



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

## A Depressão na Adolescência em Jovens Institucionalizadas e Não-Institucionalizadas

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Márcia Alexandra Gomes Sá**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

JUNHO 2017



**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

## A Depressão na Adolescência em Jovens Institucionalizadas e Não-Institucionalizadas

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Márcia Alexandra Gomes Sá**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutor João Carlos  
Monteiro Major Silva

## **Agradecimentos**

A realização desta investigação contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado possível realizar e por essa razão não posso deixar de mencionar as pessoas que para ela contribuíram.

Ao Professor Doutor João Carlos Major, pela orientação, apoio e conhecimentos transmitidos ao longo de todo o percurso.

À minha família, pela presença e apoio incondicional numa fase tão delicada da minha vida.

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

Mais uma vez obrigada por tornarem possível a concretização deste projeto.

A todos o meu sincero obrigada!

## **Resumo**

Esta investigação tem como objectivo principal o estudo da manifestação de sintomas depressivos em crianças institucionalizadas e não-institucionalizadas, considerando aspectos da vida geral dos sujeitos, com idades (11-15, 16-19), género (feminino) e local de residência (institucionalização e não-institucionalização).

O estudo consistiu na aplicação do Inventário de Depressão para Crianças (CDI) e o Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR). No que concerne à amostra, contou com 50 crianças e adolescentes, sendo estas todas do género feminino, com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos. Destas 50 crianças, 18 encontravam-se institucionalizadas e 32 não-institucionalizadas.

Verificou-se, através da análise dos dados, que existiram diferenças estatisticamente significativas no CDI segundo as local de residência e idade, ambas comparativamente às jovens institucionalizadas não-institucionalizadas. Já de acordo com os resultados obtidos pela análise do YSR, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação às pontuações em relação à variável local de residência e idade comparativamente às jovens institucionalizadas e não-institucionalizadas. No geral, conclui-se que a população em estudo apresenta na sua maioria ausência de perturbação depressiva.

**Palavras-chave:** Depressão, CDI, YSR, Institucionalização e Não-institucionalização.

## **Abstract**

The main objective of this investigation is the study of the manifestation of depressive symptoms on institutionalized and non-institutionalized children, considering aspects of the general life of the subjects: age (11-15, 16-19), gender (feminine) and place of residence (institutionalized, non-institutionalized).

The study consisted of the application of the Depression Inventory for Children (CDI) and the Self-Assessment Questionnaire for Young People (YSR). As far as the sample was concerned, there were 50 children and adolescents, all of them female, aged between 11 and 19 years. Of these 50 children, 18 were institutionalized and 32 were non-institutionalized.

It was verified through the analysis of the data that there were statistically significant differences in the CDI according to the place of residence and age, both compared to the non-institutionalized young institutionalized. According to the results obtained by the YSR analysis, there were statistically significant differences in relation to the scores of the variable of residence and age compared to the institutionalized and non-institutionalized young people.

In general, it is concluded that the majority of the study population presents absence of depressive disorder.

**Keywords:** Depression, Life satisfaction, CDI, YSR, Institutionalization and non-institutionalized.

<b>Índice</b>	
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>i</b>
<b>Resumo/Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Índice</b> .....	<b>iv</b>
<b>Lista de anexos</b> .....	<b>vi</b>
<b>Lista de Siglas e Acrónimos</b> .....	<b>vii</b>
<b>Lista de Tabelas</b> .....	<b>viii</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>Parte I:Enquadramento teórico</b> .....	<b>4</b>
1. Institucionalização em Portugal.....	4
2. Conceito de Depressão .....	7
2.1 Depressão em crianças e jovens .....	8
2.2 Prevalência, fatores de risco e protetores.....	11
3. Institucionalização.....	13
<b>Parte II: Metodologia</b> .....	<b>14</b>
2. Método .....	14
2.1 Objetivos, hipóteses e tipo de estudo .....	15
2.2 Participantes .....	15
2.3 Enquadramento institucional .....	18
2.4 Instrumentos .....	19
2.4.1 Questionário sóciodemográfico .....	19
2.4.2 Questionário individual da criança .....	19
2.4.3 Questionário de dados da Instituição .....	19
3. Procedimentos.....	20
3.1 Procedimentos da recolha de dados.....	20
4. Resultados .....	21
5. Análise de dados dos instrumentos .....	21
5.1 Questionário de auto-avaliação para crianças (YSR) .....	21
5.2 Inventário de depressão para crianças (CDI) .....	24
5.3 Fiabilidade dos Instrumentos.....	25
6. Análise estatística .....	25

6.1 Inventário de depressão para crianças .....	25
6.1.1 CDI e idade .....	26
6.1.2 CDI e institucionalização.....	26
6.2 Questionário de auto-avaliação para crianças .....	26
6.2.1 YSR e idade .....	27
6.2.2 YSR e local de residência .....	27
7. Discussão de resultados .....	28
7.1 Inventário de depressão para crianças .....	28
7.2 Questionário de auto-avaliação para crianças .....	30
8. Críticas ao estudo e limitações .....	31
<b>Conclusão .....</b>	<b>33</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>34</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>41</b>

## **Lista de Anexos**

**Anexo 1** – Tabela das Características Clínicas da Depressão em Crianças e Adolescentes

**Anexo 2** – Consentimento informado.

**Anexo 3** – Questionário individual da criança

**Anexo 4** – Questionário de dados da instituição

**Anexo 5** – Instrumentos CDI e YSR

## **Lista de Siglas e Acrónimos**

**IMA** – Instituto Monsenhor Airoso

**LIJ** – Lar de Infância e Juventude

**LPCJ** – Lei de proteção de crianças e jovens em risco

**C.A.T** – Centros de acolhimento temporário

**CDI** – Inventário de depressão para crianças

**YSR** – Youth self-report

**SPSS** – Statistical package for social science

**IPSS** – Instituição particular de solidariedade social

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

## **Lista de Tabelas**

**Tabela 1** – Estatística descritiva da amostra segundo os dois grupos de idades

**Tabela 2** – Estatística descritiva da amostra segundo o Local de Residência

**Tabela 3** – Estatística descritiva da amostra segundo o Local de Residência e as Habilitações

**Tabela 4** – Estatística descritiva da amostra segundo a origem de acolhimento

**Tabela 5** – Estatística descritiva da amostra segundo o tempo de acolhimento

**Tabela 6** – Estatística descritiva do Questionário de Autoavaliação para crianças (YSR) por subescalas

**Tabela 7** – Estatística descritiva das pontuações nas subescalas YSR segundo os níveis de idade

**Tabela 8** – Estatística descritiva das pontuações nas subescalas YSR segundo o Local de Residência

**Tabela 9** – Estatística descritiva da amostra segundo a nota Global da CDI

**Tabela 10** – Estatística descritiva da amostra segundo das dimensões da CDI

**Tabela 11** – Estatística descritiva e valores Alpha de Cronbach dos instrumentos da CDI e YSR

**Tabela 12** – Diferenças médias, Teste Mann-whitney para a CDI segundo a idade

**Tabela 13** – Diferenças médias, Teste Mann-whitney para a CDI segundo Local de Residência

**Tabela 14** – Apresentação dos resultados relativos ao Teste Mann-whitney para a subescala YSR e idade

**Tabela 15** – Apresentação dos resultados relativos ao Teste Mann-whitney para a subescala YSR e Local de Residência

## **Introdução**

As crianças em situação de risco, por negligência, maus tratos, abandonadas, etc., são uma problemática que merece especial atenção na contemporaneidade. Toda esta importância deve-se à grande dimensão do fenómeno e à gravidade no que diz respeito às possíveis consequências psicológicas, sociais e até comunitárias que acarreta (Machado, 1996, cit. in Magalhães, 2012). Lamentavelmente, são conhecidos todos os dias casos de crianças em risco, o que se traduz na necessidade de agir adequadamente de modo a diagnosticar, tratar e prevenir. Face a esta panorâmica, uma das soluções adotadas hoje em dia para enfrentar essas situações de risco passa pela institucionalização dessas crianças. A institucionalização é considerada uma das respostas importantes na nossa sociedade como medida de proteção perante as crianças em risco, procurando assim acolhê-las e orientá-las de modo a proporcionar-lhes um futuro melhor (Siqueira, Betts & Dell' Aglio, 2006). Existem muitas crianças que têm uma infância marcada por violência emocional e/ou física, privações materiais, défice nos cuidados parentais prestados e ressentimento afetivo provocado pela separação dos pais, por isso apresentam maiores dificuldades no seu desenvolvimento cognitivo (Scannapieco, 2005, cit. in Magalhães, 2012).

A institucionalização tem como principal função proteger a criança e proporcionar melhores condições de desenvolvimento e bem-estar; porém, de acordo com MacLean (2003), em algumas situações, a institucionalização poderá ter um impacto negativo, a vários níveis: intelectual, físico, comportamental e sócio-emocional. Nesta situação, e a depressão tem sido, nos tempos de hoje, um tema alvo de investigação em crianças institucionalizadas, uma vez que diversos autores consideram essa institucionalização como um potencial fator de risco (Merikangas & Angst, 1995; Dell' Aglio & Hutz, 2004).

Marques (2006, cit. in Pinhel, Torres & Maia, 2009), concluiu que as crianças institucionalizadas que foram vítimas de maus-tratos apresentam uma enorme tendência depressiva quando assemelhadas com as crianças que vivem num meio familiar e que não sofreram maus-tratos.

Após pesquisa sobre o que envolve a depressão em jovens que se encontram em instituições, proponho-me a realizar uma investigação que permita perceber a relação existente entre a institucionalização e a eventual manifestação de sintomas depressivos. Para isso, pretendo avaliar crianças e jovens dos 11 aos 19 anos, do sexo feminino, institucionalizadas, comparando-as a um grupo de controlo, constituído por crianças e jovens que residem num contexto familiar saudável.

Após a questão inicial, foram definidos alguns objetivos específicos que procuram estudar a influência de algumas variáveis nos níveis de depressão (sintomas depressivos) detetados nessas crianças e jovens (sexo feminino): idade, local de residência das crianças e jovens institucionalizadas comparativamente às não institucionalizadas tendo em conta todo o seu processo desenvolvimental envolvido.

A depressão em crianças e adolescentes constitui uma das formas de psicopatologia mais grave e uma preocupação significativa no âmbito da saúde mental. Deste modo, desde o início do século XXI, os estudos relacionados com a depressão têm-se caracterizado como um dos principais temas de interesse dos pesquisadores relacionados à área da saúde, uma vez que se tem verificado um agravamento da manifestação dos quadros depressivos de acordo com vários estudos epidemiológicos (Lima, 1999; cit. in Reppold & Hutz, 2003). Assim, identificar os fatores de risco preditores da psicopatologia na infância e adolescência, bem como desenvolver formas mais eficazes de intervir prematuramente e da melhor forma nestas situações, tem sido alvo de pesquisadores sobre saúde mental (Dell’Aglío & Hutz, 2004; Masten, 2006). Os contextos de desenvolvimento das crianças e adolescentes, seja em ambiente institucional ou familiar, podem constituir fatores de risco para a manifestação de sintomas depressivos. Existem muitos estudos que consideram a institucionalização de crianças e adolescentes como um processo stressor e potenciador do desenvolvimento desses sintomas (Merikangas & Angst, 1995; Dell’Aglío & Hutz, 2004; Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006; Garcia & Yunes, 2006, cit. in Wathier & Dell’Aglío, 2007).

Em suma, a pertinência deste estudo prende-se principalmente, com o elevado número de crianças e jovens em situação de acolhimento/institucionalização, bem como com a preocupação relativa às suas características, desenvolvimento global e também muito importante a perceção relativa a si mesmas, ao acolhimento institucional, à sua visão de família, eventos de vida, envolvimento em brincadeiras lúdicas e perceção de rede de apoio das crianças e adolescentes institucionalizadas (Siqueira & Dell’Aglío, 2010).

O grande incentivo para a realização desta investigação passa, essencialmente, por perceber qual a influência que os contextos de desenvolvimento da criança têm na manifestação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Contudo, também procuraremos perceber as possíveis implicações ao nível da prevenção e do tratamento deste distúrbio em crianças e adolescentes, sendo estas também uma das principais motivações para a realização deste meu trabalho.

