
- A periodicidade de contacto com os progenitores não mostrou qualquer impacto na intensidade de depressão no seio destas crianças institucionalizadas;
- No que tange ao género das crianças verificou-se que tendencialmente, são as crianças do género feminino que apresentam maior intensidade de depressão quando comparadas com as do género masculino. Ao nível das subescalas verificou-se que eram as crianças do género feminino que apresentaram maior

sentido de ineficácia, quando comparadas com as crianças do gênero masculino.

Estes resultados permitem tecer algumas considerações importantes. Em *primeiro* lugar, constata-se um efetivo impacto da institucionalização nos níveis de depressão das crianças. As crianças institucionalizadas vivenciam uma perda interior, não somente pela institucionalização em si, mas também pela consciência de que os seus progenitores não foram capazes de satisfazer as suas necessidades, vivenciando em grande extensão, sofrimentos e traumas aos quais não conseguem atribuir um significado (Strecht, 2000). Ao serem afastadas de um ambiente familiar patológico e ao serem integradas num meio institucional, as crianças acabam por acentuar os seus paradoxos interiores, pela incapacidade que possuem de lhes atribuir um significado. Essa incapacidade pode levar a estas crianças a vivenciarem sentimentos de *ineficácia* pessoal para lidar com as situações e uma *anedonia* que se configura na falta de interesse, de satisfação e de prazer nas atividades diárias.

A institucionalização tem como objetivo primordial a proteção da criança, proporcionando-lhe um maior bem-estar e condições de desenvolvimento adequadas às suas necessidades. Nesse sentido, a qualidade da institucionalização acaba por adquirir uma importância particular no desenvolvimento harmonioso da criança institucionalizada, com grande impacto ao nível da sua autoestima, do seu sentido de eficácia e na adoção de comportamentos ajustados à sociedade onde se insere. Quando a institucionalização não consegue construir um mundo estável e securizante para a criança, esta acabará, na maior parte das vezes, por perpetuar e ampliar os seus comportamentos de desajuste social, expresso em atos de revolta contra si mesmo e conta a sociedade em geral. Se, por um lado, a criança tem uma grande necessidade de afeto, por outro lado possui também, uma grande capacidade para estabelecer relações que sejam duradouras e estáveis, pelo que tenderá a reivindicar os seus afetos, muitas vezes através de comportamentos pouco ajustados, sendo aceitável que apresentem maiores *Problemas Interpessoais*, como se observou no presente estudo.

No entanto, a institucionalização permite também a criança lidar com outras crianças que trilharam percursos semelhantes, atenuando assim o seu sentimento de culpa. Ao lidar com crianças com vivências similares há como que uma descentralização da sua situação e uma generalização para os demais. Obviamente que este movimento de compreensão está intimamente relacionado com algumas variáveis

da própria criança (como a idade, o seu nível de desenvolvimento, a percepção que realiza dos acontecimentos, entre outros) e com a percepção que esta faz do meio onde foi integrada.

Em *segundo* lugar o próprio tempo de institucionalização acabará por ter um impacto na própria criança. O afastamento da criança do seu meio familiar, por si só, já se afigura como uma fonte de frustração a nível afetivo, podendo levá-la a interiorizar que se trata de um castigo, acentuando o seu sofrimento interior, mesmo que este não se manifeste para o exterior. É como se ela não fosse merecedora do amor dos seus pais, figuras de grande relevância no seu desenvolvimento. Assim sendo, a grande riqueza reconfortante destas crianças é ter alguém que as ame, que as valorize, que as admire e que se preocupe em lhe proporcionar segurança, confiança e amor-próprio. É neste sentido que o papel das instituições adquire um valor essencial, ao permitir que a criança realize este encontro consigo mesma, ajudando-a a encontrar estratégias adequadas para lidar com o seu sofrimento interior.

Nem sempre, como se sabe, o tempo de institucionalização permite que este (re) encontro ocorra e isso não se verificando, a criança tenderá a desenvolver sentimentos de depressão mais intensos, com sérios impactos na sua vida futura, enquanto adulto. Neste sentido, é importante que seja assegurada à criança, uma oportunidade de viver e crescer em segurança e com uma maior ligação à vida, esbatendo-se a necessidade tendencial, de criar um mundo interior ideal ou realizar uma construção interna compensatória da imagem que realiza dos seus progenitores.