Esta dissertação está dividida em dois capítulos: o primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, e o segundo capítulo é constituído pelo estudo empírico

desenvolvido. O primeiro capítulo, está subdividido em três partes: 1. *Institucionalização em Portugal*, 2. *O Conceito de Depressão*, 3. *Institucionalização*. No que concerne ao segundo capítulo, este foca-se no estudo empírico realizado, como trabalho de campo, abordando os métodos utilizados (participantes, enquadramento institucional, instrumentos utilizados, procedimento e considerações éticas), seguida de apresentação dos resultados obtidos, a discussão dos mesmos e por fim, as conclusões da investigação realizada.

## **Capítulo I: Enquadramento Teórico**

### **1. Institucionalização em Portugal**

A institucionalização de crianças e jovens é um grande desafio para elas mesmas, mas também para os que as rodeiam, uma vez que são estabelecidas ruturas com diversas pessoas, ditadas pela distância, isolamento, mudança no modo de vida em relação ao meio que deixam para trás e o confronto com o desconhecido (novas amizades, regras e o relacionamento com outros adultos que passam a encarregar-se delas). Apesar de tudo isto, esta mudança pode permitir à criança ou jovem um contacto com uma nova realidade e estilos de vida familiar diferentes, permitindo a criação de novas relações com grande poder emocional e afetivo (Gimeno, 2001, cit. in Delgado, 2010).

Em Portugal, estima-se que o total de crianças e jovens institucionalizados tem-se mantido estável nos últimos 5 anos, de acordo com o Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2015, realizado pelo Instituto de Segurança Social (ISS).

A caracterização do período em análise abrange 11.212 crianças e jovens (10.903 em 2014), das quais 8.600 (76,7%) encontram-se na instituição no final da investigação e 2.612 (23,3%) cessaram a situação de acolhimento. Das 8.600 crianças e jovens em situação de acolhimento, 6.398 (74,4%) encontravam-se em situação de acolhimento iniciado em anos anteriores e 2.202 (25,6%) iniciaram o acolhimento no período em avaliação (entre 2/11/2014 e 1/11/2015).

Quanto às crianças e jovens que cessaram a situação do acolhimento em 2015 (2.612), 456 tinham iniciado o acolhimento nesse ano (17,5% - 31,5% em 2014) e 2.156 tinham iniciado o acolhimento em anos anteriores (82,5% - 68,5% em 2014), por comparação, as crianças e jovens que deixaram a instituição em 2014, 31,5%, tinha entrado nesse ano, enquanto 68,5% encontravam-se em situação de acolhimento há mais de um ano. Em relação ao total de efetivos em 2015 observa-se um aumento de 130 crianças e jovens em situação de acolhimento (de mais 1,5%) mais 179 crianças e jovens e acabaram o acolhimento (um acréscimo de 7,4). Quanto à distribuição por sexo, à semelhança de anos anteriores, continua a destacar-se um ligeiro predomínio de crianças e jovens do sexo masculino – 4.449 (51,7%), em analogia a 4.151 (48,3%) do sexo feminino, especialmente até aos 14 anos, tendência que se inverte a partir dos 15 anos. Observa-se também a tendência apurada ao longo dos anos dos adolescentes (12- 17 anos) corresponderem ao maior grupo, em percentagem de situação de acolhimento (55,6%- 4.830), ou seja, mais de metade dos indivíduos acolhidos pelas

instituições está a atravessar a fase da adolescência (face a 2.660 - 30 % dos 0-11 anos, tendo os restantes uma percentagem de 14,4).

Outros estudos revelam que crianças com uma vida difícil, com privações materiais e afetivas ou que sofreram com problemas nas relações parentais podem apresentar dificuldades de adaptação e de aproveitamento escolar (Ferreira & Marturano, 2002; Dell'Aglio & Hutz, 2004).

No que concerne ao *Processo de Acolhimento Institucional*, segundo o artigo nº 49 da *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (LPCJ, p. 6123)*, a medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (Diário da República, 1999). Deste modo, a institucionalização tem emergido como uma medida alternativa de prestação de cuidados em percursos de vida caracterizados por diversas situações adversas, como violência doméstica, alcoolismo, doença mental dos pais, pobreza, abandono, negligência, abuso sexual, exercício abusivo da autoridade parental, maus-tratos, comportamentos desviantes e/ou aditivos (Siqueira, Betts & Dell' Aglio, 2006; Pereira, Soares, Dias, Silva, Marques & Batista, 2010). Muitas das crianças e adolescentes institucionalizados são provenientes de famílias numerosas, pelo que estão expostas e potenciais situações de risco poderá influenciar a emergência de conflitos, como a competição por necessidades básicas e de afeto parental (Marteleteo, 2002, cit. in Abaid, Dell'Aglio & Koller, 2009). A instituição de acolhimento, segundo o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (1990) citado por Abaid, Dell 'Aglio e Koller (2009), deve ser considerada uma medida protectora, excepcional e provisória que procura inicialmente retirar a criança ou adolescente da situação de risco em que se encontra, com o objetivo de promover a proteção e garantia dos seus direitos (Bronfenbrenner, 1996, cit. in Siqueira, Betts & Dell' Aglio, 2006).

Esta medida pode ser de curta ou longa duração, sendo assim, divide-se em três partes diferentes: 1) O acolhimento de emergência: direccionado para situações de perigo eminente, cuja duração não deve ultrapassar as quarenta e oito horas, 2) O acolhimento temporário: destinado a situações em que as crianças ou jovens devem afastar-se das famílias por um período temporário, nunca ultrapassando os seis meses e, como abrigo existem os centros de acolhimento temporário (C.A.T.) (Amado, Ribeiro, Limão & Pacheco, 2003); e, por fim, 3) O acolhimento a longo prazo: tem lugar em Lares de Infância e Juventude (LIJ) e se destina a crianças e jovens cuja situação justifique o afastamento definitivo em relação às famílias de

origem (Alves, 2007), é importante focar que, seja qual for a problemática em questão, a criança ou o jovem pode sempre regressar à sua família de origem, desde que os técnicos responsáveis atentem que a situação que tenha desenvolvido a medida implementada já tenha sido ultrapassada (Amado et al., 2003).

Porém, se a institucionalização tem como propósito proteger as crianças e adolescentes, parece também poder ser considerada como um stressor, que poderá inclusive representar um possível fator de risco à evolução de sintomas depressivos e perturbações cognitivas e comportamentais no desenvolvimento de personalidade (Merikangas & Angst, 1995; Dell’Aglia & Hutz, 2004). Segundo MacLean (2003), sabe-se que há mais de 50 anos que crianças criadas em instituições apresentam maior risco de manifestar atrasos no desenvolvimento e distúrbios, incluindo transtornos de saúde mental. Crianças pequenas institucionalizadas têm revelado, também, défices de atenção, hiperatividade, dificuldades de regulação das emoções, níveis elevados de ansiedade e aumento de distúrbios nas relações interpessoais (Bos, Zeanah, Fox, Drury, McLaughlin & Nelson, 2011). Já para Zeanah (2000), a manifestação da depressão pode ter também, como consequência um fraco rendimento escolar, relacionado com a falta de interesse e motivação da criança em participar nas atividades escolares, bem como a perda de auto-estima que se manifesta na autodesvalorizar (Brumback, 1980, cit. in Cruvinel & Boruchovitch, 2004).

Smyke, Dumitrescu & Zeanah (2002), realizaram um estudo com três grupos distintos de crianças, um que vivia numa grande instituição em Bucareste seguindo um modelo de acolhimento padrão residente na mesma instituição, mas com tratamento diferente projectado para reduzir o número de adultos que cuidam de cada criança; e, por último, um grupo de crianças que viviam em contexto familiar, nunca institucionalizadas. O estudo foi realizado com recurso a entrevistas semi-estruturadas com os cuidadores. Neste estudo, verificou-se que 25% das crianças institucionalizadas relatavam níveis de comportamento agressivo classificado como grave. Aproximadamente, 60% de ambos os grupos de crianças institucionalizadas foram descritos como não exibindo qualquer evidência de agressão. Em oposição, as entrevistadas com mães de crianças nunca institucionalizadas permitiram concluir que 27% das suas crianças não mostraram nenhuma evidência de comportamento agressivo, sendo que 73% apresentava níveis moderados de comportamento agressivo (Zeanah, Smyke & Dumitrescu, 2002). Num outro estudo, com crianças institucionalizadas procurou-se perceber a influência do local de residência na intensidade de depressão dessas crianças, comparativamente com crianças não-institucionalizadas (grupo de controlo). Assim, os resultados mostraram que as crianças que vivem em contexto institucional apresentavam

índices depressivos superiores às crianças do grupo de controlo. Neste estudo, foram ainda verificadas diferenças na intensidade da depressão em função da variável género (Magalhães, 2012).

## **2. Conceito de Depressão**

De acordo com informações da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2020, a depressão será das doenças com maior prevalência na população em geral (McKendreeSmith, Floyd, & Scogin, 2003, cit. in Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004). A depressão pode considerar-se uma alteração do humor, um distúrbio afetivo caracterizado por uma tristeza mórbida ou melancolia que pode variar em profundidade e que deve ser diferenciada do luto, sendo real e proporcional ao que foi perdido (APA, 2002). Isto é, os sentimentos depressivos podem ser caracterizados como respostas normais a situações stressantes, sendo apenas considerados psicopatológicos quando se estendem demasiadamente ou quando são desproporcionais ao evento causador (Heim & Nemeroff, 2001). Para Lafer e Amaral (2000, cit. in Coutinho, Carolino & Medeiros, 2008), a depressão é uma sensação inalterável e durável, na qual a pessoa sente-se sem valor, o mundo não tem significado e não há esperança para o futuro. Outros autores consideram a depressão como um estado reduzido do funcionamento psicológico e mental, associado frequentemente a sentimentos de infelicidade (Stratton e Hayes, 1998 cit. in Argerami-Camon, 2001).

Segundo Laufer, (2000), ao abordar a depressão nesta faixa etária devem ser tidos em conta os desafios e as tensões que naturalmente lhe estão subjacentes, como crises normativas associadas a problemas de relacionamento com os pais ou a escola, referentes a sentimentos de rejeição social, insatisfação face à aparência, entre outros. Conseguindo, desta forma, distinguir sentimentos depressivos pontuais ou passageiros de sintomas que prevaleçam no tempo, que podem afetar o comportamento normal do adolescente, levando-o a um estado de desesperança. A depressão está inserida no grupo de transtornos do humor e é caracterizada por sintomas como: (i) perda do senso de controlo, acompanhado por uma experiência subjetiva de grande sofrimento, observando-se perda de energia e interesse; (ii) humor deprimido; (iii) diminuição do desejo em realizar tarefas que antes causavam prazer (anedonia); (iv) problemas relacionados com o sono; (v) perda de energia ou fadiga constante; (vi) dificuldade de concentração e diminuição na habilidade de pensar, além de dificuldades em tomar decisões; (vii) perda de apetite; (viii) baixa auto-estima; (ix) sentimentos de inutilidade ou culpa e pensamentos sobre morte e suicídio. Sintomas que têm um impacto

significativo e altamente pernicioso nas várias áreas da vida do indivíduo, neste caso o jovem, comprometendo o seu funcionamento e bem-estar (APA, 2013).

### **2.1. Depressão em crianças e jovens**

Nos tempos de hoje considera-se que a depressão na adolescência é comum, e o seu reconhecimento ocorreu oficialmente pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) em 1975 (Bhatara, 1992). Apresenta uma natureza duradoura e pervasiva, afeta múltiplas funções e causa lesões psicossociais significativas. Ward, Eyler e Makris (2000), pontuam que a depressão transformou-se numa das doenças mais frequentes e diagnosticadas na fase da adolescência. Diversos autores afirmam que a depressão na adolescência é mais grave e prejudicial do que em adultos (Martin & Cohen, 2000; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1994).

A depressão em adolescentes é frequentemente subdiagnosticada e subtratada. Estima-se que cerca de 70% dos adolescentes com depressão não recebem qualquer tipo de tratamento (Resende, Santos, Santos, & Ferrão, 2013). Outros estudos explicam que transtornos depressivos aumentam significativamente a partir dos 14 anos, sendo as raparigas duplamente mais afetadas que os rapazes, podendo, na população feminina, dever-se às alterações hormonais que ocorrem durante a fase da adolescência (Acosta-Hernández, Mancilla-Percino, Correa-Basurto, Saavedra-Vélez, Ramos-Morales, Cruz-Sánchez & Niconoff, 2011).

A adolescência é um período em que ocorrem várias transformações, no indivíduo: ocorrem mudanças físicas, psíquicas afetivas e sociais. No centro destas mudanças está a metamorfose do corpo de criança para o adulto sexuado (Brito, 2011).

A depressão é, então, uma doença debilitante e recorrente, que envolve um alto grau de morbidade e mortalidade e que pode interferir no crescimento e desenvolvimento normais, no desempenho académico e as relações interpessoais, constituindo um importante fator de risco para o suicídio (Prager, 2009). Assim, a deteção precoce de sintomas depressivos em crianças ou adolescentes pode evitar que o desenvolvimento de quadros e patologias mais graves, evitar danos neuronais e psicossociais com prejuízos no convívio social, no ambiente escolar e familiar (Emslie, Heiligenstein, Hoog, Wagner, Findling & McCracken, 2004; Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008). Muitas vezes esta deteção é dificultada, pois nem a família nem os professores conseguem reconhecer e identificar corretamente os sintomas de depressão, o que por vezes acaba por interferir na rápida e eficaz orientação e tratamento das crianças e adolescentes (Cruvinel & Boruchovitch, 2004).

A depressão não tem origem numa só causa mas sim em distintos fatores que aumentam a probabilidade da sua ocorrência, dos quais podem ser ressaltados fatores genéticos e biológicos, psicológicos e sociais (Anexo 1- Tabela 1) (Baptista & Golfeto, 2000; Reppold & Hutz, 2003; Wathier & Dell'Aglio, 2007).

Neste sentido, e nos dias de hoje, apesar da difícil detecção, a depressão em crianças e adolescentes dada a sua elevada e crescente prevalência tem sido, também, um conceito bastante investigado, uma vez que afeta os diversos campos da vida dos jovens, provocando danos psicossociais significativos (Bahls, 2002a; Reppold & Hutz, 2003).

Diversos estudos têm verificado, então, a existência de distintas particularidades da sintomatologia da depressão em crianças e adolescentes, de acordo com a abordagem clínica da depressão (Steinberg, 1999; Bahls, 1999; Kessler, Avenevoli & Merikangas, 2001). Assim, destacam-se estudos que investigam a depressão em jovens que vivenciaram eventos stressores, como abandono, mudanças de vida, violência e perdas (Dell'Aglio, Borges & Santos, 2004).

A depressão em crianças e em adolescentes refere-se, então e segundo Josephson (2007), a uma mudança de humor duradoura com mudanças associadas a aspetos importantes do funcionamento diário, tais como atenção, apetite e sono. Esta pode caracterizar-se inicialmente, por anedonia (perda de interesse pelas atividades que normalmente seriam atrativas), que se manifesta como uma espécie de mau humor constante perante brincadeiras, jogos e desportos, pobre relacionamento com seus pares e baixa autoestima, descrevendo-se como estúpidas, palermas ou impopulares também podem estar presentes (Abaid, 2008). Assim, em crianças em idade escolar (pré-púberes e púberes), até à adolescência, o humor depressivo pode já ser verbalizado e é muitas vezes relatado como tristeza, irritabilidade ou tédio (Bahls, 2002a).

A depressão pode manifestar-se através de problemas de comportamento (desde desafiador opositivo a um transtorno de conduta), falta de cumprimento de regras, regressão, birras frequentes, alterações do sono (insónias, hipersónias e pesadelos), queixas somáticas (por exemplo, dor de cabeça, dor de estômago, fraqueza muscular), alterações do apetite e do peso, choro fácil, ansiedade de separação, falta de interesse (jogar com os amigos) nas atividades diárias, apatia, fadiga, isolamento, pobre relacionamento com seus pares, perda de confiança e autoestima, declínio ou desempenho escolar fraco, podendo chegar à recusa escolar (Cole, Tram, Martin, Hoffman, Ruiz, Jacquez & Maschman, 2002). Para além destes, podem ser relatados sintomas como fraca concentração, sintomas psicóticos humor-congruente (alucinações auditivas e menos frequentemente, delírios de culpa e pecado),

fobias, desejo de morrer, maior agitação desenvolvimento mais lento (Shafii & Shafii, 1992, cit. in Bahls, 2002a; Prager, 2009).

Já, em adolescentes com idades a partir de doze anos, os sintomas depressivos são semelhantes aos dos adultos, embora existam algumas características fenomenológicas específicas do transtorno depressivo, nesta etapa da vida. Assim, os adolescentes deprimidos não estão sempre tristes, apresentam-se, nomeadamente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva em seu comportamento (Bahls, 2002a). Alguns adolescentes podem revelar, comportamentos delinquentes, hostilidade, constante exposição a situações de risco, uso abusivo de álcool e drogas, queixas proeminentes de dor crónica, obesidade e letargia (Kazdin, & Marciano, 1998; Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001; Lewis & Wolkmar, 1990/1993, cit. in Reppold & Hutz, 2003; Prager, 2009). Assim sendo, entre os adolescentes, as raparigas relatam mais sintomas subjetivos, como sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva, ansiedade, maior preocupação com popularidade, menos satisfação com a aparência, mais conscienciosidade e menos autoestima.

Por outro lado e a título de curiosidade, os rapazes relatam mais sentimentos de desprezo, desafio, demonstrando, muitas vezes problemas de conduta como: faltar às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias (Sadler, 1991, Baron & Campbell, 1993, cit. in Bahls, 2002a; Barros, Coutinho, Araújo & Castanha, 2006).

### *Sintomatologia Depressiva em crianças*

De notar que, de acordo com o DSM-V, os sintomas característicos de um episódio depressivo major são os mesmos em adultos, adolescentes e crianças. No entanto, existem dados que sugerem que a predominância de sintomas característicos pode modificar-se com a idade, sendo que são mais comuns em crianças sintomas como queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social; e, menos comuns em crianças, retardo psicomotor, hipersonia e delírios (APA, 2002; Cruvinel & Boruchovitch, 2004). No entanto, de acordo com Pinar e Dilşad (2004), o diagnóstico de depressão em crianças e adolescentes apresenta algumas características clínicas diferenciadas comparativamente com os adultos. Isto, pode dever-se ao facto, de que as crianças e adolescentes não procuram ajuda para os seus problemas emocionais, que acabam por não ser detetados eficazmente pelos pais e professores. Pode, ainda, dever-se a algumas variações devido à idade e fases de desenvolvimento em que a pessoa se encontra (Cruvinel & Boruchovitch, 2004; World Health Organization, 2002).

## **2.2 Prevalência, Fatores de Risco e Proteção**

Nos tempos que correm, das *psicopatologias* mais frequentes na infância e adolescência destaca-se a depressão. Existem evidências recentes de que um quadro de Depressão Major, pode manifestar-se na adolescência por volta dos 13 aos 19 anos, sendo que o primeiro episódio tem, geralmente, a duração de cinco a nove meses (Bahls, 2002). Os dados apontam para uma prevalência mais elevada da depressão na adolescência do que na infância, isto é estima-se uma prevalência de depressão de 0,4 a 3,0% das crianças e 3,3 a 12,4% dos adolescentes (Bahls, 2002b). Em idades mais novas verifica-se uma maior prevalência nos rapazes que nas raparigas. Contudo, a partir da puberdade ocorre uma inversão, ou seja a prevalência é maior nas raparigas (Marujo, 1994). Já, Steinberg (1999) citado por Dell’Aglío (2000) demonstrou que se verifica uma maior prevalência de desordens internalizantes como é o exemplo da depressão em meninas, e de desordens externalizantes em meninos, como o uso de distração e expressão de sentimentos através de abuso de drogas ou álcool e comportamentos agressivos.

De acordo com Kaplan, Sadock e Greeb (1997), a depressão como síndrome ou transtorno tem uma natureza multifatorial, isto é pode ser desencadeada através de fatores sociais, psicológicos e biológicos. A depressão não tem origem numa só causa, mas sim em vários fatores que aumentam a probabilidade da sua ocorrência, dos quais podem ser ressaltados fatores genéticos e biológicos, a fatores psicológicos e sociais (Baptista & Golfeto, 2000; Reppold & Hutz, 2003; Wathier & Dell’Aglío, 2007). Para Wathier e Dell’Aglío, (2008) a psicopatologia de um dos pais constitui um fator de risco que pode chegar a 43% da explicação de doenças dos seus descendentes. A depressão materna consegue provocar uma ausência de interação no bebé, a qual poderá depois desenvolver na criança uma maior suscetibilidade a acontecimentos nefastos. Segundo esta perspetiva, Solomon (2002) considera a vulnerabilidade genética na etiologia da depressão, pela qual geralmente filhos de pais depressivos tendem a desenvolver a mesma patologia, além de outros transtornos de ordem mental e distúrbios de conduta.

Acredita-se que a hereditariedade pode ser um fator importante, mas não é o único determinante para o surgimento da patologia, pois há evidências de que à predisposição genética se juntam as condições adversas da realidade externa envolvente, não só no quadro de depressão, mas também na eclosão de outras patologias mentais. Já segundo Resende, Santos, Santos, e Ferrão, (2013) o ambiente/estrutura familiar é essencial para o bem-estar psicológico do adolescente, tendo como fatores específicos de destaque a privação de um ou ambos os pais, quer por doença, falecimento ou abandono.

Outros fatores de risco importantes são os stressores ambientais como o abuso físico e sexual e a perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo (Brage, 1995; Brent, 1993; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000; Shaffi & Shaffi, 1992), dúvida quanto à orientação sexual, presença de doenças crónicas, discriminação de género, baixa autoestima, imagem corporal negativa, identificação com grupos minoritários, e poucas capacidades sociais (I, Curatolo & Friedrich, 2000; Son & Kirchner, 2000; Ward & cols., 2000).

A depressão pode surgir através de problemas escolares, desordens de conduta, transtornos de ansiedade, défices de atenção, pânico, desordens alimentares entre outros (Sadler, 1991). O stress a que os adolescentes estão sujeitos diariamente ou em acontecimentos específicos é outro fator de risco de depressão (Petersen, Compas, Brooks-Gunn & Stemmler, 1993). Já os fatores protetores, que protegem ou que reduzem a depressão e os seus efeitos nas crianças e adolescentes prendem-se com presença de pais carinhosos e cuidadosos, um estilo parental não autoritário e um agregado familiar reduzido (Fischhoff, Nightingale, & Iannotta, 2001); bem como ambientes sociais associados à redução de riscos que incluem a presença de outros adultos que sejam também eles cuidadores e afetuosos não fazendo parte da família, auto-eficácia colectiva positiva e envolvimento da vizinhança (Fischhoff, Nightingale, & Iannotta, 2003). Merikangas e Angst (1995), destacam a autoperceção positiva, a competência social, o bom rendimento escolar e o apoio social e instrumental percebido.

Outras variáveis consideradas são os níveis de exigência dos pais em relação aos filhos, nomeadamente, a supervisão e disciplina, bem como a aceitação ou estímulo da crescente autonomia destes. A ligação entre estas duas dimensões constitui a caracterização de três estilos parentais a referir: (1) autoritário, (2) indulgente e (3) negligente. Descritos por Maccoby e Martin (1983) definem um conjunto de expressões, atitudes e manifestações não-verbais dos pais em direção aos seus filhos, que caracterizam a natureza da interação entre estes. Segundo Rotondaro (2002), para que a criança tenha um desenvolvimento emocional saudável, precisa de um ambiente familiar favorável, capaz de suprir adequadamente as suas necessidades básicas, entre as quais as de proteção e acolhimento. Quando isso não acontece, a criança utiliza mecanismos de defesa específicos para lidar com as dificuldades, comprometendo o desenvolvimento das estruturas de personalidade que se começam a formar na infância.

Assim, para minimizar o risco de depressão é necessária a existência de suportes sociais como a família, o grupo de pares e a escola, pois são muito importantes para o adolescente.

### **3. Institucionalização**

Segundo Mota e Matos (2010) o processo de institucionalização poderá provocar nas crianças e nos jovens institucionalizados alguns problemas como: sentimentos de solidão, perda e abandono, na medida em que, o acolhimento provoca o confronto com a realidade de negligência e insensibilidade parental (p.245). Cansado (2009) indica que estas crianças e jovens sentem um constante mal-estar psicológico promovido pela negligência, pelo abandono ou pelos abusos dos familiares.