Cada caso será um caso e sabe-se que as crianças institucionalizadas, em função do seu tempo de permanência nestas, podem apresentar comportamentos diferentes e, por conseguinte, as instituições de acolhimento, deverão permitir que haja uma (re)organização do modelo interno que estas crianças possuem, conferindo-lhes responsabilidades diárias e oportunidades diversas de desenvolvimento de competências pessoais e relacionais. No fundo, as instituições de acolhimento devem ser capazes de transformar todas as carências de natureza diferente destas crianças em balizadores de um desenvolvimento equilibrado e harmonioso.

Independentemente do tipo de motivo que está subjacente à institucionalização, o que é importante compreender é que a criança possui uma nova oportunidade para se encontrar. A ênfase deverá ser colocada nessa oportunidade e não naquilo que idealmente se gostaria de ter tido. Ficar preso a um passado é algo que estas crianças

não podem deixar de fazer, mas se o futuro que se lhes apresenta for muito mais securizante, facilmente tenderão a fazer uma rutura com esse passado de sofrimento e a operarem uma adaptação mais eficaz com a realidade. No entanto, não podemos esquecer que as sequelas que ficam são de ordem variada e poderão ter um impacto grande nas relações que as crianças estabelecem com os demais.

Por fim e em *terceiro lugar* fortalece-se aqui a ideia de que os maus tratos físicos e psicológicos continuam a ser um motivo prevalente na institucionalização de crianças, com sérias repercussões a curto, médio e longo prazo. Independentemente, também, dos fatores de vulnerabilidade destas crianças, importa compreender que, sendo a família a instituição que deveria proteger a criança e, face à sua incapacidade de o fazer, a ponderação do afastamento da criança deste contexto patológico, afigura-se como sendo uma medida de eficácia, para que os cuidados necessários à criança possam ser assegurados.

As crianças, tal como se observou no presente estudo, acabam por assumir uma postura resiliente face à situação em que se encontram, podendo esta resiliência ser um motor para que continuem a crescer de forma harmoniosa e integrada, que é um direito que lhes assiste.

Considera-se que o presente estudo se mostra pertinente para a compreensão do impacto da institucionalização na intensidade de depressão que estas crianças possam sentir, assegurando a necessidade desta institucionalização ser realizada de uma forma adequada à compreensão, à idade e às características de cada criança.

Não obstante, considera-se que o presente estudo apresenta algumas limitações de carácter metodológico, que poderiam ser ultrapassadas em investigações futuras. Assim sendo, acredita-se na necessidade de se ampliar as amostras de crianças institucionalizadas, para que os resultados possam ser mais fidedignos e generalizáveis a estas populações. Por outro lado, considera-se que seria igualmente pertinente analisar a relação entre a depressão e a qualidade de vinculação em crianças institucionalizadas, para que a relação entre estas duas variáveis pudesse ser melhor compreendida.

Referências Bibliográficas

- Afonso, P. (2004). *Será depressão ou simplesmente tristeza* (1ª Ed). Cascais: Principia.
- Ahmad, T., & Shuriquie, N. (2001). Psychological sequelae of emotional abuse in institutionalized children. *Arab Journal of Psychiatry*, 12, 36-42.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares*. Lisboa: Quarteto.
- Alberto, I. (2003). “Como pássaros em gaiolas”? Reflexões em torno da institucionalização. In C. Machado, & R. A. Gonçalves (Eds.), *Violência e vítimas de crimes* (pp. 223-244). Coimbra: Quarteto Editora.
- Alberto, I. (2004). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.
- Allen-Meares, P. (2001). Depression in childhood and adolescence. *Social Work*, 32, 6, 512-516.
- Alvin, A., Rosenfield, M., Altman, R., Alfaro, P., & Pilowsky, D. (1994). Foster care, child abuse and neglect, and termination of parental rights. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 3, 4-9.
- Amaral, V., & Barbosa, M. (1990). Crianças vítimas de queimaduras: Um estudo sobre a depressão. *Estudos de Psicologia*, 7, 31-59.
- Andrews G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal*, 322(7283), 419-421.
- Angst, J., & Merikangas, K. (1997). The depressive spectrum: Diagnostic classification & course. *Journal of Affective Disorder*, 45(1-2), 31-39.
- Angst, J., Sellaro, R., & Merikangas, K. (2000). Depressive spectrum diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2 Suppl 1), 39-47.
- APA (1996). *DSM IV – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição). Lisboa: Climepsi.
- APA (2000). *DSM IV R – Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Arruabarrena, M., & DePaúl, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

- Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., & Pires, T. (2009). When living with violence brings a child close to depressive behavior. *Ciência & Saúde Colectiva*, 14(2), 383-394.
- Bahls, S.C. (1999). Depressão: Uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.
- Barbosa, G., & Lucena, A. (1995). Depressão infantil. *Infanto*, 2, 23-30.
- Barbosa, G., Dias, M., Gaião, A., & Di Lorenzo, W. (1996). Depressão infantil: Um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto*, 3, 36-40.
- Barrondo, S., García, A., González, M., Fernández, C. & Suárez, R. (2001). Epidemiología. In J. Garcia, M. García, M. García-Portilla & P. Martínez (Orgs.). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp.1-16). Barcelona: Masson.
- Becvar, D., & Becvar, R. (2005). *Family therapy: A systemic integration (6th Ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Belsky, J. (1993). Etiology of Child: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.
- Berger, K. (2003). *The developing person – Through childhood and adolescence (6th Ed.)*. New York: Worth Publishers.
- Berger, R. (1998). *Stepfamilies. A multi-dimensional perspective*. New York: Haworth Press.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D. & Kaufman, J. (1996b). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J. & Nelson, B. (1996a). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1430.
- Biscaia, J., & Negrão, F. (1999). As crianças e os maus-tratos. *Sonhar – Comunicar/Repensar a Diferença*, 6, 281-290.
- Botteron, K., & Geller, B. (1997). Refractory depression in children and adolescents. *Depression and Anxiety*, 5, 212-223.

- Boughton, S., & Street, H. (2007). Integrated review of the social and psychological gender differences in depression. *Australian Psychologist*, 42, 187-197.
- Bowlby, J. (1998a). *Separação: Angústia e raiva (Vol. 2)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998b). *Perda: Tristeza e depressão (Vol. 3)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brady, E. & Kendall, P. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Brodzinsky, D., Lang, R., & Smith, D. (1995). Parenting adopted children. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (pp. 209-232). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Brown, J. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496.
- Campos, R. (2000). Síntese dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII), 311-318.
- Canha, J. (2000). *Criança maltratada*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, F. (1995). Intersecções: de Beck a... Beck. *Psychologica*, 13, 49-63.
- Carneiro, M., Berites, C., Rodrigues, E., & Garrinhas, P. (1997). *Crianças de risco*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092-1106.
- Chisholm, K., Carter, M., Ames, E., & Morison, S. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7, 283-294.
- Cicchetti, D., & Toth, S. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- Cicchetti, D., Rogosch, F., & Toth, S. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Developmental Psychopathology*, 18(3), 623-649.
- Coimbra de Matos, A. (2004). *Saúde mental*. Lisboa. Climepsi Editores.

- Cole, D., & Turner, Jr., J. (1993). Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 2, 271-281.
- Compas, B., Ey, S. & Grant, K. (1993). Taxonomy, assessment and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 114*, 2, 323-344.
- Cortés, M., & Cánton, J. (1999). Definición, incidencia y causas del maltrato infantil en el contexto familiar. In J. Cantón & M. R. Cortés (Eds.), *Malos tratos y abuso sexual infantil*. (pp. 1-72). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Coutinho, M. (2001). *Depressão Infantil: Uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Ed. Universitária.
- Crowley, S., Thompson, B., & Worchel, F. (1994). The children`s depression inventory: A comparison of generalizability and classical test theory analyses. *Educational and Psychological Measurement, 54*, 3, 705-713.
- Cytryn, L., & Mcknew, D. (1996). *Growing up sad*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Damião da Silva, M. H. (2004). Crianças e jovens a cargo de instituições: Riscos reversíveis e irreversíveis. In M. H. Damião da Silva, A. Castro Fonseca, L. Alcoforado, M. M. Vilar, M. C. Vieira (Eds.), *Crianças e jovens em risco: Da investigação à intervenção* (pp. 83-114). Coimbra: Almedina.
- David, M. (1990). *Le placement familial, de la pratique a la theorie*. Paris: PUF.
- Dell’Aglío, D. D., & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 17*, 341-350.
- DeMause, L. (1991). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Universidad.
- DeWolff, M., & vanIJzendoorn, M. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*, 571-591.
- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2; CAMS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. In A. Soares, S. Araújo & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp.553-564), Braga: APPORT.
- Dolto, F. (1999). *A criança e a família – desenvolvimento emocional e ambiente familiar*. Lisboa: Editora Pergaminho.