Pinhel, Torres e Maia, (2009), concluíram que as crianças institucionalizadas apresentam um desempenho cognitivo verbal e representações de vinculação inferiores às crianças que não foram acolhidas em instituições. Desta forma, concluímos que a institucionalização de crianças e jovens têm consequências prejudiciais para o seu desenvolvimento comportamental, intelectual, afectivo, motor e social das crianças e jovens, na medida em que o abandono e o afastamento subjectivo da família, já Cansado (2009), diz que provoca nas crianças e jovens atitudes auto-desvalorativas e depreciativas. Martins (2005b), acrescenta também que muitas crianças poderão apresentar problemas de crescimento físico, cognitivo, linguístico e no desenvolvimento e funcionamento psicossocial, a idade de admissão e de saída da criança na instituição, o tempo de permanência, a idade em que sai da instituição e a qualidade dos serviços prestados pela instituição após a saída são condicionalismos fundamentais que interferem nos impactos da institucionalização.

As figuras cuidadoras da instituição, também fazem parte da rede de suporte social e afectivo destas crianças e, por isso, desempenham igualmente um papel fundamental na sua vida (Santana, Doninelli, Frosi e Koller 2004) pelo fato de orientarem e protegerem, funcionarem como modelos (Siqueira & Dell`Aglia, 2006a), potenciarem o desenvolvimento de limites internos e externos que se traduzem em indicadores de maturidade (Mota & Matos, 2010), suprirem as necessidades básicas de alimentação, higiene, saúde, educação, afeto e organizarem as rotinas diárias das crianças (Prada, Williams & Weber, 2007). Estas relações estabelecidas entre os cuidadores e as crianças/jovens podem proporcionar uma maior confiança e segurança nas suas relações (Mota & Matos, 2010)

Contudo, as crianças e adolescentes que vivenciam situações de risco, a orientação pessoal e social positiva, rede de apoio social e afectivo, representam fatores de proteção. Segundo Brito e Koller (1999, cit. in Marzol, Bonafé & Yunes, 2012), a rede de apoio social é o conjunto de sistemas de pessoas significativas que compõem as relações estabelecidas e percebidas pelo indivíduo. Assim, o apoio social e afectivo estão relacionados com a percepção que o indivíduo tem em relação ao seu mundo social e com os recursos que esse lhe oferece

como proteção e força, perante situações de risco (Brito & Koller, 1999, cit. in Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006).

Siqueira, Betts e Dell’Aglío realizaram em 2006, um estudo com 35 adolescentes, com idades compreendidas entre 11 e 16 anos, de ambos os sexos, relativamente à percepção de adolescentes, que habitam em instituições, quanto às suas redes de apoio social e afetivo, tendo em vista que se encontram num contexto diferenciado de desenvolvimento. Os resultados obtidos neste estudo permitiram averiguar que as crianças que viviam em acolhimento apresentaram em média maior número de contactos satisfatórios que as crianças que residem em contexto familiar, já no que concerne às diferenças de género, as meninas percecionam as suas relações dentro da instituição como mais satisfatórias que os rapazes, sendo estas diferenças significativas (Siqueira, Betts & Dell’Aglío, 2006).

Já, num outro estudo realizado por Siqueira e Dell’Aglío (2010) com 155 crianças e adolescentes institucionalizados, de ambos os sexos, dos 7 a 16 anos, relativo ao desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social, pôde concluir-se que as crianças que se encontravam em situação de acolhimento revelam boa satisfação de vida, o que pode sugerir que o acolhimento institucional pode revelar-se uma fonte de apoio e satisfação para as crianças.

## **Capítulo II: Metodologia**

### **2. Método:**

No segundo capítulo será apresentada a metodologia utilizada na realização da presente investigação, incluindo a especificação dos objetivos, o tipo de estudo, critérios para a seleção da amostra e respetiva caracterização, descrição dos instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e tratamento de dados. A investigação teve como participantes, crianças institucionalizadas e crianças não-institucionalizadas. Recolheu-se uma amostra de conveniência constituída por 50 crianças e adolescentes, tendo a sua participação obedecido a critérios de inclusão e exclusão.

Assim, foram incluídos no estudo crianças e adolescentes que: (A) Residem em instituições de acolhimento (18 crianças); (B) Residem em contexto familiar (32 crianças); (C) Idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos; (D) Após serem devidamente esclarecidos relativamente aos objetivos da investigação; (E) Compreendem as instruções, não revelando qualquer impedimento para o entendimento das questões formuladas.

No que concerne aos critérios de exclusão do estudo, salienta-se o seguinte: Ser portador de qualquer patologia mental do desenvolvimento infantil nem outra perturbação neuropsíquica que prejudique a fiel, digna e respeitadora recolha de dados junto à criança.

No que diz respeito às variáveis em estudo é possível enumerar as seguintes: (1) Idade; (2) Escolaridade (Habilitações); (3) Institucionalização; (4) CDI (Variável depressão); (5) YSR.

## **2.1 Objetivos, hipóteses e tipo de estudo:**

O objetivo geral desta investigação é pesquisar a manifestação de sintomas depressivos numa população específica, neste caso em crianças institucionalizadas, este estudo pretende saber se existe uma relação significativa entre a institucionalização e a manifestação de sintomas depressivos. Assim, procura-se perceber se existem diferenças nas pontuações relativamente aos constructos, contexto de desenvolvimento (familiar ou institucional), género e idade e a manifestação de sintomas depressivos.

Deste modo, visa, também caracterizar uma população específica, neste caso, crianças institucionalizadas de uma instituição localizada em Braga.

Este estudo é de carácter exploratório, pelo que decidi não optar pela definição de hipóteses, uma vez que limitaria os resultados e a exploração aberta dos mesmos, trata-se também de um estudo transversal, uma vez que a recolha de dados é realizada, a um grupo ou população de indivíduos, num único ponto no tempo, mais especificamente este estudo trata-se de um estudo de caso-controle uma vez que procura avaliar a relação causa-efeito. Nestes casos, a investigação inicia-se com a seleção de um grupo de indivíduos numa condição específica (casos), e um grupo de pessoas que não se englobam nessa condição (controle), neste caso específico, crianças institucionalizadas (casos) e crianças não institucionalizadas (controle).

## **2.2. Participantes**

Participaram neste estudo 50 crianças e adolescentes. Sexo feminino. Com o propósito de diferenciar a idade dos sujeitos, foram criados dois subgrupos de idades, assim, o primeiro grupo, com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos (N=26, 52,0%), e o segundo grupo, com idades compreendidas entre os 14-17 (N= 24, 48,0%) (Tabela 1).

**Tabela 1: Estatística descritiva da amostra segundo os dois grupos de idades**

		<b>N</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Válido</b>	<b>11-15</b>	26	52,0
	<b>16-19</b>	24	48,0
	<b>Total</b>	50	100,0

Da amostra selecionada e tendo em conta os objetivos do estudo foram agrupadas as crianças em dois grupos tendo em conta a variável Local de Residência, crianças institucionalizadas (casos) e crianças não-institucionalizadas (controles). Assim, e da análise da tabela 2, podemos verificar que das 50 crianças, 18 encontravam-se institucionalizadas (36,0%), sendo todas do género feminino. Já no que diz respeito, à amostra de controle 32 crianças (64,0%) não-institucionalizados. As crianças e jovens institucionalizados estavam acolhidos no Instituto Monsenhor Airosa (IMA). Já, no que diz respeito, às crianças não institucionalizadas a amostra foi recolhida aleatoriamente, como porta-a-porta, amigas dos meus irmãos, as crianças que apresentavam as características referidas como indispensáveis para a inclusão no estudo.

**Tabela 2: Estatística descritiva da amostra segundo o Local de Residência.**

		<b>Institucionalizadas e Não-institucionalizadas</b>	
		<b>N</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Válido</b>	<b>Não</b>	32	64,0
	<b>Sim</b>	18	36,0
	<b>Total</b>	50	100,0

Já, no que concerne à variável habilitações das crianças inquiridas, foi dividida em cinco grupos: primária, segundo ciclo, terceiro ciclo, ensino secundário e profissional. Assim e de acordo com a tabela 3 pode verificar-se que 18 crianças institucionalizadas (5,6%) da amostra frequenta primária, já 22,2% frequentam o 2º ciclo o 3º ciclo apresenta 33,3% da amostra, o ensino secundário 16,7% e por fim o curso profissional 22,2% da amostra. No que diz respeito, às crianças não-institucionalizadas a maioria 62,5% da amostra, isto é 20 crianças, frequentam o terceiro ciclo de estudos e 12 das crianças (37,5%) frequentam o ensino secundário.

**Tabela 3: Estatística descritiva da amostra segundo o Local de Residência e as Habilitações.**

	<b>Habilitações</b>					
	<b>Primária</b>	<b>2º Ciclo</b>	<b>3º Ciclo</b>	<b>Secundário</b>	<b>Curso Profissional</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Não- institucionalizadas</b>			N=20 (62,5%)	N=12 (37,5%)		32
<b>Institucionalizadas</b>	N=1 (5,6%)	N=4 (22,2%)	N=6 (33,3%)	N=3 (16,7%)	N=4 (22,2%)	18
<b>TOTAL</b>	1	4	26	15	4	50

Após analisando a tabela 4, e no que diz respeito à origem do acolhimento pode verificar-se que a principal causa é por outras condutas (N=10; 20%), negligência (N=6; 12%), estupefacientes (N=5; 10%), absentismo escolar (N=4; 8%), sendo que as restantes escalas apresentam valores mais baixos.

**Tabela 4: Estatística descritiva da amostra segundo a origem do acolhimento**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Abandono</b>	1	2
<b>Negligência</b>	6	12
<b>Abandono Escolar</b>	1	2
<b>Absentismo escolar</b>	4	8
<b>Abuso Sexual</b>	2	4
<b>Prática de facto qualificada</b>	1	2
<b>Estupefacientes</b>	5	10
<b>Bebidas alcoólicas</b>	1	2
<b>Outras condutas</b>	10	20

No que diz respeito, ao tempo de institucionalização das 18 crianças institucionalizadas, a maioria 16,0% (N=8) encontra-se na instituição entre 1 ano a 2 anos, como se pode verificar através da tabela 5.

**Tabela 5: Estatística descritiva da amostra segundo o tempo de institucionalização**

		<b>N</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Válido</b>	<b>1 a 3 meses</b>	1	2,0
	<b>6 a 12 meses</b>	4	8,0
	<b>1 ano a 2 anos</b>	8	16,0
	<b>Mais de 2 anos</b>	5	10,0
	<b>Total</b>	18	36,0
<b>Ausente</b>	<b>Sistema</b>	32	64,0
<b>TOTAL</b>		50	100,0

De seguida apresenta-se um breve enquadramento institucional da instituição onde foram recolhidos os dados.

### **2.3. Enquadramento institucional**

O Instituto Monsenhor Airoso (IMA) é uma “Associação de Fiéis” da Arquidiocese de Braga, constituída em Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) desde 30 de Março de 1982, sem fins lucrativos, que tem por objectivo central proporcionar acolhimento e orientação educativa a pessoas do sexo feminino que, encontrando-se em situação de carência moral e/ou sócio-familiar, necessitam de especial apoio em ordem à sua integral promoção, reintegração e realização pessoal (cf. Estatutos do Instituto Monsenhor Airoso, art. 2º).

Atualmente, o Instituto Monsenhor Airoso apresenta três valências – Lar de Jovens, Lar Residencial e Lar de Idosas – onde acolhe cerca de 61 pessoas.

O IMA, tem como objetivo ser um espaço de hospitalidade e acolhimento, um “porto de abrigo”, que conduza à reconstrução de uma identidade singular e de múltiplos laços sociais. Hospitalidade significa abertura, atenção, dádiva e respeito pelos outros. A hospitalidade concorre para o desenvolvimento de cada pessoa, na sua dimensão de interioridade e de alteridade. O acolhimento supõe uma disposição permanente e atual para o outro, sem preconceitos, nem reservas.

O Lar de Jovens onde será realizada a investigação, o lema que o Monsenhor Airoso refere é “Pela religião, pela instrução e pelo trabalho”, onde se procura, em ambiente familiar, promover a aquisição de competências pessoais, sociais e parentais. Estas irão facilitar uma

desinstitucionalização em tempo útil, ora pelo retorno à família, ora pelo processo de preparação para a autonomia de vida (Português, 2011).

## **2.4. Instrumentos**

Nessa investigação utilizou-se um protocolo constituído pelo Inventário de Depressão para Crianças (CDI) (Kovacs, 1992; versão portuguesa, Dias & Gonçalves, 1999) (Anexo 5), e Youth Self-Report (YSR) (Anexo 5), versões portuguesas. Para além destes foram ainda construídos dos questionários, um questionário individual da criança e um questionário de dados institucionais. Estes instrumentos serão descritos de modo sucinto de seguida.