- Dozier, M., Stovall, C., & Albus, K. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 498-519). London: The Guilford Press.
- Epelbaum, C., Dinet, D., & Ferrari, P. (1993). Psychose à l'adolescence et prise en charge institutionnelle. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 7, 385-391.
- Fariña, F., Seijo, D., & Novo, M. (2000). Desprotección infantil: El maltrato. In F. Fariña & R. Arce (Coord.), *Psicología jurídica al servicio del menor* (pp. 105-122). Barcelona: Cedecs Editorial.
- Fariña, F., Seijo, D., Novo, M., & Freire, M. (2000). Menores víctimas de malos tratos. In *Primeras Jornadas Internacionales de victimologia de la Rioja*. La Rioja.
- Ferreira, P. (1997). Delinquência juvenil, família e escola. *Análise Social*, 143 (4º/5º), 913-924.
- Ferreira, T. (1991). Ensaio sobre a depressão infantil. *Análise Psicológica*, 1, IX, 67-87.
- Figueiredo, B. (1998). Maus-tratos à criança e ao adolescente (I): Situação e enquadramento da problemática. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 3, 5-20.
- Finzi, R., Cohen, O., Sapir, Y., & Weizman, A. (2000). Attachment styles in maltreated children: A comparative study. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(2), 113-128.
- Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. C. (2000). Crianças e jovens em risco: Análise de algumas questões atuais. In Damião da Silva (Eds.), *Crianças e Jovens em Risco: Da Investigação à Intervenção* (pp. 11-36). Coimbra: Livraria Almedina.
- Gallardo, J. (1994). *Maus tratos à criança*. Porto: Porto Editora.
- García, E., Piñero, M., Vicente, Y. & García, M. (2001). Tratamiento psicológico y psicoterapéutico del paciente con trastornos de ansiedad e depresión. In J. Garcia, M. García, M. García-Portilla & P. Martínez (Orgs.). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp.151-164). Barcelona: Masson.

- García, M., Domínguez, J., Luarca, M. & García, J. (2001). Manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos. In J. Garcia, M. García, M. García-Portilla & P. Martínez (Orgs.). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp.93-103). Barcelona: Masson.
- García, M., Domínguez, J., Vega, P. & González, C. (2001). Tratamiento farmacológico de los trastornos del humor. In J. Garcia, M. García, M. García-Portilla & P. Martínez (Orgs.). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp.141-150). Barcelona: Masson.
- Grinwald, S. (1995). Communication – Family characteristics: A comparison between stepfamilies (formed after death or divorce) and biological families. In C. Everett (Ed.), *Understanding stepfamilies* (pp. 183-196). New York: Haworth Press.
- Gusmão, R. (2005). *Depressão: Detecção, diagnóstico e tratamento: Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos cuidados de saúde primários*. Tese de Doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Harrington, R. (1993). *Depressive disorders in childhood and adolescence*. New York: Wiley.
- Instituto de Segurança Social (ISS, 2007). *Relatório de caracterização sumária das instituições de acolhimento e acolhimento familiar – 2006*. Lisboa: ISS.
- Jaffe, P., Wolfe, D., & Wilson, S. (1990). *Children of battered women*. Newbury Park: Sage.
- Johnson, D. (2000). Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in Eastern European countries. *The Minnesota Symposia on Child Psychology*, 31, 113-162.
- Kairys, S., & Johnson C. (2002). *The psychological maltreatment of children – Technical report*. Washington: Committee on Child Abuse and Neglect.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de psiquiatria*. S. Paulo: Artes Médicas.
- Kazdin, A. (1990). Childhood depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 121-160.

- Kazdin, A., & Marciano, P. (1998). Childhood and adolescent depression. In E. Mash, R. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (2^a ed., pp. 211-248). New York: The Guilford Press.
- Keller, H., Lavori, P., Beardslee, W., Wunder, J. & Ryan, N. (1991). Depression in children and adolescents: new data on 'undertreatment' and a literature review on the efficacy of available treatments. *Journal of Affective Disorders*, 21, 163-171.
- Kohn, M., & Rosman, B. (2001). Therapeutic intervention with disturbed children in day care: Implications of the deprivation hypothesis. *Child and Youth Care Forum*, 1, 1, 21-46.
- Kovacs, M. (2001). *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Kovacs, M., & Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 388-392.
- Kovacs, M., Akiskal, H., Gatsonis, C., & Parrone, P. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365-374.
- Kovacs, M., Goldston, D. & Gatsonis, C. (1993). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 8-19.
- Kozłowska, K. (2002). The network perspective: An integration of attachment and family systems theories. *Family Process*, 41, 285-312.
- Lasky, R. (2002). Countertransference and the analytic instrument. *Psychoanalytic Psychology*, 19(1), 65-94.
- Lazzoni, A., Debry, M., & Peree, F. (1997). L'évaluation de la dépression infantile: Étude de l'unidimensionnalité de l'inventaire de dépression de Kovacs (CDI). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 47, 1, 53-64.
- Lefkowitz, E. T. (2003). Predicting adjustment to college: A model of personality, coping strategies and college adjustment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(6-B), 29-72.