### **2.4.1. Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico da criança utilizado, era parte integrante do Questionário de Autoavaliação para Crianças (YSR) sendo então possível recolher informações acerca das crianças participantes, idade e escolaridade, que consideramos serem aspetos relevantes para o estudo

### **2.4.2. Questionário Individual da Criança (Anexo 3)**

Para este estudo, foi construído um questionário individual da criança, dirigido apenas às crianças institucionalizadas, com o objetivo de obtermos informação acerca destas e do seu percurso na instituição. Neste questionário surgem questões relacionadas com o tempo de institucionalização da criança, as problemáticas que estiveram na origem do acolhimento (Abandono, Negligência, Abandono escolar, Maus tratos físicos e psicológicos, Abuso sexual, Outras situações de perigo e Outras condutas desviantes), irmãos e ainda tipo de contacto que a criança tem com seus pais e/ou familiares.

### **2.4.3. Questionário de Dados da Instituição (Anexo 4)**

Este questionário foi criado de modo a se obterem algumas informações acerca da instituição, do seu funcionamento, onde foram recolhidos os dados para a investigação. Aqui constam questões como o nome da instituição, o vínculo da instituição, a que faixa etária oferecem cuidados, quantas crianças residem na instituição, como é feita a divisão das crianças, a estrutura física da instituição e o tipo de serviços oferecidos/prestados.

### **3. Procedimento**

#### **3.1. Procedimentos de Recolha dos dados**

Para a realização deste estudo, entrei em contacto com o Instituto Monsenhor Airosa, uma vez que tinha realizado lá o meu estágio, pelo que pareceu-me ser o local ideal para a realização desta investigação. Após este a instituição disponibilizou-se a colaborar na investigação, dando autorização para a recolha de dados na instituição. Assim, tendo em conta a sua faixa etária, género e critério de exclusão do estudo foi selecionada a amostra de entre todas as utentes da instituição. No que diz respeito, às utentes não-institucionalizadas (grupo de controle), a amostra foi recolhida de modo aleatório tendo em conta de acordo com os objetivos do estudo, sendo esta uma amostra de conveniência. A recolha dos dados foi realizada entre Abril de 2017 e Maio de 2017. Assim, a administração dos instrumentos YSR e CDI foi realizada na instituição onde se encontravam, com aplicação presencial, sendo explicado inicialmente o modo de preenchimento dos questionários. No caso do grupo de controle, utentes que se encontravam a viver em meio familiar foi realizada, numa primeira instância, uma abordagem “porta-a-porta” explicando o objetivo do estudo e pedindo a colaboração no mesmo. Posteriormente, foi solicitado então o preenchimento dos mesmos instrumentos.

### **4. Resultados**

#### **Introdução**

O conjunto das informações obtidas foi analisado no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22 para Windows.

Os dados recolhidos foram inicialmente analisados segundo a metodologia descritiva usual (frequências, médias, medianas, desvios-padrão, variância, número máximo e número mínimo). Posteriormente e para a análise do efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes foi utilizado o teste t-Student, quando se cumpriam os seguintes pressupostos, a distribuição da média amostral dentro de cada grupo tem uma distribuição normal, assumindo-se, aqui o Teorema do Limite Central; as observações eram independentes entre si; as variâncias de cada grupo eram iguais entre si, ou seja, havia homogeneidade entre as variâncias (Maroco, 2007). Contrariamente, quando esses pressupostos não eram assegurados, realizou-se o teste não-paramétricos correspondente, Mann-Whitney, sendo utilizado para investigar quais os grupos para que a diferença observada era significativa. Assim, é ainda de referir que para todas as análises efetuadas, a significância estatística foi aceite para um valor de  $p < 0,05$ , isto é só nestas circunstâncias é que se considerava existirem diferenças

estatisticamente significativas. Todos os testes foram realizados para um nível de confiança de 95%. É ainda, de referir, que no tratamento estatístico, no caso do CDI, foram tratados e analisados os dados padronizados para a população segundo a faixa etária. Por outro lado, na análise do YSR os seus dados foram passados para bruto.

## **5. Análise Descritiva dos Instrumentos**

### **5.1. Questionário de Autoavaliação para crianças (YSR)**

Como já foi descrito anteriormente, para a avaliação dos comportamentos e problemas da criança a partir do seu ponto de vista, foi utilizado o Questionário de Autoavaliação para crianças, que contempla um conjunto de escalas: Comportamento Antissocial, Problemas de Atenção, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas somáticas e Problemas do Pensamento Esquizoide. Assim, passamos a descrever as estatísticas de todas as subescalas (Tabela 6), no que diz respeito à Escala “Ansiedade/depressão”, pode verificar-se que a média das pontuações nesta escala assume o valor de 8,60. Já, no que concerne às estatísticas de variabilidade, é possível referir que a variância é de 11,388 assumindo o valor de 3,375 para o desvio padrão.

Já no que diz respeito à Escala “Isolamento/depressão”, as pontuações dos participantes assumem uma média de 5,54. Como estatísticas de variabilidade apresenta-se o valor de 2,349 como desvio padrão e de 5,519 como variância. Já, as pontuações na Escala “Queixas somáticas” atingem uma média de 4,86. Relativamente, ao valor do desvio-padrão este assume 4,106 e a variância, 16,858. Na quarta Escala “Problemas sociais”, a média das pontuações corresponde ao valor 5,24. Aqui, as estatísticas de variabilidade assumem valores de 3,107 (DP) e de 9,656 (variância).

Na Escala “Problemas de pensamento”, a média corresponde ao valor 4,82, já o desvio-padrão tem o valor de 4,475 e a variância de 20,028. Na Escala “Problemas de atenção”, a média corresponde ao valor 7,16, já o desvio-padrão tem o valor de 3,203 e a variância de 10,260. Na Escala “Comportamento delincente”, a média corresponde ao valor 4,68, já o desvio-padrão tem o valor de 6,535 e a variância de 42,712. Por fim, na Escala “Comportamento agressivo”, as pontuações da média o valor 9,26, sendo que no que respeita às estatísticas de variabilidade nesta escala, o valor do desvio-padrão é de 6,350 e a variância de 40,319.

**Tabela 6: Estatística descritiva do Questionário de Autoavaliação para Crianças (YSR) por subescalas**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Variância</b>
<b>Ansiedade/Depressão</b>	50	3	19	8,60	3,375	11,388
<b>Isolamento/Depressão</b>	50	2	12	5,54	2,349	5,519
<b>Queixas somáticas</b>	50	1	16	4,86	4,106	16,858
<b>Problemas sociais</b>	50	0	14	5,24	3,107	9,656
<b>Problemas de pensamento</b>	50	1	20	4,82	4,475	20,028
<b>Problemas de atenção</b>	50	3	16	7,16	3,203	10,260
<b>Comportamento delincente</b>	50	0	24	4,68	6,535	42,712
<b>Comportamento agressivo</b>	50	1	28	9,26	6,350	40,319
<b>N válido (de lista)</b>	50					

De seguida, apresento um conjunto de tabelas (7 e 8) com as medidas de estatística descritiva principais e em relação aos diferentes grupos da amostra, segundo a idade, 11-15 (N=26) e 16-19 (N=24), segundo o género, Feminino (N=50), e por fim, segundo o Local de Residência, Institucionalizado (N=18) e Não institucionalizado (N=32). Deste modo, equiparando as médias das pontuações para cada Subescala do YSR: (1) Ansiedade/depressão; (2) Isolamento/depressão; (3) Queixas somáticas; (4) Problemas sociais; (5) Problemas de pensamento; (6) Problemas de atenção; (7) Comportamento delincente e (8) Comportamento agressivo, verifica-se que relativamente à idade, assumem valores superiores em algumas subescalas segundo o grupo “Grupo 11-15”, comparativamente ao primeiro grupo “Grupo 16-19”.

**Tabela 7: Estatística descritiva das pontuações nas Subescalas YSR segundo os níveis de Idade**

	1	2	3	4	5	6	7	8	
<b>11-15</b>  <b>N=26</b>	4	2	1	0	1	3	1	1	<b>Mínimo</b>
	19	12	16	14	20	12	24	28	<b>Máximo</b>
	9,12	5,77	5,77	5,73	5,73	7,81	5,62	10,50	<b>Média</b>
	3,44	2,55	3,95	4,57	4,57	2,46	6,76	6,47	<b>Desvio padrão</b>
	11,86	6,50	15,62	20,92	20,92	6,08	45,76	41,94	<b>Variância</b>
<b>16-19</b>  <b>N=24</b>	4	2	1	0	1	3	0	1	<b>Mínimo</b>
	19	12	16	14	20	12	24	28	<b>Máximo</b>
	9,12	5,77	5,77	5,73	5,73	7,81	5,62	10,50	<b>Média</b>
	3,44	2,55	3,95	3,13	4,57	2,46	6,76	45,76	<b>Desvio padrão</b>
	11,86	6,505	15,62	9,80	20,92	6,08	45,766	41,94	<b>Variância</b>

Por outro lado, no que diz respeito à variável Local de residência pode verificar-se através da tabela 8, através da comparação da média, que as crianças que se encontram institucionalizadas comparando com as crianças não-institucionalizadas apresentam pontuações médias mais elevadas em todas as subescalas do YSR.

**Tabela 8: Estatística descritiva das pontuações nas Subescalas YSR segundo o Local de residência**

	1	2	3	4	5	6	7	8	
<b>Não- Institucionalizadas</b>  <b>N=32</b>	3	3	1	2	1	3	0	1	<b>Mínimo</b>
	10	7	7	5	5	8	1	12	<b>Máximo</b>
	7,31	4,56	3,09	4,06	2,44	5,53	0,59	6,50	<b>Média</b>
	2,086	1,294	2,516	1,413	1,703	2,063	0,499	3,910	<b>Desvio padrão</b>
	4,351	1,673	6,346	1,996	2,899	4,257	0,249	15,290	<b>Variância</b>
<b>Institucionalizadas</b>  <b>N=18</b>	4	2	2	0	2	5	2	4	<b>Mínimo</b>
	19	12	16	14	20	16	24	28	<b>Máximo</b>
	10,89	7,28	8	7,33	9,06	10,06	11,94	14,17	<b>Média</b>
	4,028	2,803	4,550	4,116	4,771	2,817	5,946	6,964	<b>Desvio padrão</b>
	16,222	7,859	20,706	16,941	22,761	7,938	35,350	48,500	<b>Variância</b>

## 5.2. Inventário de Depressão em Crianças (CDI)

No que diz respeito, ao CDI pode observar-se pela tabela 9, uma média de pontuações globais  $M= 12,40$  e desvio-padrão correspondente a  $SD=8,54$  (tabela 9).

**Tabela 9: Estatística descritiva da amostra segundo a nota global da CDI**

<b>N</b>	50
<b>Mínimo</b>	1
<b>Máximo</b>	37
<b>Média</b>	12,40
<b>Desvio-padrão</b>	8,54
<b>Variância</b>	72,44

No que diz respeito, ao CDI neste estudo reagrupou-se a variável, em três dimensões, tendo em conta os diferentes graus de classificação dos sintomas depressivos. Assim, a primeira dimensão “Ausência de depressão” com uma frequência de 43 crianças (86,0%), a segunda dimensão “Depressão leve a moderada”, 2 crianças (4,0% da amostra) parecem revelar indicadores de depressão leve ou Moderada, por fim, e no que diz respeito à dimensão “Depressão Grave”, que apresenta pontuações clinicamente significativas, também 2 sujeitos da amostra isto é, 4,0% revelaram indícios de Depressão Severa (Tabela 10).

**Tabela 10: Estatística descritiva da amostra segundo as dimensões da CDI**

	<b>N</b>	<b>Percentagem</b>	
<b>Válido</b>	<b>Ausência de depressão</b>	43	86,0
	<b>Depressão leve ou moderada</b>	2	4,0
	<b>Depressão grave</b>	2	4,0
	<b>3</b>	3	6,0
	<b>TOTAL</b>	50	100,0

### 5.3. Fiabilidade dos Instrumentos

A fidelidade dos instrumentos foi medida através do Coeficiente de Alfa (Alfa de Cronbach's). Deste modo, o coeficiente de fidelidade do CDI para escala total de 27 itens, subdivididos em 3 subescalas, apresenta o seguinte valor  $\alpha$  0,43, considerando-se aqui uma aceitável consistência interna dos itens. O inventário total tem uma média de  $M = 12,40$  e um desvio padrão de  $SD = 8,51$ . No que diz respeito, ao YSR total da escala dos 112 itens, o alpha de cronbach é de  $\alpha$  0,94, sendo assim revelador de uma boa consistência interna dos itens. A escala total apresenta, então, uma média de  $M = 43,90$  e um desvio padrão de  $SD = 29,92$ . Assim, na presente investigação o Coeficiente de Alpha é superior ao da escala original. A análise estatística descritiva relatada, dos referidos instrumentos, no que diz respeito aos Alpha de Cronbach encontra-se exposta na tabela 11.

**Tabela 11: Estatística descritiva e valores de Alpha de Cronbach dos instrumentos CDI, YSR**

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>N</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
<b>YSR</b>	43,90	29,92	50	0,94
<b>CDI</b>	12,40	8,51	50	0,43

## 6. Análise estatística

### 6.1. Inventário de Depressão para crianças

No estudo procurou-se, também, relacionar a variável depressão pelo CDI com outras variáveis nomeadamente, Idade e Local de Residência.

#### 6.1.1. CDI e idade

A verificação de existência de significância entre a variável CDI total (sintomas depressivos que engloba a pontuação de todos itens que constituem o Inventário de depressão para crianças) com a variável idade, foi avaliada através do teste Mann-Whitney. Assim, e como é possível verificar pela tabela 12, apesar de existir alguma diferença entre as médias de ambos os grupos, 11-15 ( $M=27,44$ ) e 1 ( $M=31,34$ ), no que diz respeito à manifestação de sintomas depressivos essa diferença não é estatisticamente significativa ( $U=261,50; W=561,50; p=,325$ ).

**Tabela 12: Diferenças de médias, Teste de Mann-Whitney para a CDI segundo a idade**

Idade		N	Ordem Média	CDI	
CDI	11-15	26	27,44	<b>Mann-Whitney U</b>	261,50
	16-19	24	23,40	<b>Wilcoxon W</b>	561,50
	<b>TOTAL</b>	50		<b>Z</b>	-,984
				<b>P (2-tailed)</b>	,325

### 6.1.2. CDI e Institucionalização

Com o objetivo de avaliar a influência do local de residência, institucional ou familiar na manifestação de sintomas depressivos utilizou-se o teste de Mann-Whitney, bem como a comparação múltipla das médias de ordem, para se perceber em qual dos dois grupos (institucionalizado e não-institucionalizado) a manifestação de sintomas depressivos é mais incidente. Assim, verifica-se que a institucionalização tem um efeito estatisticamente significativo sobre a manifestação de sintomas depressivos ( $U=176,000; W=704,000; p=,000$ ). Assim, e de acordo com a média das ordens, as crianças institucionalizadas apresentam maior ordem média ( $M=31,72$ ), apresentando esta mais tendência para a manifestação de sintomas depressivos, comparativamente com a ordem média das crianças não-institucionalizadas ( $M=22,00$ ) (Tabela 13).

**Tabela 13: Diferenças de médias, Teste de Mann-Whitney para a CDI segundo o local de residência**

				Test Statistics <sup>a</sup>		
			N	Ordem Média	Depressão	
Depressão	Institucionalizadas				<b>Mann-Whitney U</b>	176,000
	Não	32	22,00	<b>Wilcoxon W</b>	704,000	
	Sim	18	31,72	<b>Z</b>	-3,753	
<b>TOTAL</b>		50		<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>	,000	

a. Grouping Variable: institucionalizados

### 6.2. Questionário de Autoavaliação para crianças (YSR)

Para avaliar as competências e problemas das crianças a partir do seu ponto de vista, utilizou-se o YSR como referido anteriormente. Aqui, procura-se analisar a influência das variáveis Idade e Local de residência na manifestação de problemas.

### 6.2.1. YSR e Idade (Grupo 11-15 e Grupo 16-19)

Aqui, utilizou-se, então, o Teste de Mann-Whitney, verificando-se que as subescalas que apresentam continuamente as pontuações mais altas apesar da idade são: Subescala Ansiedade/Depressão:  $U=252,50$ ,  $p=0,241$ ; Subescala Isolamento e depressão:  $U= 272$ ;  $p=0,431$  (Tabela 14).

**Tabela 14: Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para subescala YSR e Idade**

	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Mann-Whitney U</b>	252,50	272,00	203,00	234,00	200,00	206,000	242,50	239,50
<b>Wilcoxon W</b>	552,50	572,00	503,00	534,00	500,00	506,00	542,50	539,50
<b>Z</b>	-1,172	-,788	-2,174	-1,607	-2,218	-2,090	-1,401	-1,421
<b>P (2-tailed)</b>	,241	,431	,030	,108	,027	,037	,161	,155

### 6.2.2. YSR e Local de Residência (Institucionalizado ou não institucionalizado)

Deste modo, para se verificar a existência de associação significativa entre o local de residência e as subescalas do YSR, foi realizado o Teste Mann-Whitney, uma vez que não se encontraram reunidas as condições necessárias para amostras de um teste paramétrico, foi realizado um não paramétrico. Após a realização deste teste, em que são comparados dois grupos (institucionalizados e não-institucionalizados), sendo que o  $p$  value é menor que 0,05 rejeita-se a hipótese nula ou seja a subescala YSR é diferente nos dois grupos em estudo. A três subescalas que apresentam pontuações mais altas são: Ansiedade/ depressão ( $U= 129,50$ ;  $P=,001$ ), Isolamento/ depressão ( $U= 108,00$ ;  $P=,000$ ) e Problemas sociais ( $U= 141,00$ ;  $P=,002$ ) (Tabela 15).

**Tabela 15: Apresentação dos Resultados relativos ao Teste de Mann-Whitney para subescala YSR e Local de residência**

Test Statistics <sup>a</sup>								
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Mann-Whitney U</b>	129,50	108,00	94,00	141,00	32,50	57,00	,00	87,50
<b>W</b>	657,50	636,00	622,00	669,00	560,50	585,00	528,00	615,50
<b>Z</b>	-3,24	-3,69	-4,02	-3,15	-5,26	-4,74	-6,04	-4,08
<b>P (2-tailed)</b>	,001	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: institucionalizados

## 7. Discussão dos resultados

### Introdução

Os objetivos do presente estudo passavam por avaliar a manifestação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados, avaliar os problemas comportamentais e emocionais das crianças através da perspectiva da própria criança e dos pais ou seus substitutos e por fim, perceber o nível de satisfação de vida dessas crianças. Para isso, e tendo em conta os resultados obtidos, foi possível perceber que existem diferentes padrões na manifestação de sintomas depressivos, problemas de comportamento e emocionais e segundo as variáveis sócio-demográficas: Idade e Local de Residência, porém isto não se verificou com todas as variáveis estudadas. Deste modo revela-se necessária a confrontação dos mesmos resultados com a bibliografia existente para uma compreensão mais aprofundada e detalhada das conclusões encontradas.

### 7.1 Inventário de Depressão para Criança

Nesta discussão de resultados apenas serão focados os resultados onde a existência de evidência estatística foi confirmada.

Alguns autores consideram que é a partir da adolescência que as meninas começam a apresentar mais sintomas depressivos que os rapazes, constituindo a puberdade pois até lá essa diferença é um pouco confusa (Ialongo, McCreary, Pearson, Koenig, Schmidt, Cruvinel & Boruchovitch, 2008). No entanto, e tal como referido, as meninas parecem revelar maior predisposição para a depressão. Assim e de acordo com Kristensen, Oliveira e Flores (2000,

cit. in Dell'Aglio & Hutz, 2004), a superior manifestação de sintomas depressivos em raparigas, pode dever-se a determinados fenómenos mais frequentes nesta população, como violência doméstica, abuso sexual e negligência, sendo que esta apresenta neste estudo uma percentagem de 12% nas jovens institucionalizadas. Já, Harrington (1995), considerou em seus estudos que esta prevalência pode dever-se ao facto das raparigas lidarem com as suas emoções de forma distinta que os rapazes. Assim, outros autores consideram que essa predisposição feminina para manifestar mais sintomas depressivos advém de acontecimentos de stress intimamente associados à depressão e mais comuns no género feminino. Considera-se, também, que os fatores psicológicos e sociais têm influência significativa na diferença entre os géneros nos transtornos depressivos e de ansiedade. Deste modo, as raparigas tendem a considerar a existência de mais situações stressantes, algumas reais outras percebidas, comparativamente com os rapazes (Patel, 2001)

Relativamente aos contextos de desenvolvimento, isto é à variável Local de Residência (Institucionalizado ou Não-Institucionalizado), foram observadas algumas pontuações superiores na CDI entre o grupo das crianças institucionalizadas. Estes resultados corroboram os resultados obtidos em outros estudos realizados acerca da influência da variável Local de Residência na depressão nas crianças (Siqueira & Dell'Aglio, 2006; Wathier & Dell'Aglio, 2007; Shechory & Sommerfield, 2007). Esta diferença pode dever-se ao facto de as crianças institucionalizadas terem passado possivelmente por mais eventos stressores relacionados com o afastamento da família, como violência, maus tratos, perda dos pais, falta de apoio familiar (Merikangas & Angst, 1995). Apesar da institucionalização procurar proporcionar um espaço seguro e protetor, esta é inevitavelmente associada à rutura de vínculos e a situações de violência. Então, em qualquer idade, o processo de institucionalização tem sido descrito como uma experiência humana potencialmente stressante, uma vez que provoca, assim, bastantes mudanças na vida e na rede de apoio social e afetivo das crianças (Siqueira, Betts & Dell' Aglio, 2006). Cavalcante, Magalhães e Pontes (2009) consideram, nos primeiros anos de vida que a institucionalização pode provocar acarretar graves sequelas emocionais e sócioafetivas, uma vez que a criança é retirada do seu meio natural. Assim, sabe-se que as crianças institucionalizadas que foram afastadas dos seus pais, tendem a manifestar muitas vezes comportamentos desajustados, o que poderá, já, constituir uma precoce evidência de sintomatologia depressiva, como consequência das suas vivências, sendo que acabam por expressar falta de interesse nas suas atividades diárias, tristeza, isolamento, pobre relacionamento com seus pares, perda de confiança e autoestima (Cole, Tram, Martin, Hoffman, Ruiz, Jacquez & Maschman). Contudo, é de referir que perante essa

incapacidade por parte das crianças institucionalizadas de por vezes encontrar um equilíbrio adotando as estratégias mais adequadas para lidar com a situação pela qual esta a passar acaba por torná-la vulnerável a manifestar um quadro depressivo.

## **7.2 Questionário de Autoavaliação para crianças (YSR)**

De acordo com a YSR, verificou-se que as subescalas Comportamento delinquentes e Comportamento agressivo, são as que apresentam valores superiores. Através da análise do YSR, e à influência da variável idade na manifestação de problemas de comportamento, observou-se que o grupo das crianças com idades compreendidas entre os 11-15 que revelam maiores problemas de comportamento, comparativamente com o grupo de idades entre os 16-19, no entanto essas diferenças não são estatisticamente significativas, não se podendo afirmar com certeza que a idade tem influência na manifestação de problemas de comportamento. Esta diferença apesar de não ser significativa, pode dever-se ao facto do grupo dos 11-15, estar numa fase ativa da sua adolescência, marcada por muitas mudanças a nível mental, físico e até social, o que os leva muitas vezes a expressar ou lidar com as suas emoções de uma forma um pouco desadaptativa. Num estudo realizado por King e Chassin (2008), verificou-se que os eventos traumáticos para as crianças, separação dos pais, maus tratos, intensificam as manifestações depressivas e de comportamento agressivo na adolescência. Um outro estudo internacional, em relação à adolescência verificou-se que as manifestações de problemas de internalização associam-se a situações traumáticas de perdas e separações das figuras parentais (Waaktar, Borge, Fundingsrud, Christie & Torgesen, 2004).