- Lindell, C., & Svedin, C. (2001). Physical abuse in Sweden: A study of police reports between 1986 and 1996. *Psychiatric Epidemiology*, *36*, 150-157.
- Loos, H., Ferreira, S., & Vasconcelos, F. (1999). Julgamento moral: Estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e crianças da comunidade de baixa renda com relação à emergência do sentimento de culpa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *12*, 47-69.
- Machado, C. (1996). Maus tratos a menores, vitimização e poder: Proposta de um modelo integrado de análise. *Teoria, Investigação e Prática*, *1*, 133-148.
- Machado, C., & Gonçalves, R. (2002). *Violência e vítimas de crimes*. Coimbra: Quarteto.
- Machado, S. (1992). *Depressão*. Lisboa: G & Z Edições.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, *15*, 853-884.
- Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens*. Coimbra: Quarteto.
- Margolin, G. (1998). Effects of domestic violence on children. In P. K. Trickett, & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 57-102). Washington: American Psychological Association.
- Marques, R. T. (2006). *Crianças acolhidas em lar residencial: Representações de vinculação, desenvolvimento, competências sociais e comportamento*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Martins, A. (2000). *As manifestações das perturbações depressivas na adolescência*. Tese de mestrado apresentada à faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto: Edição do autor.
- Martins, A. (2002). *Maus-tratos a crianças: O perfil de um problema*. Braga: Centro de Estudos da Criança – Universidade do Minho.
- Marujo, H. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

- Matthey, S. & Petrovski, P. (2002). The children's depression inventory: Error in cut-off scores for screening purposes. *Psychological Assessment*, 14, 2, 146-149.
- McCloskey, L., Figueredo, A., & Koss, M. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 66, 5, 1239-1261.
- Mirón, L. (1990). *Familia, grupo de iguales y empatía: Hacia un modelo explicativo de la delincuencia juvenil*. Tese de Doutoramento. Espanha: Faculdade de Filosofia e Ciências da Educação da Universidade de Santiago de Compostela.
- Montgomery, S. (2000). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Morton, N., & Browne, K. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: a review. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1093-1104.
- O'Hagan, K. (1995). Emotional and psychological abuse: Problems of definition. *Child Abuse & Neglect*, 19, 4, 449-461.
- Ochotorena, J. P. (2005). Diferentes situaciones de desprotección infantil. In J. P. Ochotorena & M. I. Madariaga (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 3-23). Barcelona: Masson.
- Oster, G. & Caro, J. (1990). *Understanding & treating depressed adolescents & their families*. New York: John Wiley & Sons.
- Palacios, J. (1998). Famílias adoptivas. In M. Rodrigo & J. Palacios (Coords.), *Família y desarrollo humano* (pp. 25-44). Madrid: Alianza Editorial.
- Papazini, B., Manzano, J., & Palácio, F. (1992). Les syndromes depressifs chez l'enfant. Fonctions de la source d'informations et du monde d'investigation. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 40, 1-12.
- Pedro, M. (1998). Os jovens à margem da sociedade. Inadaptação social e vadiagem juvenis nos colégios do instituto de reinserção social. *Infância e Juventude: Revista do Instituto de Reinserção Social*, 2, 95-105.
- Peterson, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. & Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.

- Planella, J. (1997). A violência como forma de comunicação nas crianças e adolescentes em situação de risco social. *Infância e Juventude: Revista do Instituto de Reinserção Social*, 4, 85-98.
- Postman, N. (1999). *O desaparecimento da infância*. Rio de Janeiro: Grafhia.
- Pracana, S., & Santos, S. (2010). *Depressão em crianças e adolescentes em acolhimento institucional: Caracterização e relação com variáveis do acolhimento*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, 4 a 6 de Fevereiro, 2010.
- Quinton, D., Rushton, A., Dance, C., & Mayers, D. (1997). Contact between children placed away from home and birth parents: Research issues and evidence. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 2, 3, 393-413.
- Raffo, L. (1994) *Depresión y autoconcepto en niños institucionalizados y no institucionalizados*. Tesis de Licenciatura para obtener el título de Mestres en psicología, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Ramião, T. (2004). *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo: Anotada e Comentada*. Lisboa: Quid Juris Sociedade Editora.
- Rodrigo, M., & Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Roig, A., & Ochotorena, J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez de Roca.
- Ruggiero, K., Morris, T., Beidel, D., Scotti, J., & McLeer, S. (1999). Discriminant validity of self-reported anxiety and depression in children: Generalizability to clinic-referred and ethnically diverse populations. *Source Assessment*, 6, 259-267.
- Ruiz-Doblado, S. (1999). Prevalence of depressive symptoms & mood disorders in primary care: A Spanish rural study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(3), 180-189.
- Ruo, B., Rumsfeld, J., Hlatky, M., Liu, H., Browner, W., & Whooley, M. (2003). Depressive symptoms & health-related quality of life: the Heart & Soul study. *Journal of the American Medical Association*, 290(2), 215.