Deste modo, a partir da perceção das crianças, foi possível constatar-se que as crianças institucionalizadas revelam pontuações superiores e estatisticamente significativas comparativamente com as crianças não-institucionalizadas. Verificou-se, então, que as crianças institucionalizadas apresentam pontuações superiores e estatisticamente significativas no que diz respeito à subescala comportamento delincente, comportamento agressivo, problemas de pensamento, problemas sociais e queixas somáticas. Apenas relativamente à subescala Isolamento, é que não podemos assumir com total confiança que o local de residência tem influencia ou não no isolamento da criança. Já para as jovens não-institucionalizadas as subescalas que apresentam os valores mais baixos são comportamento delincente, problemas sociais, isolamento/depressão e problemas de pensamento

Mais uma vez confirma-se aqui, que através dos dados do CDI, no que diz respeito à principal variável em estudo, a depressão que viver em contexto institucional constitui um preditor para uma maior manifestação de sintomas depressivos, Estes resultados vão de

encontro aos obtidos num estudo realizado por Wathier e Dell'Aglio (2007) com 257 crianças, sendo que destes 130 residiam em contexto institucional, verificou-se uma maior frequência de eventos stressores está intimamente relacionada com a manifestação de sintomas depressivos. Também, King e Chassin (2008), referem que os eventos traumáticos não somente intensificam as manifestações depressivas e de comportamento agressivo na adolescência. Outros estudos corroboram os resultados concluindo que as crianças institucionalizadas revelaram maiores níveis de sintomas e perturbações internalizantes (Ansiedade e Depressão), bem como problemas externalizantes (problemas de atenção, oposição, comportamento opositor e desafiador) comparativamente com as crianças que vivem em contexto familiar (Zeanah et al., 2009; Bos et al., 2011).

## **8. Críticas ao estudo e limitações**

Numa primeira fase considera-se que a opção por este tema considera-se uma boa escolha, uma vez que existe uma vasta literatura relacionada ao tema, uma vez que se revela essencial estudar os efeitos da institucionalização no seu desenvolvimento individual. Estes dados poderão então fornecer-nos linhas orientadoras de prevenção e intervenção junto das crianças e adolescentes institucionalizados, neste caso no que diz respeito à manifestação de sintomas depressivos, o que é de todo pertinente, um outro ponto a realçar no estudo é a escolha de um protocolo de instrumentos vasto, a adoção de um instrumento de avaliação de sintomatologia depressiva simples, de fácil preenchimento e compreensão, o CDI, a opção por uma escala que avalie a componente de satisfação de vida destas crianças também esta de fácil entendimento, e por fim, a utilização Modelo multiaxial de Achenbach, mais concretamente o YSR, versões portuguesas.

No entanto, e como uma limitação do estudo, foi o facto de apresentar uma amostra de apenas 50 jovens e o pior é o facto de serem apenas do sexo feminino esta amostra constitui apenas uma ínfima parte de toda a população de crianças institucionalizadas no país, o que poderá não ser generalizável nem representará com segurança todos os sujeitos, esta limitação deve-se por ter um tempo limitado para apresentação das correcções da dissertação.

É ainda importante referir, que existe um número escasso de estudos relacionados com a institucionalização e a manifestação de sintomas depressivos em Portugal, assim, o estado da arte poderá aqui constituir uma limitação, uma vez que pode ser considerado como pouco aprofundado, associado a dificuldade em encontrar literatura adequada nomeadamente às populações portuguesas.

Por fim, uma outra limitação do estudo é o facto da distribuição da amostra não ser totalmente homogénea, principalmente no que diz respeito, a variável idade, já que os dois grupos, diferem um pouco no número de cada criança constituintes de cada um, o que poderá, em certa medida, ter influenciado os resultados no que diz respeito a essa variável.

## **Conclusão**

Em suma, em Portugal, a problemática da institucionalização está muito presente, sabe-se que um grande número de crianças é acolhida todos os anos em instituições, devido a maus tratos físicos e psicológicos, negligência, abandono praticados pelas pessoas mais próximas das mesmas, no seu ambiente familiar, esta dura realidade, apesar de tudo parece estar em declínio ao longo dos anos, registando-se cada vez menos entradas nas instituições.

A institucionalização, tem como principal objectivo possibilitar à criança um espaço seguro e protetor, capaz de a ajudar, com condições de desenvolvimento adequadas e adaptadas às suas necessidades, mas apesar de tudo isto ser visto de forma positiva, irá provocar diversas mudanças na vida da criança ou jovem, pois tem de aprender a lidar com uma realidade nova, novas pessoas, criar novas relações.

Através do presente estudo procurou-se perceber a relação existente entre a manifestação de sintomas depressivos e a institucionalização, de modo a prevenir, melhorar e intervir junto dessas crianças e jovens e de modo a estimular um desenvolvimento saudável, por isso verificou-se que apesar de existirem algumas diferenças entre as crianças institucionalizadas e não-institucionalizadas no que concerne à manifestação de sintomatologia depressiva, estas estão cada vez mais resilientes a todo esse processo, sendo a institucionalização considerada como uma experiência positiva e que lhe proporciona satisfação e bem-estar.

## Referência Bibliográficas

- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., RamosMorales, F., Cruz-Sánchez, J. & Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos Neurociencias*, 18(1), 20-25.
- Alves, S. (2007). *Filhos da Madrugada – Percursos de Adolescentes em Lares de Infância e Juventude*. Monografia. Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa, Portugal.
- Amado, J., Ribeiro, F., Limão, I., & Pacheco, V. (2003). *A escola e os alunos institucionalizados*. Lisboa: Departamento de Educação Básica: Grafis CRL.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Lisboa: Climepsi.
- Argerami-Camon, V. A. (Org.). (2001). *Depressão e Psicossomática*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5).
- Bahls S.C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.
- Bahls, S.C. (2002a). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5):359-366.
- Bahls, S.C. (2002b). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2):63-67.
- Bhatara, V. S. (1992). Early detection of adolescent mood disorders. *South Dakota Journal Medicine*, 45(3), 75-78.
- Barros, Coutinho, Araújo & Castanha. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 19-28 .
- Bos, Zeanah, Fox, Drury, McLaughlin & Nelson (2011). Psychiatric Outcomes in Young Children with a History of Institutionalization. *Harvard Review Psychiatry*, 19(1), 1524.
- Brage, D. G. (1995). Adolescent depression: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(1), 45-55.
- Brent, D. A. (1993). Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 14(10), 380-388.

- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista portuguesa de clínica geral*, 27, 208-214.
- Brito, R., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In A. M. Carvalho (Ed.), *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação* (pp. 115-129). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Cansado, T. (2009). *Institucionalização de crianças e jovens em Portugal continental: o caso das instituições particulares de solidariedade social*, E- Cadernos, n.º 2. Coimbra, Centro de Estudos Sociais, pp: 1-11.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar A. (2004). *Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses*. 22, 667 -75.4.
- Cavalcante, Magalhães & Pontes. (2009). Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 615-625.
- Coutinho, M. , Carolino, Z. & Medeiros, E. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300.
- Cruvinel, M. & Borunchovich, E. (2004). Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 9, 369-378.
- Delgado, P. (2010). A experiência da Vinculação e o Acolhimento Familiar: reflexões, mitos e desafios. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 457 – 467.
- Dell’Aglio, D. D. & Hutz, C. S. (2004). Depressão e Desempenho Escolar em Crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 341-350.
- Dell’Aglio, D. D., Borges, J. L. & Santos, S. S. (2004). Eventos estressores e depressão em adolescentes do sexo feminino. *Psicologia*, 35(1):43-50.
- Diário da República, I série A, n.º 204 de 1-9-1999 - Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo - Lei n.º 147/99, de 1 Setembro.
- Emslie, G.J., Heiligenstein, J.H., Hoog, S.L. & Wagner, K.D., Findling, R.L., McCracken, J., T. (2004), Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (11), 1397-1405.
- Ferrão A., Resende C., Santos E. & Santos P. (2013). Depressão nos adolescentes – mito ou realidade? *Nascer e crescer*, 22(3).

- Ferreira, M., & Marturano, E. (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 35-44
- Fischhoff, B., Nightingale, E. O., & Iannotta, J. G. (2001). *Adolescent risk and vulnerability: Concepts and measurement*. Washington, DC: National Academy Press.
- Harrington, R. (1995). Depressive disorder in adolescence. *Archives of disease in childhood*, 72(3), 193–195.
- Heim, C. & Nemeroff, C. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039.
- Ialongo, N., McCreary, B. K., Pearson, J. L., Koenig, A. L., Schmidt, N. B., Poduska, J., Kellam, S. G. (2004). Major depressive disorder in a population of urban, African American young adults: prevalence, correlates, comorbidity and unmet mental health service need. *Journal of Affective Disorders*, 79, 127–136.
- I, L. F.; Curatolo, E. & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 24-27.
- Josephson, A. M. (2007). Depression and Suicide in Children and Adolescents: A Spiritual Perspective. *Southern Medical Journal*, 100 (7), 744-745.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA. Transtornos do humor e suicídio. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA, editors. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1997. p. 1039-1045.
- Kazdin, A. E. & Marciano, P. L. (1998). Childhood and adolescent depression. Em E. Mash & R. Barkley (Orgs.), *Treatment of childhood disorders* (2ª ed.) New York: The Guilford Press.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5–13.
- Kessler, R., Avenevoli, S. & Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014.
- Kovacs, M. (1992). Children's depression inventory manual. *Los Angeles: Western Psychological Services*.
- King, K. M. & Chassin, L. (2008). Adolescent stressors, psychopathology, and young adult substance dependence: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(5), 629-638.

- Laufer, M. (2000). *Compreender o suicídio: tem um significado especial na adolescência?* Lisboa: Climepsi Editores.
- Lewinsohn, P. M.; Rohde, P.; Seeley, J. R.; Klein, D. N. & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1.584-1.591.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15: 853-884.
- Maccoby E., & Martin, J. (1983). Socialization in the contexto of the family: Parent child interaction. In P. M. Mussen, & E. M. Hetherington (Org.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development* (Vol.4, pp. 1-101). New York: Ed Wiley
- Magalhães, A.S.G. (2012). *A Depressão na criança institucionalizada*. Universidade Fernando Pessoa. Lisboa.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística – com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marzol, R.M., Bonafé, L. & Yunes, M.A.M. (2012). As Perspectivas de Crianças e Adolescentes em Situação de Acolhimento Sobre os Cuidadores Protetores. *Psicologia* 43(3), 317-324.
- Martin, A. & Cohen, D. J. (2000). Adolescent depression: Window of (missed?) opportunity - Editorial. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1549-1.551.
- Martins, P. C. M. (2005b). A Qualidade dos Serviços de Protecção às Crianças e Jovens — *As Respostas Institucionais, VI Encontro Cidade Solidária: Crianças em risco: será possível converter o risco em oportunidade?* - 23 de Maio de 2005, Lisboa Fundação Calouste Gulbenkian Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, pp:1-11.
- Marujo, H. M. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Masten, A. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 47-54.
- Melo, A. (2005). *Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho.
- Merikangas, K. & Angst, J. (1995). The challenge of depressive disorders in adolescence. Em M. Rutter (Org.), *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention* (pp. 131-165). New York: Cambridge University Press.

- Mota, C.P. e Matos, P.M. (2010). *Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrole*, *Análise Psicológica*, 2 (XXVIII), Lisboa, IPSA, pp: 245-254.
- Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology. *British Medical Bulletin*, 57, 33–45.
- Peterson, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in Adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168.
- Pereira, M., Soares, I., Dias, P., Silva, J., Marques, S., & Baptista, J. (2010). Desenvolvimento, psicopatologia e apego: estudo exploratório com crianças institucionalizadas e suas cuidadoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 222-231.
- Pintrich, P. (2003). Motivation and classroom learning. In: Reynolds, W. M.; Miller, G. E. *Handbook of Psychology*, 7, **Educational Psychology**, p.103-124.
- Pinar, A. & Save, D. (2004). Adolescent depression: Progress and future challenges in prevention-control activities. *Marmara Medical Journal*, 17(1), 47-52.
- Pinhel, J., Torres, N. & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4 (XXVII): 509-521.
- Português, E. (2001). *Do convento ao instituto: Portas para a vida*. Instituto Monsenhor Airoso (Ed.).
- Prada, C, Williams, L., & Weber, L. (2007). Abrigos para crianças vítimas de violência doméstica: Funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(2), 14-25.
- Prager, L.M. (2009). Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Pediatrics in Review*, 30 (6), 199-206.
- Reppod, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Reflexão social, controle percebido e motivações à adoção: Características psicossociais das mães adotivas. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 25-36.
- Resende, C., Santos, E., Santos, P., & Ferrão, A. (2013). Depressão nos adolescentes - mito ou realidade? *Nascer e Crescer*, 21(3), 145-150.
- Rohde, P.; Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1994). Are adolescents changed by an episode of major depression? *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 1289-1298.
- Sadler, L. S. (1991). *Depression in adolescents*. Context, manifestations, and clinical management. *Nursing Clinics of North America*, 26(3), 559-572.