- Rutter, M. (1991). Age changes in depressive disorders: Some developmental considerations. In J. Garber, & K. Dodge (Eds.), *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation* (pp. 273-300). New York: Cambridge University Press.
- Sadler, L. (1991). Depression in adolescents. Context, manifestations, and clinical management. *Nursing Clinics of North America*, 26(3), 559-572.
- Sani, A. (1999). As vítimas silenciosas: a experiência de vitimação direta nas crianças. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 247-257.
- Sani, A. (2002). *As crianças e a violência. Narrativas de crianças vítimas e testemunhas de crimes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sani, A. (2003). *As crenças, o discurso e a ação: as construções de crianças expostas à violência*. Tese de Doutorado. Braga: Universidade do Minho.
- Scannapieco, M. (2005). *Understanding child maltreatment: An ecological and developmental perspective*. New York: Oxford University Press.
- Schulberg, H., Katon, W., Simon, G., & Rush, A. (1999). Best clinical practice: Guidelines for managing major depression in primary medical care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, Suppl 7, 19-26.
- Scivoletto, S., Nicastri, S., & Zilberman, M. (1994). Transtorno depressivo na adolescência: Diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, 51(9), 1211-1228.
- Shechory, M., & Sommerfield, E. (2007). Attachment style, home-leaving age and behavioral problems among residential care children. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 361-373.
- Simões, M. (1999). A depressão em crianças e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psicologica*, 21, 27-64.
- Simon, G., Goldberg, D., Von Korff, M., & Ustun, T. (2002). Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine*, 32(4), 585-594.

- Skuse, D., & Bentovin, A. (1994). Physical and emotional maltreatment. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches* (pp. 209-229). Oxford: Blackwell Sciences.
- Sloutsky, V. (1997). Institutional care and development outcomes of 6 and 7 years-old children: A contextualist perspective. *International Journal of Behavioral Development, 20*, 131-151.
- Smyke, A., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. (2002). Disturbances of attachment in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 972-982.
- Soulé, M., Lauzanne, K., & Leblanc, N. (1995). La carence de soins maternels. In Serge Lebovici, René Diatkine, & Michel Soulé (Eds.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. 4, pp. 2529-2545). Paris: Presses Universitaires de France.
- Stovall, K., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for ten foster infants. *Development and Psychopathology, 12*, 133-156.
- Strecht, P. (2000). *Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus-tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Terreros, I. (1997). *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Granada: Editorial Comares.
- Valencia, M., Torres, A., Vázquez, A., & Dominguez, M. D. (1993). La depresión en los niños tutelados. *Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil, 4*, 239-242.
- Varia, R., Abidin, R., & Dass, P. (1996). Perceptions of abuse: Effects on adult psychological and social adjustment. *Child Abuse & Neglect, 20*, 6, 511-526.
- Vaughn, B., Coppola, G., Verissimo, M., Monteiro, L., Santos, A., Posada, G., et al. (2007). The quality of maternal secure-base scripts predicts children's secure-base behavior at home in three sociocultural groups. *International Journal of Behavioral Development, 31*, 65-76.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 49*(10-12), 367-382.

- Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., vanIJzendoorn, M., Steele, H., Kontopoulou, A., et al. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 1208-1220.
- Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C., Offord, D., & Hua, J. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, 226-233.
- Weissman, M., & Shaffer, D. (1998). Youthful depression special issue. Depression and anxiety, *Depression*, *7*, 1-2.
- Weller, E., Weller, R., & Fristad, M. (1995). Bipolar disorder in children: Misdiagnosis, underdiagnosis, and future directions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 709-714.
- Widom, C. (2000). Childhood victimization: Early adversity, later psychopathology. *National Institute of Justice Journal*, January, 3-8.
- Wolfe, D., & Yuan, L. (2001). *A conceptual and epidemiological framework for child maltreatment surveillance*. Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Wolpert, L. (2000). *A psicologia da depressão*. Lisboa: Editorial Presença.
- Wyatt, G., Loeb, T., Solis, B., Carmona, J., & Romero, G. (1999). The prevalence and circumstances of child sexual abuse: Changes across a decade. *Child Abuse & Neglect*, *23*, 1, 45-60.
- Zavaschi, M., Satler, F., Poester, D., Vargas, C., Piazenski, R., Rohde, L., & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*, 189-195.
- Zeanah, C. (1996). Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders in infancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 42-52.
- Zeanah, C. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *21*, 230-236.

- Zeanah, C., & Boris, N. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 353-368). New York: Guilford Press.
- Zeanah, C., & Smyke, A. (2002). Clinical disturbances of attachment in early childhood. In B. Zuckerman, A. Lieberman, & N. Fox (Eds.), *Emotional regulation: Infancy and early childhood* (pp. 139-151). Calverton: Johnson & Johnson Pediatric Institute.
- Zeanah, C., Egger, H., Smyke, A., Nelson, C., Fox, N., Marshall, P., et al. (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *The American Journal of Psychiatry*, *166*, 777-785.
- Zeanah, C., Heller, S., Smyke, A., Scheeringa, M., Boris, N., & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated infants and toddlers. *Child Abuse and Neglect*, *28*, 877-888.
- Zeanah, C., Smyke, A., & Dumitrescu, A. (2002). Attachment disturbances in young children. II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 983-989.
- Zeanah, C., Smyke, A., Koga, S., & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, *76*, 1015-1028.
- Zurita, J. F., & del Valle, J. F. (2005). Acogimiento residencial. In J. P. Ochotorena & M. I. Madariaga (Eds.), *Manual de protección infantil* (pp. 409-470). Barcelona: Masson.

Anexos

Índice de Anexos

Anexo A – Children’s Depression Inventory

Anexo B – Questionários Sócio Demográficos

Anexo C – Pedido de Autorização

Anexo D – Consentimento Informado.....

Anexo E – Sistema de Cotação do CDI.....

ANEXO A – Children’s Depression Inventory

As crianças e os adolescentes pensam e sentem de maneira diferente uns dos outros.

Tens aqui uma lista de sentimentos e ideias por grupos. Para cada grupo de três frases escolhe a que **melhor** te descreve nas **últimas duas semanas**.

Depois de escolheres uma frase de um grupo passa para o seguinte.

Não há respostas certas ou erradas. Põe uma na tua resposta.

Tens em baixo um exemplo para aprenderes a responder a estas frases. Põe uma cruz junto à frase que **melhor** te descreve.

Exemplo:

Leio livros muitas vezes

Leio livros de vez em quando

Nunca leio livros

Vamos agora ver os outros grupos de frases.

Lembra-te: Escolhe em cada grupo a frase que te descreve melhor nas últimas duas semanas.

Descreve como te tens sentido nas últimas semanas...

1

0	Estou triste de vez em quando
1	Estou triste muitas vezes
2	Estou triste o tempo todo

8

2	Sou culpado(a) de tudo o que me acontece de mau
1	Muitas coisas más acontecem por minha causa
0	As coisas más não costumam ser culpa minha

2

2	Nunca nada me vai correr bem
1	Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem
0	As coisas vão-me correr bem

9

0	Não penso em matar-me
1	Penso às vezes em matar-me mas nunca o farei
2	Quero matar-me

3

0	Faço quase tudo bem
1	Faço muitas coisas mal
2	Nada é divertido para mim

10

2	Tenho vontade de chorar todos os dias
1	Tenho vontade de chorar muitas vezes
0	De vez em quando tenho vontade de chorar

4

0	Divirto-me com muitas coisas
1	Divirto-me com algumas coisas
2	Não me divirto com nada

11

2	Tudo me aborrece imenso
1	Aborreço-me muitas vezes
0	Aborreço-me de vez em quando

5

2	Sou sempre mau (má)
1	Sou mau (má) muitas vezes
0	Sou mau (má) de vez em quando

12

0	Gosto de estar com pessoas
1	Não gosto muitas vezes de estar com pessoas
2	Nunca quero estar acompanhado com pessoas

6

0	De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer
1	Tenho receio que aconteçam coisas más
2	Tenho a certeza que me vão acontecer coisas horríveis

13

2	Nunca consigo tomar decisões
1	Para mim é difícil tomar decisões
0	Tomo decisões com facilidade

7

2	Eu detesto-me
1	Eu não gosto de mim
0	Eu gosto de mim

14

0	Gosto do meu aspecto
1	Há algumas coisas do meu aspecto que não gosto muito
2	Sou feio(a)

15

2	Tenho sempre que me esforçar muito para fazer os trabalhos da escola.
1	Muitas vezes tenho que me esforçar para fazer os trabalhos da escola.
0	Não é difícil fazer os trabalhos da escola.