- Santana, J., Doninelli, T., Frosi, R., & Koller, S. (2004). Instituições de atendimento a crianças e adolescentes em situações de rua. *Psicologia & Sociedade*, 16(2), 59- 70.
- Son, S. E. & Kirchner, J. T. (2000). Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician*, 62, 2297-2308.
- Solomon, A. (2002). *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. (M. Campello, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Shaffi, M. & Shaffi, S. L. (1992). Clinical manifestations and developmental psychopathology of depression. Em M. Shaffi & S. L. Shaffi (Orgs.), *Clinical guide to depression in children and adolescents* (p. 3-42), Washington.
- Shechory, M., & Sommerfield, E. (2007). Attachment style, home-leaving age and behavioral problems among residential care children. *Child Psychiatry and Human Development*, 37 (4), 361-373
- Siqueira, A. C. & Dell’Aglío, D. D. (2010). Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26( 3), 407-415.
- Siqueira, A. C. & Dell’Aglío, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 71-80.
- Smyke, A.T., Dumitrescu,A. & Zeanah, C.H. (2002). Attachment Disturbances in Young Children. I: The Continuum of Caretaking Casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 972-982.
- Waaktar, T., Borge, A. I. H., Fundingsrud, H. P., Christie, H. J. & Torgesen, S. (2004). The role of stressful life events in the development of depressive symptoms in adolescence: a longitudinal community study. *Journal of Adolescence*, 27(2), 153-163.
- Ward, R. K.; Eyler, A. E. & Makris, G. R. (2000). *Evaluation and management of depressive illness in adolescence*. Clinics in Family Practice, 2.
- Wathier, J. L. & Dell’Aglío, D. D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3): 305-314.
- Wathier, J. L. & Dell’Aglío, D. D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3): 305-314.
- Wathier, J. L., Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise factorial do inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7, 75-84.

- World Health Organization (2002). Relatório mundial da saúde – saúde mental: nova concepção, nova esperança. *Ministério da Saúde*.
- WHO (2008). *International Report: Inequalities in Young People's Health*. Copenhagen: Regional Office for Europe of World Health Organization.
- Zeanah, C. H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(3), 230-236.
- Zeanah, Egger, Smyke, Nelson, Fox, Marshall & Guthrie. (2009). Institutional Rearing and Psychiatric Disorders in Romanian Preschool Children. *The American Journal of Psychiatry*, 166(7), 777-785.

# Anexos

## Anexo 1

**Tabela 1** *Características Clínicas da Depressão em Crianças e Adolescentes*

Percepção	Enviesamento perceptivo relativamente a acontecimentos negativos. Alucinações congruentes com o humor*.
Cognição	Visão negativa do <i>self</i> , mundo e futuro. Culpa excessiva. Ideação suicida*. Ideias delirantes congruentes com o humor*. Distorções cognitivas. Incapacidade de concentração.
Afeto	Humor deprimido. Incapacidade de experienciar prazer. Humor irritável. Ansiedade e apreensão.
Comportamento	Agitação ou lentificação psicomotora. Estupor depressivo*.
Estado somático	Fadiga. Perturbação do sono. Dor. Perda ou aumento de apetite. Alterações de peso*. Variação diurna de humor (pior durante o dia). Perda de interesse sexual.
Ajustamento Interpessoal	Deterioração das relações familiares. Isolamento das relações de pares. Fraco desempenho escolar.

\*Estas características ocorrem em episódios de depressão grave

## Anexo 2

### **Consentimento Informado**

No âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, estaou a realizar, um trabalho de investigação com o objectivo de verificar a manifestação de sintomas depressivos em crianças e jovens institucionalizados e não institucionalizados. A participação das crianças neste estudo consistirá na aplicação do: CDI - Inventário de Depressão para Crianças, para detectar a presença e severidade do transtorno depressivo na infância; Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR), que procura avaliar os problemas e competências comportamentais e emocionais das crianças e adolescentes; e por fim, um Questionário SócioDemográfico incutido no YSR com informações relativas à idade, escolaridade, naturalidade, local de domiciliação, entre outros.

As crianças serão devidamente informadas que a sua participação no estudo é voluntária e que poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem qualquer prejuízo.

A instituição receberá, se assim pretender, os resultados da pesquisa logo que o trabalho de mestrado ao qual esta se destina esteja concluído.

Obrigada pela participação neste estudo, pois é muito importante para mim.

Concordo que as crianças sob guarda nesta Instituição participem desta pesquisa.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

(Assinatura)



## Anexo 4

### Questionário Individual da Criança

1. Nome da Criança (Não será revelado no trabalho): \_\_\_\_\_

#### **2. Institucionalização:**

2.1. Há quanto tempo a criança está na instituição? (Fazer um círculo à volta da resposta)

- 1 a 3 meses
- 3 a 6 meses
- 6 a 12 meses
- 1 ano 2 anos
- Mais de 2 anos

Com que idade chegou? \_\_\_\_\_

2.2. Problemáticas que estiveram na origem do acolhimento: (Fazer um círculo à volta da resposta)

- Abandono
- Negligência
- Abandono escolar
- Absentismo escolar
- Maus tratos físicos e psicológicos
- Abuso sexual
- Trabalho infantil
- Exercício abusivo da autoridade
- Outras situações de perigo  
Quais? \_\_\_\_\_ (Fazer um círculo à volta da resposta)
- Prática de facto qualificado (crime/contravenção)
- Uso de estupefacientes
- Ingestão de bebidas alcoólicas
- Outras condutas desviantes

3. Contacto com os pais? Sim Não

Com que frequência ou quando foi o último contacto? \_\_\_\_\_

**Irmãos:**

Número de Irmãos: \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_

Com quem / onde vivem os irmãos? \_\_\_\_\_

Possui irmãos na mesma instituição? Sim Não

Tem contacto com os irmãos? Sim Não

Contacto com outro familiar? Sim Não Quem? \_\_\_\_\_

**Muito Obrigada pela sua colaboração!**

## Anexo 5

### **Inventário de Depressão para Crianças (CDI)**

Existem diversas escalas que procuram avaliar a depressão infanto-juvenil, auxiliando na elaboração do diagnóstico em conjunto com outros dados clínicos, com o objetivo de detetar o grau de gravidade dos sintomas e acompanhando o resultado de tratamentos (Calil & Pires, 2000; Moreno & Moreno, 2000; cit. in Coutinho, Carolino & Medeiros, 2008). Isto é, apesar de não poder ser utilizado isoladamente no diagnóstico da depressão, o CDI pode ser considerado uma ferramenta útil na avaliação da gravidade de indivíduos deprimidos ou na seleção de indivíduos para entrevistas diagnósticas, sendo uma medida fidedigna de mal-estar geral (Simões, 1999).

De entre todas as escalas, neste estudo optou-se pela utilização do Inventário de depressão para Crianças, uma vez que funciona como instrumento de rastreamento na identificação de crianças e adolescentes com alterações afetivas, de humor, da capacidade de sentir prazer, das funções vegetativas, de autoavaliação e de outras condutas interpessoais (Coutinho, 2005, cit. in Coutinho, Carolino & Medeiros, 2008). O CDI surgiu originalmente nos Estados Unidos e constitui a adaptação do Inventário Depressão de Beck, para crianças e adolescentes por Kovács em 1983. Este pretende mensurar sintomas depressivos em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 a 17 anos, através de autoavaliação.

O CDI é o inventário de autorresposta, mais utilizado junto crianças e adolescentes na avaliação da depressão (Kovacs, 1985; Simões, Golfeto, Veiga, Souza & Barbeira, 2002; Wathier, Dell'Aglio & Bandeira (2008), Coutinho, Carolino & Medeiros, 2008). Este inventário é constituído por 27 itens classificados numa escala de resposta de 3 pontos que varia entre, 0 (ausência de problema), 1 (problema moderado) e 2 (problema grave), no que diz respeito aos comportamentos experienciados ou manifestados nas duas semanas anteriores à administração do instrumento (Simões, 1999; Luiz, Gorayeb, Júnior, & Domingos, 2005; Rivera, Bernal & Rossello, 2005). O CDI está dividido em cinco subescalas: Humor Negativo (Itens 1, 6, 8, 10, 11 e 13); Problemas Interpessoais (Itens 5, 12, 26 e 27); Ineficácia (Itens 3, 15, 23, 24); Anedonia (Itens 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22); e, Autoestima Negativa (Itens 2, 7, 9, 14, 25) (Helsel & Matson, 1984; Kovacs, 1985). Deste modo, o resultado total do inventário obtém-se através do somatório da pontuação nos 27 itens, podendo variar entre 0 e 54 pontos.

Assim o resultado final do inventário e o valor de cada subescala são convertidos em pontuações estandardizadas tendo em consideração o sexo e a faixa etária de modo a permitir a interpretação das mesmas. É ainda de referir, que essa interpretação é essencialmente feita a

nível qualitativo (Kovacs, 1985; Passos & Machado, 2002, Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004). De acordo com Passos e Machado (2002), o seu índice discriminativo (ponto de corte) situa-se em 16 pontos para a faixa etária dos 8 aos 12 anos e 19 pontos para a faixa etária dos 13 aos 17 anos. Já, no estudo de aferição para a população portuguesa de Helena Marujo (1994) é apontado como ponto de corte o índice 33.7, ou seja, os indivíduos que pontuavam acima deste valor eram considerados deprimidos. No que diz respeito, alpha de Cronbach, em estudos com a população portuguesa, verificaram-se bons índices de fidelidade, com valores globais de alpha de Cronbach 0.80 (Fernandes, Ferronha & Machado, 1998; Malpique et al., 2003).

### **Youth Self Report (YSR) - Questionário de Autoavaliação para jovens**

O Questionário de Autoavaliação para jovens constitui a versão adaptada e traduzida para português por Fonseca e Monteiro (1999) do Young Self Report (YSR) de Achenbach (1999). Este foi elaborado para obter informações sobre o adolescente a partir de seu próprio ponto de vista. É um inventário autoaplicável que permite recolher informações sobre problemas específicos do comportamento e comportamentos socialmente desejáveis em jovens dos 11 aos 18 anos, derivado do Child Behavior Check List (CBCL) (Fonseca & Monteiro, 1999). Assim, pretende descrever e avaliar as competências e problemas da criança/adolescente, percebidos por si mesmos (Achenbach & Rescorla, 2001, cit. in Bernstein, Martinez, Chorpita & Weisz, 2011). Este inventário é composto por duas partes, uma constituída por sete questões relacionadas com competências, atividades e interesses sociais do indivíduo, a segunda por 112 itens que avaliam problemas de comportamento e comportamentos socialmente desejáveis, formando as escalas de distúrbio total e síndromes. Aqui, a criança ou adolescente deve indicar se a característica de comportamento descrita em cada item da escala se aplica a si ou não, tendo em conta os últimos 6 meses. Para tal utiliza-se um sistema de resposta de três pontos, que varia entre 0 e 2, considerando o 0 como a afirmação não é verdadeira, o 1, às vezes verdadeira e o 2, muitas vezes verdadeira (Soares, 2000).

Os itens avaliados referentes aos comportamentos problemáticos são agrupados nos seguintes Fatores/síndromes/escalas de primeira ordem: Comportamento Antissocial, Problemas atenção/ Hiperatividade, Ansiedade/ Depressa, Isolamento, Queixas Somáticas e Problemas de Comportamento/ Esquizoide) (Fonseca & Monteiro, 1999). Estes fatores são agrupados no Score total dos problemas da criança calculado através do somatório de todos os itens e em duas escalas de segunda ordem, escala de Externalização (síndromas cujos os problemas estão

maioritariamente centrados na relação com os outros) e escala de Internalização (síndromas cujos os problemas estão centrados na própria criança) (Fonseca & Monteiro, 1999). Nesta escala, o estudo teste-reteste oscila entre 0,28 a 0,91 consoante as subescalas, sendo que tem uma amplitude idêntica à encontrada na investigação americana. Por sua vez, os valores da consistência interna do YSR e das várias subescalas que o compõem são satisfatórios, variando entre 0,70 e 0,80. As correlações, entre as subescalas portuguesas e americanas são elevadas, variando entre 0.65 a 1.00 (Soares, 2000).