22

0	Tenho muitos amigos(as).
1	Tenho muitos amigos(as) mas gostava de ter mais.
2	Não tenho amigos(as).

16

2	Durmo mal todas as noites.
1	Muitas noites durmo mal.
0	Durmo sempre muito bem.

23

0	Os meus resultados escolares são bons.
1	Os meus resultados escolares já foram melhores.
2	Estou muito mau (má) em disciplinas em que dantes era bom.

17

0	Sinto-me cansado(a) de vez em quando.
1	Sinto-me cansado(a) muitas vezes.
2	Sinto-me sempre cansado(a).

24

2	Nunca vou conseguir ser tão bom(boa) como os(as) outros(as).
1	Se eu quiser poderei ser tão bom(boa) como os(as) outros(as).
0	Consigo ser tão bom(boa) como os(as) outros(as).

18

2	A maioria dos dias não me apetece comer
1	Há muitos dias em que não me apetece comer
0	Como sempre bem

25

2	Ninguém gosta mesmo de mim.
1	Não tenho certeza se há alguém que goste de mim.
0	Tenho a certeza que alguém gosta de mim.

19

0	Não me preocupo com a minha saúde
1	Preocupo-me muito com a minha saúde
2	Ando sempre preocupado com a minha saúde

26

0	Costumo fazer o que me mandam.
1	Muitas vezes não faço o que me mandam.
2	Nunca faço o que me mandam.

20

0	Não me sinto só
1	Sinto-me só muitas vezes
2	Sinto-me sempre só

27

0	Dou-me bem com os(as) outros(as).
1	Ando muitas vezes em brigas.
2	Ando sempre metido(a) em brigas.

21

2	Nunca me divirto na escola
1	Divirto-me na escola de vez em quando
0	Divirto-me muitas vezes na escola

ANEXO B – Questionários Sócio Demográficos

Questionário Sociodemográfico (Crianças Institucionalizadas)

Este questionário sociodemográfico insere-se no estudo de Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Mestranda Ana Sofia Gonçalves Magalhães, aluna da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Preencha os seguintes dados, faça um X ou escreva a resposta nos espaços correspondentes.

Dados Sociodemográficos

Idade_____

Género: Feminino Masculino

Escolaridade_____

Motivo da institucionalização_____

Idade de entrada na instituição_____

Tempo de Institucionalização em meses_____

Mantêm o contacto periódico com os pais:

Todas as semanas Quinzenalmente Mensalmente

Bimensal Semestralmente Anualmente Outros

Muito obrigada pela sua colaboração.

**Questionário Sociodemográfico
(Crianças do Grupo de Controlo)**

Este questionário sociodemográfico insere-se no estudo de Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Mestranda Ana Sofia Gonçalves Magalhães, aluna da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Preencha os seguintes dados, faça um X ou escreva a resposta nos espaços correspondentes.

Dados Sociodemográficos

Idade _____

Género: Feminino Masculino

Escolaridade _____

Muito obrigada pela sua colaboração.

ANEXO C – Pedido de Autorização

No âmbito do estudo de Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada pela mestrande Ana Sofia Gonçalves Magalhães, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, venho por este meio pedir autorização do Exmo.(a) Sr.(a) Director(a) da Instituição _____, para a realização da recolha dos dados essenciais para a realização do estudo de investigação intitulado “A institucionalização da criança e o seu reflexo na depressão” nas instalações da referida instituição.

Informa-se que os Instrumentos a serem administrados são inteiramente inócuos.

Comprometo-me a salvaguardar a confidencialidade dos dados referentes aos utentes da sua instituição.

Agradecemos a especial colaboração,

(Mestre Ana Sofia Gonçalves Magalhães)

(Prof. Milton Madeira, Orientador da Dissertação de Mestrado)

Porto, _____ de _____ de 2011

ANEXO D – Consentimento Informado

Eu, _____

aceito participar de livre vontade no estudo de Dissertação de Mestrado realizado por, Ana Sofia Gonçalves Magalhães, aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Declaro que fui informado (a) de todos os objetivos e procedimentos do mesmo estudo, do seu carácter anónimo e sigiloso.

Mais declaro autorizar a utilização dos dados para a futura análise dos mesmos.

_____, _____, de _____ de _____

ANEXO E – Sistema de Cotação do CDI
